

N° 447

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juillet 2008

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la mission commune d'information (1) sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque,

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

Tome II : Annexes

Auditions - Déplacements - Étude

(1) Cette mission commune d'information est composée de : M. Philippe Marini, président ; MM. Bernard Cazeau, Michel Mercier, Gérard Miquel, Henri de Raincourt, vice-présidents ; Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Guy Fischer, Georges Mouly, secrétaires ; M. Alain Vasselle, rapporteur ; MM. Jean-Paul Amoudry, François Autain, Paul Blanc, Mme Claire-Lise Campion, MM. Auguste Cazalet, Jean-Pierre Demerliat, Mme Muguette Dini, M. Éric Doligé, Mme Bernadette Dupont, MM. Jean-Pierre Godefroy, Charle Guené, Claude Haut, Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. André Lardeux, Dominique Leclerc, Alain Milon, Michel Moreigne, Mme Michèle San Vicente-Baudrin, M. François Trucy.

SOMMAIRE

Pages

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	7
I. PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION (LISTE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)	7
II. PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR OU PAR LE PRÉSIDENT (LISTE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE)	10
COMPTES RENDUS DES AUDITIONS	13
• Audition de Mme Hélène GISSEROT, procureur général honoraire près la Cour des comptes, et M. Etienne GRASS, inspecteur des affaires sociales (<i>mercredi 16 janvier 2008</i>).....	13
• Audition de Mmes Marie-Thérèse CORNETTE, présidente de la 5 ^e chambre de la Cour des comptes, Rolande RUELLAN, présidente de la 6 ^e chambre, M. Jean-Pierre BAYLE, conseiller-maître, Mme Marine CAMIADE conseiller référendaire, et M. David GRUSON, auditeur (<i>mercredi 16 janvier 2008</i>)	20
• Audition de M. Stéphane LE BOULER, chef de la Mission Recherche (Mire), membre du conseil scientifique de l'Institut national d'études démographiques (Ined) (<i>mercredi 16 janvier 2008</i>).....	28
• Audition de MM. Alain CORDIER, président du conseil, et Denis PIVETEAU, directeur, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (<i>mercredi 16 janvier 2008</i>).....	34
• Audition de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité (<i>mercredi 16 janvier 2008</i>).....	41
• Audition de MM. Philippe JOSSE, directeur du budget, et Frédéric IANNUCCI, sous-directeur, à la direction de la législation fiscale (sous-direction C) (<i>mercredi 23 janvier 2008</i>).....	49
• Audition de MM. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale, et Jean-Jacques TRÉGOAT, directeur général de l'action sociale (<i>mercredi 23 janvier 2008</i>)	59
• Table ronde Les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante (<i>mercredi 23 janvier 2008</i>).....	67
• Audition de M. Daniel LENOIR, directeur général, et Mme Isabelle MILLET-CAURIER, directeur du service des affaires publiques, du groupe mutualité française (<i>mercredi 30 janvier 2008</i>).....	83
• Audition de MM. Denis MORIN, directeur, et Bernard BOIVIN-CHAMPEAUX, responsable technique et financier, du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), et de MM. Jean CASTAGNÉ, conseiller auprès du délégué général, et Pascal BROUSSOUX, directeur technique, du groupe d'association générale de retraite par répartition (AG2R) (<i>mercredi 30 janvier 2008</i>).....	89
• Audition de MM. Gérard de LA MARTINIÈRE, président, Jean-Paul LABORDE, conseiller parlementaire, Gilles COSSIC, directeur des assurances de personnes de la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), Gérard MENEROUD, directeur général adjoint de la caisse nationale de prévoyance (CNP-assurance), et Pierre BEAUMIN, directeur « Prévoyance-retraite-épargne-vie individuelle » de Groupama (<i>mercredi 30 janvier 2008</i>).....	95

• Audition de MM. Henri LAMOTTE, chef du service des politiques publiques, et Fabrice PESIN, sous-directeur des assurances (service du financement de l'économie), à la direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE) (<i>mercredi 30 janvier 2008</i>).....	101
• Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution (<i>mercredi 30 janvier 2008</i>).....	109
• Audition de MM. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale des travailleurs salariés (Cnam) et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins (<i>mercredi 6 février 2008</i>)	120
• Audition de MM. Raoul BRIET, conseiller-maître à la Cour des comptes, et Pierre JAMET, directeur général des services du département du Rhône, auteurs du rapport « Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie » dans le cadre de la mission de préfiguration de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (<i>mercredi 6 février 2008</i>)	128
• Audition de MM. Gérard PELHATE, président, et Gérard SOUMET, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes, de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) (<i>mercredi 6 février 2008</i>).....	135
• Audition de MM. Claudy LEBRETON, président, et Louis de BROISSIA, premier vice-président, de l'assemblée des départements de France (ADF) (<i>mercredi 6 février 2008</i>).....	140
• Table ronde avec les représentants des usagers (<i>mercredi 6 février 2008</i>)	150
• Audition de MM. Patrick KANNER, président, et Daniel ZIELINSKI, délégué général, de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) (<i>mardi 8 avril 2008</i>)	160
• Audition de Mmes Marie-Eve JOËL, directrice du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos) à l'Université de Paris Dauphine, Agnès GRAMAIN, professeur à l'Université de Nancy, et Sandrine DUFOUR, maître de conférences à l'Université de Paris Dauphine (<i>mardi 8 avril 2008</i>)	168
• Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) (<i>mardi 8 avril 2008</i>).....	175
• Audition sur le projet Prisma d'amélioration de la continuité des soins et des services reçus par les personnes âgées dépendantes (<i>mardi 27 mai 2008</i>).....	182
• Audition de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, et de Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité (<i>mercredi 28 mai 2008</i>)	192
• Audition de MM. Didier DESERT, associé, Franck ZAEH, directeur de mission, et Mme Olympe Pougeoise, consultante, du cabinet d'audit Ernst et Young (<i>mercredi 18 juin 2008</i>).....	205
DÉPLACEMENTS DE LA MISSION	215
I. DÉPLACEMENTS EN FRANCE	215
1. Déplacement à Orléans et dans le département du Loiret - Composition de la délégation et programme - (<i>jeudi 3 avril 2008</i>)	215
2. Déplacement en Dordogne et dans le Lot - Composition de la délégation et programme - (<i>lundi 2 et mardi 3 juin 2008</i>)	217
II. DÉPLACEMENTS À L'ÉTRANGER	218
1. Déplacement à Londres - Composition de la délégation et programme - (<i>dimanche 30 et lundi 31 mars 2008</i>).....	218
<i>Notes de synthèse rédigées par le conseiller social auprès de l'ambassade de France</i>	
• Fiche n° 1 La politique de la dépendance en Angleterre - Généralités	219
• Fiche n° 2 L'organisation territoriale de la prise en charge de la dépendance en Angleterre	225

- **Fiche n° 3 Les prestations de prise en charge de la dépendance au Royaume-Uni230**
- **Fiche n° 4 Analyses et recommandations du rapport Wanless (août 2006) en matière de financement de la dépendance233**
- **Fiche n° 5 Les outils privés mobilisables en vue du financement de la dépendance246**
 - 2. *Déplacement à Berlin - Composition de la délégation et programme - (dimanche 6 et lundi 7 avril 2008)256***
 - Notes de synthèse rédigées par le conseiller social auprès de l'ambassade de France***
- **Fiche n° 1 L'assurance dépendance en Allemagne - Généralités257**
- **Fiche n° 2 La « journée de solidarité » dans les administrations publiques et les entreprises en Allemagne259**

**ETUDE DU CABINET ERNST ET YOUNG (RAPPORT INTERMÉDIAIRE) -
ÉTUDE SUR LE MARCHÉ DE L'OFFRE DE SOINS, D'HÉBERGEMENT ET DE
SERVICES DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES263**

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

I. PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION (LISTE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

<p>• Mme Marie-Thérèse d'Argenson (Association Vieillir dans la dignité et le bien-être en Ile-de-France Vedibe-IdF/Fnapaef) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers - 6 février 2008</i></p>
<p>• Mme Florence Arnaiz-Maumé (Synerpa) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution - 30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Jean-Marc Aubert (Cnam - Uncam) - <i>6 février 2008</i></p>
<p>• Mme Andrée Barreteau (Fédération hospitalière de France - FHF) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution - 30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Jean-Pierre Bayle (Cour des comptes) - <i>16 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Pierre Beaumin (Groupama) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Xavier Bertrand (ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité) - <i>16 janvier 2008 et 28 mai 2008</i></p>
<p>• M. Alec Bizien (Syndicat national de gérontologie clinique) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante - 23 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Bernard Boivin-Champeaux (Centre technique des institutions de prévoyance) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Raoul Briet (Cour des comptes) - <i>6 février 2008</i></p>
<p>• M. Louis de Broissia (Assemblée des départements de France) - <i>6 février 2008</i></p>
<p>• M. Pascal Broussoux (Groupe d'association générale de retraite par répartition - AG2R) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Marine Camiade (Cour des comptes) - <i>16 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Jean Castagné (Groupe d'association générale de retraite par répartition - AG2R) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Pascal Champvert (Association des directeurs au service des personnes âgées) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution - 30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Alain Cordier (CNSA) - <i>16 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Marie-Thérèse Cornette (Cour des comptes) - <i>16 janvier 2008</i></p>

<p>• M. Gilles Cossic (Fédération française des sociétés d'assurances - FFSA) - 30 janvier 2008</p>
<p>• Mme Véronique Covin (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif- Fehap) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008</p>
<p>• Mme Sandrine Dufour (Université de Paris Dauphine) - 8 avril 2008</p>
<p>• Mme Janine Dujay-Blaret (Fédération nationale des clubs d'ânés ruraux) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers</i> - 6 février 2008</p>
<p>• M. Bernard Garro (Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris) - 27 mai 2008</p>
<p>• Mme Hélène Gisserot (Cour des comptes) - 16 janvier 2008</p>
<p>• M. Régis Gonthier (CHRU de Saint-Etienne) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante</i> - 23 janvier 2008</p>
<p>• Mme Agnès Gramain (Université de Nancy) - 8 avril 2008</p>
<p>• M. Etienne Grass (Cour des comptes) - 16 janvier 2008</p>
<p>• M. David Gruson (Cour des comptes) - 16 janvier 2008</p>
<p>• M. Jean-Claude Henrard (Faculté de médecine de Paris-Ile-de-France Ouest) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante</i> - 23 janvier 2008</p>
<p>• M. Frédéric Iannucci (Direction de la législation fiscale) - 23 janvier 2008</p>
<p>• M. Pierre Jamet (directeur général – services du département du Rhône) - 6 février 2008</p>
<p>• M. Claudy Jarry (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées - Fnadepa) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008</p>
<p>• M. Benoît Jayez (Union confédérale des retraités FO) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers</i> - 6 février 2008</p>
<p>• Mme Marie-Eve Joël (Université de Paris Dauphine) - 8 avril 2008</p>
<p>• M. Philippe Josse (directeur du budget) - 23 janvier 2008</p>
<p>• M. Patrick Kanner (Union nationale des centres communaux d'action sociale - Uncass) - 8 avril 2008</p>
<p>• Mme Danièle Karniewicz (Cnav) - 8 avril 2008</p>
<p>• M. Jean-Paul Laborde (Fédération française des sociétés d'assurances - FFSA) - 30 janvier 2008</p>
<p>• M. Gérard de La Martinière (Fédération française des sociétés d'assurances - FFSA) - 30 janvier 2008</p>
<p>• M. Henri Lamotte (Direction générale du Trésor et de la politique économique) - 30 janvier 2008</p>
<p>• Mme Michèle Landreau (Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural - Unadmr) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008</p>

<p>• M. Benoît Lavallart (direction générale de la santé) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante - 23 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Stéphane Le Bouler (Centre d'analyse stratégique) - <i>16 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Guy Le Rochais (France Alzheimer) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers - 6 février 2008</i></p>
<p>• M. Claudy Lebreton (Assemblée des départements de France) - <i>6 février 2008</i></p>
<p>• M. Daniel Lenoir (Groupe mutualité française) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Valérie Létard (secrétaire d'Etat chargée de la solidarité) - <i>16 janvier 2008 et 28 mai 2008</i></p>
<p>• Mme Marie-Béatrice Levau (Fédération nationale des particuliers employeurs - Fepem) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers - 6 février 2008</i></p>
<p>• M. Dominique Libault (directeur de la sécurité sociale) - <i>23 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Paul Maloisel (Fédération nationale des associations de retraités - Fnar) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers - 6 février 2008</i></p>
<p>• M. Jean-Marc Mazurier (Association d'aide médicosociale à domicile – 20^e arrondissement de Paris) - <i>27 mai 2008</i></p>
<p>• M. Gérard Meneroud (CNP-assurance) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Isabelle Millet-Caurier (Groupe mutualité française) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Christian Möller (Conférence nationale des directeurs d'Ehpad) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution - 30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Denis Morin (Centre technique des institutions de prévoyance) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Gérard Pelhate (Caisse centrale de mutualité sociale agricole - MSA) - <i>6 février 2008</i></p>
<p>• Mme Simone Pennec (Université de Bretagne occidentale) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante - 23 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Karine Pérès (Inserm de Bordeaux) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante - 23 janvier 2008</i></p>
<p>• M. André Perrier (Adessa) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution - 30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Fabrice Pesin (direction générale du Trésor et de la politique économique) - <i>30 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Denis Piveteau (CNSA) - <i>16 janvier 2008</i></p>
<p>• M. Vincent Rialle (CHU de Grenoble) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante - 23 janvier 2008</i></p>
<p>• Mme Marie Rozet (Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat - Fenara) - <i>Table ronde avec les représentants des usagers - 6 février 2008</i></p>
<p>• Mme Rolande Ruellan (Cour des comptes) - <i>16 janvier 2008</i></p>

• Professeur Olivier Saint-Jean (Hôpital européen Georges Pompidou) - 27 mai 2008
• M. Didier Sapy (Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées - Fnaqpa) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008
• M. Albert Servadio (Réseau gériatrique de l'Est parisien) - 27 mai 2008
• M. Dominique Somme (Hôpital européen Georges Pompidou) - 27 mai 2008
• M. Jacques Souberyand (Assistance publique de Marseille) - <i>Table ronde : les aspects microéconomiques de la dépendance : prévention, prise en charge, accompagnement, soins de la personne âgée dépendante</i> - 23 janvier 2008
• M. Gérard Soumet (Caisse centrale de mutualité sociale agricole - MSA) - 6 février 2008
• M. Jacques Trégoat (directeur général de l'action sociale) - 23 janvier 2008
• M. Frédéric Van Roekeghem (directeur général Cnam) - 6 février 2008
• M. Emmanuel Verny (Union nationale des associations de soins et services à domicile - Unassad) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008
• M. Alain Villez (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux - Uniopss) - <i>Table ronde réunissant les représentants des offreurs de services et d'hébergement en institution</i> - 30 janvier 2008
• M. Daniel Zielinski (Union nationale des centres communaux d'action sociale - Uncass) - 8 avril 2008

II. PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR OU PAR LE PRÉSIDENT (LISTE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE)

• M. Jean-Claude Marian (Groupe Orpéa) - 11 mars 2008
• M. Jean-Claude Gallou (Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance - Ocirp) - 19 mars 2008
• MM. Marc Dupuis et Christophe Eberlé (Optimind) - 19 mars 2008
• M. Jean-Luc de Boissieu (Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - Gema) - 19 mars 2008
• MM. Vincent Vandier et Pierre Laversanne (Association française professionnelle de l'épargne retraite - Afpen) - 19 mars 2008
• M. Georges Seni (Groupement militaire de prévoyance des armées - GMPA) - 8 avril 2008
• M. Philippe Jurgensen (Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles - Acam) - 8 avril 2008
• Mme Marie-Anne Montchamp (députée, ancien secrétaire d'Etat aux personnes handicapées) - 9 avril 2008
• Mme Emilie Delpit (CNSA) - 21 mai 2008

• M. Henri de Castries et Mme Lucie Taleyson (Axa Assurances) - 10 juin 2008
• M. Jean-Louis Davet (Mutualité française) - 12 juin 2008
• MM. Yves Journal (Domus Vi), Jacques Bailet (Médica) et Yann Reboulleau (Résideal) - 17 juin 2008

COMPTES RENDUS DES AUDITIONS

**Audition de Mme Hélène GISSEROT,
procureur général honoraire près la Cour des comptes,
et M. Etienne GRASS, inspecteur des affaires sociales
(mercredi 16 janvier 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 16 janvier 2008, la mission a entendu **Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire près la Cour des comptes, et M. Etienne Grass, inspecteur des affaires sociales, auteurs du rapport « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix »** (mars 2007).

A titre liminaire, **M. Philippe Marini, président**, a rappelé que Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire près la Cour des comptes, s'était vu confier en 2006 par M. Philippe Bas, alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, une mission sur les perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025. Elle était assistée dans cet exercice, en qualité de rapporteur du groupe de travail, par M. Etienne Grass, membre de l'inspection générale des affaires sociales, exerçant aujourd'hui les fonctions de chargé de mission auprès de M. Martin Hirsch, haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté.

M. Philippe Marini, président, a souligné que le rapport de cette mission, publié en mars 2007, fournit une vision globale des enjeux de la dépendance, tant en termes financiers que de gouvernance, ainsi que des choix qui peuvent être opérés.

Il a ensuite invité Mme Hélène Gisserot à s'exprimer sur les principaux aspects de ce dossier, qui représentent autant de défis à relever par les pouvoirs publics : l'évolution des coûts, les modalités de prise en charge envisageables, l'équilibre entre la solidarité nationale et le recours à l'assurance privée, ainsi que l'architecture institutionnelle souhaitable. Enfin, il a cité l'une des idées fortes de ce rapport, celle selon laquelle « le coût de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est moins fonction de l'évolution démographique, au moins à court et moyen terme, que de choix politiques sur le niveau et les modalités de cette prise en charge ».

Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire près la Cour des comptes, a tout d'abord confirmé que les facteurs démographiques, d'une part, les choix politiques effectués par les pouvoirs publics, d'autre part, devraient entrer, à l'horizon 2025, respectivement pour un tiers et pour deux tiers dans la progression attendue des dépenses par rapport à leur niveau actuel. La croissance du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (+ 1 % par an en moyenne jusqu'en 2020, + 3 % par an ensuite entre 2021 et 2050) constitue aujourd'hui une certitude. En revanche, les statisticiens sont conduits à formuler des hypothèses qui restent à confirmer pour ce qui concerne aussi bien l'évolution de l'espérance de vie, que la prévalence des pathologies à l'origine de l'apparition du phénomène de dépendance parmi la population des personnes âgées.

Mais, en définitive, l'évolution future du coût de la dépendance dépendra très majoritairement des décisions politiques qui seront prises. Il s'agira notamment de faire des arbitrages sur le niveau tant qualitatif que quantitatif des dépenses relevant de la solidarité nationale.

Après avoir souligné que, grâce en particulier au plan Solidarité-Grand Age, la France a rattrapé en quelques années son retard par rapport aux pays comparables, notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni, **Mme Hélène Gisserot** a considéré que pour autant la situation actuelle n'est pas encore satisfaisante. Il faudra améliorer la qualification des personnels et promouvoir l'attractivité des filières professionnelles concernées de façon à renforcer le taux d'encadrement des personnes dépendantes. Les coûts salariaux devraient ainsi, à eux seuls, être à l'origine de 85 % des coûts supplémentaires de la dépendance à l'horizon 2025.

Puis elle a estimé que le débat sur l'ampleur des dépenses restant à la charge des familles pourrait utilement être appréhendé sur la base des trois éléments suivants : le niveau prévisionnel des retraites au cours des prochaines décennies compte tenu de leur indexation sur l'inflation, l'évolution du patrimoine des retraités, ainsi que le caractère paradoxalement antiredistributif des dépenses fiscales mises en œuvre dans ce domaine.

Sur la base de ce constat prospectif, le rapport formule trois scénarii d'évolution pour les prélèvements obligatoires consacrés à la dépendance :

- le premier consisterait à refuser toute nouvelle augmentation, ce qui impliquerait de mieux cibler l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sur des publics prioritaires et de recourir fortement à la responsabilité individuelle;

- le second scénario, qui est également celui retenu par le plan « Solidarité-Grand Age », reposerait sur un accroissement modéré du niveau des prélèvements obligatoires destiné à maintenir à leur niveau actuel les prestations servies tout en améliorant la prise en charge des assurés sociaux ;

- le troisième scénario consisterait en un basculement vers une large socialisation du risque dépendance afin de réduire l'effort des ménages. Ce

scénario est celui qui se rapproche le plus de la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale, gérant une prestation universelle unique soumise à un ticket modérateur.

Sur la question du financement, **Mme Hélène Gisserot** a constaté au préalable, en faisant référence aux estimations de la Cour des comptes et du Conseil d'analyse stratégique, que la collectivité nationale consacre au total déjà 16 milliards d'euros par an à la dépendance. Cet effort repose majoritairement sur la sécurité sociale (60 % du total, contre 20 % et 11 % respectivement à la charge des conseils généraux et de l'Etat). S'il s'agit incontestablement d'un montant de dépenses considérable, force est toutefois de constater que le budget annuel de l'assurance maladie affiche un montant dix fois supérieur.

Après avoir précisé que les estimations prospectives figurant dans son rapport ont été élaborées sur des bases prudentes, **Mme Hélène Gisserot** a considéré que la pérennisation de l'effort demandé à la solidarité nationale doit nécessairement s'accompagner d'une refonte de l'Apa. Dans cette perspective, il est tout à la fois nécessaire de réformer la grille autonomie gérontologie groupes iso-ressources (Aggir), de réduire les inégalités de traitement sur le territoire et de poser la question d'une prise en compte du patrimoine des assurés sociaux dans le mode de calcul de la prestation. Il faudrait encore compléter cette démarche par la recherche d'une ressource supplémentaire à la fois dynamique et cohérente, par sa nature, avec la notion de dépendance. Parmi les différentes pistes envisageables, celle consistant à aligner sur le taux de droit commun le niveau de la CSG perçue sur les retraites semble la meilleure.

Mme Hélène Gisserot a estimé que la combinaison du maintien de la solidarité nationale avec un développement des mécanismes assurantiels privés représente une autre piste de réflexion envisageable. Un recours accru à la prévoyance individuelle et collective semble justifié tout à la fois par le souci d'alléger la charge pesant sur les actifs, l'intérêt de coupler le développement de l'assurance dépendance avec celui de l'épargne retraite, ainsi que par la perspective d'une baisse des coûts à la faveur d'une plus large diffusion de ces produits. A cela s'ajoute l'intérêt de pouvoir provisionner un risque futur, ce que ne permet pas aisément une prise en charge sur fonds publics. S'engager dans cette voie supposera toutefois de trouver une solution au problème de la transférabilité des droits acquis par les salariés au cours de leur carrière professionnelle, ainsi que de trancher le débat sur l'opportunité de soutenir le développement de l'assurance privée par une nouvelle incitation fiscale. Sur ce point, la mission a repris les recommandations précédemment formulées par le conseil des prélèvements obligatoires plaidant pour un redéploiement des dépenses fiscales existantes plutôt que pour la création de mécanismes supplémentaires.

Mme Hélène Gisserot s'est ensuite prononcée en faveur de la création d'un « cinquième risque », qui ne saurait toutefois constituer une organisation particulière des droits à assurance maladie pour les personnes les

plus âgées ni remettre en cause le principe de l'intervention des conseils généraux qui ont fait la preuve, au cours des dernières années, de leurs capacités de gestionnaires de proximité dans ce domaine. A terme, il s'agit de permettre une convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Ces deux populations présentent, il est vrai, des caractéristiques très différentes, mais elles se rejoignent sur un point commun : leur incapacité commune à effectuer des actes de la vie courante. Il serait possible de parvenir à une plus grande harmonisation entre elles par le biais d'un rapprochement des critères et des outils d'éligibilité, comme la grille Aggir, ainsi que par la définition d'un panier commun de soins et de services.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître le sentiment de Mme Hélène Gisserot sur les questions de l'obligation alimentaire des familles, d'une part, de l'éventualité de réintroduire un recours sur la succession des personnes dépendantes, d'autre part.

Mme Hélène Gisserot a précisé au préalable que ce sujet a été effectivement très peu abordé dans le rapport de la mission, ce qui la conduit en l'occurrence à s'exprimer à titre personnel. A ce sujet, elle a estimé que tout doit dépendre de l'effort consenti par les intéressés et leurs familles sur leur patrimoine : le recours sur succession resterait justifié dans le cas où le patrimoine n'aura pas été sollicité pour assurer la couverture des frais liés à la dépendance. Il n'aura en revanche pas de légitimité si ce patrimoine a été mobilisé ou pris en compte pour le calcul de l'Apa.

M. Etienne Grass, inspecteur des affaires sociales, a fait valoir que cette question se posera dans un contexte inédit, puisque les classes d'âge issues du baby-boom bénéficient d'une situation exceptionnellement favorable : leur patrimoine moyen apparaît en effet très supérieur à celui de leurs parents et de leurs grands-parents. Dès lors, il peut sembler légitime pour la collectivité nationale, au regard du principe d'équité entre les générations, de solliciter un effort plus important des familles.

M. Henri de Raincourt a estimé qu'en ce qui concerne les modalités d'évaluation et de prise en charge des situations individuelles de dépendance, le système conçu et géré par les conseils généraux fonctionne globalement bien. Les difficultés proviennent du rythme d'évolution des dépenses, qui par exemple se situe dans l'Yonne à 5 % par an, ainsi que de l'insuffisant dynamisme des recettes attribuées par l'Etat aux conseils généraux pour y faire face. A ce titre, il a regretté que l'équilibre des différentes sources de financement se soit singulièrement détérioré au fil du temps, puisque les départements assument désormais globalement les deux tiers de la charge de l'Apa, contre un tiers seulement pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) alors que le schéma initial reposait sur un partage moitié-moitié. Puis il s'est demandé si le tendancier de progression de la CSG est compatible avec celui de la population des personnes âgées dépendantes.

M. André Lardeux a souhaité savoir s'il existe des études comparatives sur les deux populations de bénéficiaires de l'Apa : celle vivant à domicile et celle résidant en établissement.

M. Michel Mercier s'est interrogé sur la pertinence de conserver le mode actuel de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui repose sur trois sections différentes, correspondant respectivement aux coûts des soins, pris en charge par l'assurance maladie, de l'hébergement, assurés par la famille, et de la dépendance, couverts par l'Apa sous réserve d'un ticket modérateur à la charge des familles : ces financements croisés complexes ne sont pas dénué d'effets pervers. Il s'est par ailleurs demandé s'il ne conviendrait pas d'encadrer, ou tout au moins de mieux définir, les dépenses réalisées au domicile des bénéficiaires de l'Apa. Il s'est enfin interrogé sur l'opportunité de mieux délimiter les contours de la notion même de dépendance, ce qui permettrait à la fois de cibler davantage les prises en charge et d'envisager dans des conditions beaucoup plus sereines la mise en œuvre du principe de convergence posé par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est demandé si les dispositifs actuels de prise en charge de la dépendance ont bien été optimisés au maximum. Elle a également souhaité savoir s'il ne serait pas possible de reconverter un certain nombre de places en soins aigus devenues disponibles dans les hôpitaux pour accueillir des personnes dépendantes.

Mme Hélène Gisserot a formulé quelques réserves sur ce point : transformer des lits d'hôpitaux en place d'Ehpad n'est pas une chose aisée à réaliser, car il s'agit de deux métiers différents : soigner des patients dans le premier cas, animer un lieu de vie dans le second. Sur la question des relations financières entre l'Etat et les départements, elle a souligné que, durant la phase d'élaboration du plan Solidarité-Grand Age, en 2006, le ministère des finances avait défendu l'idée d'affecter aux départements une fraction d'un impôt national, pour solde de tout compte, avec pour objectif implicite de contribuer ainsi à une meilleure maîtrise des coûts. Mais le gouvernement d'alors avait finalement retenu le principe d'un partage des dépenses avec les conseils généraux, sur une base qui était initialement égalitaire.

M. Etienne Grass a précisé que le coût de la dépendance dépendra à l'avenir de l'évolution de quatre grandes pathologies : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'arthrose, les problèmes coronariens et les démences. La fréquence des trois premières devrait décroître, mais il est impossible de formuler des hypothèses fiables en ce qui concerne la prévalence des maladies neurodégénératives.

Puis il a souligné le motif d'étonnement fourni par le rythme d'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'Apa, qui poursuit toujours sa progression au rythme de 8 % par an, et ce plus de six années après la création de cette prestation, alors même que les projections statistiques disponibles

tablent sur une croissance tendancielle de 1 % en moyenne par an du nombre des personnes dépendantes. Pendant longtemps, on a expliqué cet écart significatif par la sous-estimation initiale de la population des ayants droit potentiels de l'Apa. Mais continuer aujourd'hui à raisonner sur l'idée d'un processus de rattrapage n'est plus possible, alors que celui-ci est sur le point de s'achever. On observe en outre des disparités non négligeables entre les départements dans les résultats des études comparatives réalisées pour apprécier le niveau des dépenses versées dans le cadre du groupe iso-ressources (Gir) 1 rassemblant les personnes les plus dépendantes de la grille Aggir.

Puis, répondant aux inquiétudes formulées par Henri de Raincourt, **M. Etienne Grass** a considéré qu'effectivement en l'état actuel des choses le dynamisme sur longue période des recettes de la CSG, que l'on évalue tendanciellement à 2 % par an, est insuffisant pour faire face à un taux de croissance annuel de 8 % du nombre des bénéficiaires de l'Apa.

Mme Hélène Gisserot a rappelé que l'évolution prévisionnelle du coût de la dépendance s'explique à 85 % par la progression attendue des coûts salariaux, rendue d'ailleurs indispensable par l'objectif de rendre plus attractifs les métiers concernés. A ce sujet, il faudra prendre garde à ne pas laisser se développer des situations de surqualification entraînant un surcoût injustifié pour les ménages et les finances publiques.

M. Michel Mercier a observé, à ce titre, que la nouvelle convention collective du secteur se traduira par une augmentation moyenne des salaires de 29 % en quelques années seulement. L'effort est donc réel, mais il faudra également promouvoir la formation pour que cette filière débouche sur de vrais métiers avec des perspectives. Puis il s'est inquiété de l'excessive fragmentation de l'offre de services en raison du très grand nombre de structures associatives, ce qui se traduit *in fine* par des frais de gestion et de structure supplémentaires qui se retrouvent dans les dépenses assumées par les familles et les départements.

Après s'être associé au souci d'assurer un meilleur contrôle de l'utilisation des fonds publics, **M. Philippe Marini, président**, a considéré d'une façon générale que le recours aux structures associatives pouvait être aussi bien la meilleure que la pire des choses.

Mme Hélène Gisserot a estimé que l'institutionnalisation, qui permet de limiter les frais fixes, est sans doute le système le plus économique. Mais cette démarche serait d'abord contraire au principe de liberté de choix auquel tiennent les familles. En outre, le Gouvernement a élaboré le plan Solidarités-grand Age sur le fondement de ce libre-choix et a entendu développer l'accueil à domicile. Par ailleurs, elle a estimé que le mode de tarification des Ehpad conduit à faire de la section hébergement la variable d'ajustement de leur système de financement, ce qui n'est pas souhaitable.

M. Etienne Grass a souligné que le mode de tarification de ces établissements a fait l'objet de travaux techniques approfondis sur lesquels les

pouvoirs publics peuvent s'appuyer pour prendre désormais les décisions qui s'imposent. Il convient maintenant de « transformer l'essai ».

M. Charles Guené a souhaité obtenir des précisions sur la position formulée par Mme Hélène Gisserot quant à l'opportunité de solliciter davantage les patrimoines pour couvrir le coût de la dépendance.

En se fondant à la fois sur le principe que chacun doit contribuer à ce risque selon ses moyens et qu'il convient en même temps de soulager autant que possible les actifs, **Mme Hélène Gisserot** a indiqué que deux solutions sont envisageables :

- soit une prise en compte du patrimoine dans les conditions de ressources pour le calcul du ticket modérateur de l'Apa ;

- soit l'instauration d'un recours sur succession à hauteur de l'effort qui n'aura pas été fourni.

En outre, il ne s'agit pas dans son esprit de créer un mécanisme analogue à l'impôt de solidarité sur la fortune, mais d'explorer toutes les pistes envisageables, comme par exemple le crédit hypothécaire viager.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a considéré qu'il faut aussi veiller à bien distinguer les patrimoines personnel et professionnel des assurés sociaux.

M. François Autain a souhaité savoir comment Mme Hélène Gisserot envisage de combiner le recours aux assurances privées avec le maintien de la solidarité nationale. Il s'est demandé s'il s'agit bien d'ajouter à une prise en charge de base obligatoire sur des fonds publics des mécanismes de prévoyance complémentaires, assortis le cas échéant d'une aide à l'acquisition de cette couverture complémentaire pour les ménages les plus modestes.

Mme Hélène Gisserot a confirmé qu'il s'agit bien là des grandes lignes de son rapport sur cette question.

Rappelant qu'en réponse à la proposition de loi qu'il avait déposée dans le sens d'un développement des mécanismes de prévoyance complémentaire en 2004, le Gouvernement de l'époque avait alors pris l'engagement de procéder à des études approfondies sur l'incidence des dispositions qu'il proposait, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est demandé si ces travaux ont été menés à bien depuis.

M. Etienne Grass a indiqué que tel n'a pas été le cas. Il conviendrait pourtant de poursuivre les investigations dans la mesure où les produits actuellement commercialisés dans le domaine de l'assurance dépendance ne répondent pas aux attentes de la population : les produits d'épargne proposés à nos concitoyens prévoient généralement des sorties en rentes alors que leurs souhaits se portent plutôt sur le financement de services. A la décharge des assureurs, il est difficile de prévoir ce que sera le coût d'un service à l'horizon de vingt-cinq ans.

**Audition de Mmes Marie-Thérèse CORNETTE,
présidente de la 5^e chambre de la Cour des comptes,
Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre,
M. Jean-Pierre BAYLE, conseiller-maître,
Mme Marine CAMIADE, conseiller référendaire,
et M. David GRUSON, auditeur**
(mercredi 16 janvier 2008)

Au cours de sa séance du matin du mercredi 16 janvier 2008, la mission a entendu **Mmes Marie-Thérèse Cornette, présidente de la 5^e chambre de la Cour des comptes, Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, M. Jean-Pierre Bayle, conseiller-maître, Mme Marine Camiade, conseiller référendaire, et M. David Gruson, auditeur.**

M. Philippe Marini, président, a indiqué, à titre liminaire, que la mission a souhaité entendre la Cour des comptes à la suite notamment du rapport public particulier qu'elle a consacré, en 2005, aux personnes âgées dépendantes. Dans ce document, la Cour dresse un bilan très mitigé de l'offre de services et souligne l'écart constaté entre les objectifs affichés, les résultats atteints et les besoins de la population. Elle insiste par ailleurs sur la complexité du mode de financement de la prise en charge de la dépendance, en tentant, pour la première fois, de récapituler l'ensemble des efforts financiers réalisés dans ce domaine. Enfin, la haute juridiction financière met en évidence la complexité du schéma d'organisation, ainsi que le manque de coordination entre les différents acteurs institutionnels.

Mme Marie-Thérèse Cornette, présidente de la 5^e chambre, a observé que ce rapport présente effectivement l'intérêt :

- de procéder à une évaluation financière jusqu'alors inédite de l'effort global de prise en charge de la dépendance, qui a été ainsi estimé à 15 milliards d'euros pour l'année 2003 ;
- d'apprécier, sur la base d'une étude réalisée dans vingt-sept départements, l'efficacité et l'efficience des politiques menées par l'Etat et les conseils généraux ;
- d'établir une analyse prospective des dépenses à l'horizon 2020.

Déjà complété par un autre rapport, publié en juillet 2006 et consacré cette fois à la mise en place et à l'affectation des ressources de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ce document fait en outre actuellement l'objet d'un travail de suivi, qui devrait être achevé à la fin de l'année 2008 ou au début de l'année 2009.

Mme Marie-Thérèse Cornette a rappelé également les observations formulées par la Cour au sujet de l'absence de choix net, de la part des pouvoirs publics, entre une logique d'aide sociale ou une logique de prestation de sécurité sociale pour traiter le problème de la dépendance. Cette incapacité à arbitrer explique le phénomène de sédimentation institutionnelle et de dispersion des responsabilités qui rend difficiles le pilotage et l'évaluation de la politique menée en direction des personnes âgées dépendantes. La complexité du dossier s'est d'ailleurs accrue, puisqu'aux schémas gérontologiques départementaux, relevant désormais de la compétence des présidents de conseils généraux, s'est ajouté un nouvel outil, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (Priac) établi, lui, par les préfets.

Après avoir regretté que près des deux tiers des départements ne disposent pas d'un schéma gérontologique à jour, **Mme Marie-Thérèse Cornette** a constaté que la multiplication des acteurs concernés est perçue comme une source d'opacité par les personnes dépendantes. Les administrations centrales elles-mêmes ne disposent pas d'outil de suivi adéquat pour apprécier l'évolution des créations de places dans les structures d'accueil. La Cour avait d'ailleurs recommandé en 2005 de confier à une autorité unique le pilotage des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Depuis, la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a certes permis d'améliorer le suivi de la politique de la dépendance. Mais l'efficacité du nouvel organisme dépend encore largement sur ce point de la qualité des remontées d'informations qui lui sont adressées. Enfin, la mise en place de la CNSA s'est également traduite par l'introduction de davantage de complexité dans les circuits de financement.

Les recommandations insérées par la Cour dans son rapport de 2005 restent d'actualité. La dépendance nécessite aujourd'hui une vraie réforme, permettant notamment un contrôle réel sur les dépenses qui lui sont consacrées.

Puis **M. Philippe Marini, président**, s'est interrogé sur la proposition formulée par la Cour des comptes relative à l'élaboration d'un compte social de la dépendance des personnes âgées.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, a estimé que la démarche qui consisterait à établir un compte social de la dépendance, à l'instar de ce qui existe pour le handicap, suppose une amélioration préalable des circuits d'information. En tout état de cause, celle-ci ne permettrait pas de régler les problèmes posés par la complexité de l'architecture institutionnelle de la prise en charge de la dépendance.

Elle a ensuite observé que, depuis l'enquête réalisée par la Cour, est entrée en vigueur la loi organique n° 2005-881 du 8 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Ce texte a eu notamment pour effet de modifier la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) qui fait désormais l'objet de six sous-objectifs votés par le

Parlement, dont « la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées ».

Par ailleurs, 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 exclu du champ de l'Ondam, à partir de 2006, l'apport de la CNSA au financement des établissements et services médicosociaux. En pratique, l'Ondam voté par le Parlement ne comprend donc pas la totalité des montants destinés à ces établissements et à ces services. Il a financé à hauteur de 4,4 milliards d'euros en 2006 et de 4,8 milliards en 2007 l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA, agrégat plus large qui regroupe donc l'Ondam médicosocial « Personnes âgées » et les financements propres apportés par la caisse.

Puis **Mme Rolande Ruellan** a observé que la forte progression, à un rythme moyen supérieur à 9 % ces dernières années, des dépenses médicosociales s'explique principalement par la mise en œuvre des plans de création de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les premières estimations disponibles pour 2007 font même état d'une augmentation de 13 % de l'Ondam médicosocial des personnes âgées, ce qui est considérable. Il est néanmoins encore trop tôt pour disposer de davantage d'informations sur ce chiffre, qui rassemble les dépenses au profit des Ssiad et des Ehpad. Le périmètre de cet agrégat, en revanche, ne prend en compte ni les soins hospitaliers, ni les dépenses de médecine de ville des personnes dépendantes, qui relèvent des sous-objectifs correspondants de l'Ondam.

Mme Rolande Ruellan a jugé nécessaire d'aboutir à une connaissance plus approfondie ainsi qu'à une meilleure maîtrise des financements alloués aux établissements et aux soins de ville. Dans l'attente d'une nouvelle enquête, la Cour ne peut toutefois pas apprécier les progrès réalisés par la caisse nationale d'assurance maladie. Toutefois, s'agissant des procédures de contrôle, le fait d'avoir rattaché les personnes âgées hébergées à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont relève l'Ehpad où elles résident, et non plus à leur ancien domicile, permet de mieux repérer les comportements des prescripteurs.

En revanche, l'exclusion en 2002, sous la pression des pharmaciens d'officine, du périmètre du forfait de soins des frais de médicaments pour les établissements qui ne sont pas dotés d'une pharmacie à usage intérieur n'a pas contribué à une meilleure maîtrise de la dépense.

Mme Rolande Ruellan a estimé que la complexité des circuits financiers est la conséquence de plusieurs facteurs. Certes, deux objectifs ont été affichés par les pouvoirs publics ces dernières années :

- la volonté légitime de traiter dans un même ensemble les besoins des personnes âgées dans les domaines des soins, de la dépendance et de l'hébergement ;

- le souci, nouveau pour la France, d'envisager globalement la question de la perte d'autonomie, quel que soit l'âge des assurés sociaux.

Mais les systèmes de compétences et de financement préexistants n'ont pas été adaptés pour tenir compte de ces nouveaux objectifs. La réalité apparaît d'autant plus complexe sur le terrain que l'on a ajouté des procédures supplémentaires et de nouvelles sources de financement.

Ainsi, l'article 60 de la loi du 11 février 2005 a fait apparaître dans les comptes de la CNSA l'ensemble des charges et des produits relatifs au financement des dépenses en faveur des établissements médicosociaux, y compris donc ceux relatifs à l'Ondam « Personnes âgées ». Cette procédure se traduit par des écritures comptables croisées entre la Cnam et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Néanmoins, ces charges demeurent celles de l'assurance maladie, puisqu'elles correspondent à des versements des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) aux établissements médicosociaux. Mais elles sont comptabilisées deux fois : une fois au titre du transfert à la CNSA et une autre fois au titre des dépenses des CPAM. Neutraliser cette double comptabilisation suppose, pour la Cnam, d'inscrire un produit correspondant au reversement de la CNSA aux CPAM. En définitive, ce circuit financier aboutit à un doublement artificiel en charges et en produits dans les comptes de l'assurance maladie. Cette présentation n'améliore en rien la situation des assurés sociaux et force est de constater que, pour la CNSA, sur un budget annuel de 15 milliards d'euros, 12 milliards proviennent de l'assurance maladie.

Mme Rolande Ruellan a ensuite estimé que la notion, souvent évoquée dans le débat public, de création d'une cinquième branche de sécurité sociale pour faire face au problème de la dépendance relève d'une certaine confusion des esprits. A ses yeux, cette option n'est d'ailleurs plus aujourd'hui envisageable, ne serait-ce qu'à cause de la nature de prestation sociale décentralisée de l'Apa sur laquelle il semble difficile de revenir. Par ailleurs, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) n'a jamais été une prestation de sécurité sociale. Il est donc sans doute trop tard pour intégrer l'Apa et l'AAH dans le cadre de la sécurité sociale, notamment parce que les partenaires sociaux n'ont pas su se mobiliser au bon moment en raison de leurs dissensions sur le sujet.

Depuis 1945, la construction de la protection sociale est intervenue autour des grands risques à couvrir : maladie, invalidité, vieillesse, dépenses familiales. On pouvait estimer que ce système était de nature à assurer également la protection des personnes âgées devenant dépendantes et des personnes handicapées, sous réserve de la création de prestations et de services appropriés. La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) et la Cnam auraient ainsi pu bénéficier d'une extension de leurs

compétences et de leurs ressources pour gérer respectivement les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Mais tels n'ont pas été les choix politiques retenus par les pouvoirs publics.

En définitive, **Mme Rolande Ruellan** a jugé qu'il convient plutôt de réfléchir à la mise en œuvre d'une cinquième branche de protection sociale.

Puis elle a souligné que les modalités de mise en œuvre de l'Apa apparaissent singulières à plus d'un titre. En effet, il s'agit tout d'abord d'une prestation sociale nationale, mais financée par les départements ainsi que par un élément de financement national. Les ressources nouvelles créées par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, c'est-à-dire la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ainsi qu'une fraction supplémentaire de CSG couvrent en effet le coût de l'Apa à hauteur de 33 % (1,4 milliard d'euros en 2006 sur un total de 4,3 milliards). Toutefois, ces deux ressources bénéficient aussi pour une toute petite part, ce qui est là encore original, aux dépenses d'assurance maladie. Enfin, la péréquation de l'Apa est assurée par un établissement public administratif national : la CNSA.

Mme Rolande Ruellan est revenue sur le manque de pertinence du schéma faisant transiter les fonds de l'assurance maladie par la CNSA et s'est demandé s'il n'aurait pas été préférable de majorer la CSG maladie de l'ensemble des assurés sociaux au profit de l'assurance maladie des personnes âgées dépendantes, en affectant directement à la Cnam le produit de cette mesure.

Toutefois la CNSA existe et joue sans conteste un rôle très utile de centre de proposition et de référence : il n'est donc pas question de la supprimer, mais le périmètre de son budget pourrait évoluer. A ce titre, **Mme Rolande Ruellan** a posé la question de savoir si le regroupement au sein de cet organisme des crédits de l'Ondam médicosocial n'obéit pas essentiellement à un objectif d'affichage. Elle a ensuite considéré que les aides aux personnes âgées dépendantes ne devraient être financées que par l'assurance maladie, les finances locales ainsi qu'une part unique de CSG permettant de fusionner les deux fractions de CSG et la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) qui alimentent aujourd'hui le budget de la CNSA.

Après avoir pris acte des recommandations de la Cour tendant à aboutir à une clarification des circuits de financement de la CNSA, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est interrogé sur la façon de concilier cet objectif avec l'approche prônée dans le dernier rapport annuel de cet organisme en faveur de la convergence de la prise en charge des aides aux handicapés et aux personnes âgées dépendantes.

Il s'est également demandé quelle est la meilleure façon d'articuler la solidarité nationale avec les dispositifs d'assurance individuelle, la prise en compte du patrimoine des personnes concernées et, le cas échéant, les ressources de leur famille.

Mme Marine Camiade, conseiller référendaire, a indiqué que la Cour n'a pas eu à se prononcer sur la question de la convergence entre les aides aux personnes handicapées et celles accordées aux personnes âgées dépendantes, mais cette orientation aura probablement un coût très important s'il s'agit d'aligner les plafonds de l'Apa sur le niveau, plus élevé, de la prestation de compensation du handicap. S'agissant du développement de l'assurance dépendance, la haute juridiction financière a incité les pouvoirs publics à faire preuve d'une certaine prudence. Mais il conviendrait sans doute de compléter cette réflexion par la prise en compte des nouveaux éléments figurant dans le rapport de Mme Hélène Gisserot ainsi que par une étude comparative avec des Etats étrangers, notamment l'Allemagne et la Suède. Des éléments concernant ces deux pays figureront dans le rapport de suivi que la Cour doit prochainement faire paraître.

M. Jean-Pierre Bayle, conseiller-maître, a regretté qu'à l'inverse de l'Allemagne où a eu lieu un grand débat public sur la question de la dépendance, la politique menée en France a jusqu'ici été la résultante d'une absence de choix clairs des pouvoirs publics. Puis il a souhaité que des investigations approfondies soient menées pour apprécier les dépenses fiscales, au demeurant considérables, consenties dans ce champ. Il a regretté que les administrations compétentes n'aient pas, à ce jour, élaboré les outils qui permettraient d'identifier la part de certaines mesures fiscales de portée générale bénéficiant spécifiquement au public des personnes âgées dépendantes.

M. Philippe Marini, président, a estimé que la Cour peut utilement aider la mission, dans l'optique de l'examen du futur projet de loi, en lui permettant d'explicitier les bonnes questions, dans un souci d'exhaustivité et de transparence.

Après avoir relevé à son tour la complexité des circuits de financement de la CNSA, **M. Alain Milon** s'est demandé si l'origine de ce problème ne réside pas dans les contours trop larges de la définition donnée à la notion de dépendance. *A contrario*, n'y a-t-il pas d'autres pays où celle-ci est entièrement assimilée à la maladie, et cette approche ne serait-elle pas en définitive préférable ?

Mme Bernadette Dupont a jugé que la politique menée par les pouvoirs publics ne doit pas reposer sur une séparation nette entre les domaines du handicap et de la dépendance que l'on a trop tendance à distinguer.

Mme Marie-Thérèse Hermange a estimé que la segmentation actuelle des circuits de financement repose probablement sur une confusion intellectuelle : la distinction entre la mission confiée aux hôpitaux de soigner les malades et celle dévolue aux Ehpad consistant à mettre en œuvre un projet de vie, est largement artificielle. Les deux sont liées. Puis elle a souhaité savoir s'il existe des études permettant, à pathologie identique, de comparer le

coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement.

Revenant sur le problème de la tarification des Ehpad ainsi que sur les modalités de création des places supplémentaires dans le cadre du plan Solidarité-Grand Age, **M. Eric Doligé** a observé que les financements croisés ne font qu'ajouter à la complexité du cadre juridique initial et a souhaité connaître les propositions de simplification de la Cour. Il s'est demandé si l'Etat est bien lui-même à jour des plans qu'il est censé mettre en œuvre.

M. Bernard Cazeau a souhaité savoir si la Cour dispose d'études pour apprécier le coût de l'objectif de convergence handicap-dépendance dont elle juge a priori qu'il pourrait avoir un impact financier très élevé.

M. David Gruson, auditeur, a constaté, d'une part, que la définition de la dépendance procède en droit français d'une approche transversale et ne se rattache donc pas à une pathologie particulière, d'autre part, que cette notion a été définie à partir d'un angle tarifaire. Puis il a noté, s'agissant de la complexité des procédures d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes dépendantes, que la grille Aggir, qui ne prend pas suffisamment en compte la charge en soins impliquée par les maladies neurodégénératives, est progressivement complétée par un autre système baptisé Pathos qui permettra d'apporter des dotations supplémentaires aux établissements. Mais ce nouvel outil n'a pas remplacé le précédent et n'est utilisé que dans une partie des établissements.

M. Bernard Cazeau a tenu à rappeler que la CNSA a réalisé un important travail sur ces questions, notamment en procédant à des comparaisons avec les systèmes d'évaluation de la perte d'autonomie utilisés à l'étranger, par exemple au Québec.

Après avoir observé que la création de la CNSA illustre l'aspiration à la convergence de traitement entre les personnes handicapées et les personnes dépendantes, **M. Jean Pierre Bayle** s'est demandé jusqu'à quel point la problématique applicable à ces deux populations est identique. De fait, la dépendance constitue un risque justifiant que les assurés sociaux s'y préparent, alors que le handicap correspond à des accidents de la vie. La Cour a consacré de larges développements à cette question dans son rapport public particulier publié en juin 2003. Mais il s'agit d'un débat de société auquel il lui est difficile de répondre.

Au sujet de la ligne de partage entre les dépenses de soins imputables à l'assurance maladie et celles relevant de la dépendance, **Mme Rolande Ruellan** a estimé que la présence de plusieurs financeurs avec des intérêts divergents explique l'existence de phénomènes de vases communicants préjudiciables. Le fait que l'Apa soit une prestation financée par l'Etat et par les départements crée une tentation forte de reporter une partie des coûts de prise en charge des personnes âgées dépendantes sur l'assurance maladie, qui s'acquitte ainsi de charges qui ne devraient pas lui incomber.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité obtenir des précisions sur le mode de tarification des Ehpad, au regard notamment des conventions tripartites signées par ces établissements avec l'Etat et les conseils généraux. Puis il s'est demandé si la section d'hébergement ne tend pas à devenir, plus que le forfait soins, la véritable variable budgétaire d'ajustement de ce système de financement, ce qui aboutit à faire supporter aux familles une part croissante de la charge de la dépendance.

M. David Gruson a précisé que la réforme de la tarification des Ehpad initiée à partir de la fin des années quatre-vingt-dix avait pour objectif de clarifier leur mode de financement, tout en accompagnant le développement des conventions tripartites. Mais le calendrier de mise en œuvre de cette réforme est apparu irréaliste.

Audition de M. Stéphane LE BOULER,
chef de la Mission Recherche (Mire), membre du conseil scientifique
de l'Institut national d'études démographiques (Ined)
(mercredi 16 janvier 2008)

Au cours de sa séance du matin du mercredi 16 janvier 2008, la mission a entendu **M. Stéphane Le Bouler, chef de la Mission Recherche (Mire), membre du conseil scientifique de l'Institut national d'études démographiques (Ined) et chef de file sur le rapport du Centre d'analyse stratégique « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix »** (juin 2006).

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé qu'à la demande du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le Centre d'analyse stratégique avait rendu, au mois de juin 2006, un rapport intitulé « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », rapport dont M. Stéphane Le Bouler était le chef de file. Ce document faisait suite à une première étude, rendue publique au mois de juillet 2005, sur le nombre de places nécessaires en établissements d'hébergement aux horizons 2010, 2015 et 2020.

Il a observé que, dans son rapport, le Centre d'analyse stratégique propose une approche globale, articulée autour de plusieurs principes, en particulier :

- dans un premier temps, le maintien d'un effort soutenu de rattrapage par la création de places en établissement, puis un effort vigoureux en direction de l'accueil à domicile ;

- la sélectivité des dispositifs de solvabilisation publics en faveur des personnes les plus fragiles et la nécessité d'une répartition équitable des coûts entre les financeurs publics et les usagers ;

- la création d'outils de régulation innovants en vue de favoriser la performance et une meilleure allocation territoriale des dispositifs de prise en charge de la dépendance.

Il a également indiqué que le plan Solidarité-Grand Age, adopté dans la foulée du rapport du Centre d'analyse stratégique, en a repris les principaux objectifs.

Procédant à l'aide d'une vidéo-projection, **M. Stéphane Le Bouler, chef de la Mission Recherche (Mire)**, a précisé qu'il intervenait devant la mission commune d'information en sa qualité d'ancien chef de file du Centre

d'analyse stratégique sur le thème des personnes âgées dépendantes, et non au titre de ses fonctions actuelles.

Il a rappelé que, pour répondre à la commande ministérielle et évaluer l'effectif de personnes âgées dépendantes aux différentes échéances, le Centre d'analyse stratégique s'est appuyé sur les données de l'enquête « Handicap, incapacité, dépendance » (HID) de l'Insee, en écartant les hypothèses les plus optimistes. Dans l'hypothèse haute, on observerait ainsi une croissance de près de 35 % du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de soixante-quinze ans sur la période 2005-2025. Le phénomène ne ferait que s'accroître après cette date, compte tenu de l'arrivée dans les tranches d'âge les plus élevées de la génération du « baby-boom ». **M. Stéphane Le Bouler** a souligné que 2025 constituera à cet égard une date charnière, avec une accentuation nette de la pente de la courbe de progression du nombre de personnes dépendantes.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur la validité de ces hypothèses, dans la mesure où le nombre de personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) a crû rapidement et s'est établi d'ores et déjà aujourd'hui à plus d'un million. Or, selon l'hypothèse haute retenue par le Centre d'analyse stratégique, le nombre de personnes âgées dépendantes est inférieur à 700 000 en 2005 et serait à peine supérieur à 900 000 en 2025.

M. Stéphane Le Bouler a indiqué que le graphique présenté dans le rapport ne fait référence qu'aux personnes de plus de soixante-quinze ans, alors que l'Apa est attribuée aux personnes dépendantes dès l'âge de soixante ans, ce qui peut expliquer une partie du décalage relevé par M. Alain Vasselle. Par ailleurs, les projections élaborées par le Centre d'analyse stratégique prennent appui sur l'enquête « Handicap, incapacité, dépendance » conduite à la fin des années 1990, aujourd'hui assez ancienne. Un décalage peut ainsi être observé entre le périmètre des personnes âgées dépendantes retenu dans le cadre de cette enquête et celui des personnes âgées dépendantes couvertes par l'Apa, ce qui a incité le Centre d'analyse stratégique à retenir l'hypothèse haute d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.

Le Centre d'analyse stratégique s'est ensuite interrogé sur la répartition de la prise en charge des personnes âgées dépendantes entre le maintien à domicile et le placement en établissement spécialisé. **M. Stéphane Le Bouler** a, à cet égard, rappelé que M. Philippe Bas, alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, avait très clairement accordé la priorité au maintien à domicile. Le Centre d'analyse stratégique a ainsi proposé une évolution du mode de prise en charge, en considérant :

- que les personnes très dépendantes (groupes iso-ressources [Gir] 1 et 2) n'ont pas vocation à se retrouver davantage à domicile ;
- que les personnes moyennement dépendantes (Gir 3 et 4) ont vocation à sortir ou à moins entrer en institution ;

- que les personnes faiblement dépendantes (Gir 5 et 6) n'ont, quant à elles, pas vocation à être accueillies en établissement.

L'observation de ces principes conduirait à modifier sensiblement le profil des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement : le taux d'institutionnalisation des personnes de soixante-dix ans et plus relevant des Gir 3 et 4 reviendrait ainsi de 35 % en 2004 à 23 % en 2025.

En conséquence, le Centre d'analyse stratégique recommande de mener, dans un premier temps, un effort soutenu de création de places en établissement, jusqu'en 2010 (passage de 642 000 places fin 2003 à 680 000 places en 2010), puis de stabiliser le nombre global de places à ce niveau et de faire alors porter l'effort en direction de l'accueil à domicile, en prônant, en particulier, une très forte augmentation du nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) (de 81 900 places en 2004 à 229 000 places en 2025).

M. Stéphane Le Bouler a relevé que le caractère inadapté de l'Apa à domicile constitue une cause d'entrée des personnes isolées en établissement : le Centre d'analyse stratégique recommande, à cet égard, de consentir à un effort important en direction de ce public afin d'enrayer un phénomène évitable, qui ne correspond à aucune nécessité.

S'agissant des besoins en personnel et du taux d'encadrement des personnes âgées dépendantes en établissement, deux hypothèses ont été présentées dans le rapport du Centre d'analyse stratégique :

- une hypothèse basse de croissance progressive des effectifs soignants, en ligne avec la progression de la dépendance des personnes hébergées, un effort particulier étant fait en matière d'animation ;

- une hypothèse haute de croissance rapide, diversifiée et durable des effectifs.

Au total, dans l'hypothèse haute, le Centre d'analyse stratégique envisage une très forte progression des effectifs prenant en charge les personnes âgées en établissement, qui passeraient de 608 900 personnes en 2005 à 1 072 500 personnes en 2025. Sur la période 2005-2015, environ 350 000 postes devraient ainsi être pourvus dans ce secteur, soit une moyenne de 35 000 emplois par an, correspondant à 4,6 % du nombre total des postes à pourvoir au sein de l'ensemble de l'économie française et 11 % du total des créations nettes d'emplois. **M. Stéphane Le Bouler** a toutefois observé que ces hypothèses impliquent une forte attractivité de ces métiers.

Cet accroissement des effectifs se traduirait par une augmentation des coûts salariaux bruts, qui passeraient de 13,5 milliards d'euros en 2005 à 32,5 milliards d'euros en 2025, en euros constants. Dans l'hypothèse d'une montée en charge rapide des dépenses de personnels en établissement, les dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes passeraient ainsi de 0,94 % du produit intérieur brut (Pib) en 2005 à 1,29 % du Pib en 2015 et 1,55 % du Pib en 2025.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a remercié M. Stéphane Le Bouler pour la qualité de son intervention et a souhaité obtenir des précisions sur la préconisation du rapport du Centre d'analyse stratégique tendant à renforcer la sélectivité des dispositifs de solvabilisation en faveur des publics les plus fragiles. Il l'a également interrogé sur sa vision de l'équilibre à atteindre entre aide sociale, contribution de l'assurance maladie et contribution des personnes âgées et de leur famille.

M. Stéphane Le Bouler a indiqué que l'on peut envisager de deux manières complémentaires une plus grande sélectivité des dispositifs de solvabilisation publics : d'une part, en évaluant mieux les besoins afin de concentrer les dispositifs sur les personnes les plus fragiles ; d'autre part, en prenant en compte les capacités contributives des personnes, tant leurs revenus que leur patrimoine. Il ne s'agit pas d'une alternative, il faut progresser sur ces deux terrains concomitamment.

Le perfectionnement des pratiques d'évaluation des besoins doit permettre une appréciation plus juste des situations individuelles, les équipes médico-sociales des départements ayant un rôle essentiel à jouer en ce domaine. En outre, il incombe aux pouvoirs publics de définir plus précisément le contenu du panier de biens et services socialisés et les catégories de personnes auxquelles ce panier s'adresse.

Par ailleurs, les capacités contributives sont aujourd'hui prises en compte sur la base des seuls revenus. La prise en compte du patrimoine est également envisageable et peut passer soit par l'attribution de prestations sous condition de patrimoine, soit par l'introduction d'un recours sur succession.

Enfin, l'effort public se déploie aujourd'hui à travers des prestations telles que l'Apa, mais aussi à travers les aides fiscales pour l'emploi de salariés à domicile ou en faveur de l'effort d'équipement. Il faut progresser vers une analyse globale de l'effort public, compte tenu tout à la fois des besoins des personnes et de leurs capacités contributives.

Mme Sylvie Desmarescaux s'est demandé s'il est pertinent de retenir comme donnée principale l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de soixante-quinze ans, l'Apa étant attribuée dès soixante ans.

M. Stéphane Le Bouler a expliqué que le rapport du Centre d'analyse stratégique a bien été établi à partir des projections relatives à l'ensemble des personnes âgées dépendantes de soixante ans et plus. Le choix a été fait de mettre plus particulièrement en relief l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de soixante-quinze ans et plus dans le but de souligner l'ampleur des enjeux.

Mme Sylvie Desmarescaux a souhaité obtenir des précisions complémentaires sur le coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement, ainsi que sur les préconisations du Centre d'analyse stratégique s'agissant de l'effort à mener en faveur de

l'amélioration de la prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement.

Elle a également souligné les difficultés particulières auxquelles peuvent être confrontées les personnes des départements frontaliers qui recourent à des services situés dans le pays voisin.

M. Stéphane Le Bouler a rappelé que le Centre d'analyse stratégique prône une démarche en deux temps, les deux actions devant être menées successivement : d'abord, un effort soutenu de création de places en établissement, jusqu'en 2010 ; ensuite, un effort important en direction de l'accueil à domicile.

Mme Bernadette Dupont a mis en évidence les rigidités de l'accueil en établissement et les difficultés rencontrées par certaines personnes âgées dépendantes recherchant des formules plus souples, comme une prise en charge en établissement pour une durée de six mois par an.

M. Stéphane Le Bouler a indiqué que, selon le rapport du Centre d'analyse stratégique, l'architecture générale de l'hébergement en institution doit être revue, en accordant davantage de place à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire. Le rapport prévoit ainsi de porter le nombre de places d'accueil temporaire de 9 260 en 2003 à 68 000 en 2025. Une telle recomposition nécessite toutefois une forte volonté et doit être prévue dans les arbitrages nationaux, ainsi que dans les schémas gérontologiques. Enfin, le prix de journée ne doit pas être dissuasif pour les personnes âgées dépendantes et les gestionnaires d'établissement doivent également être intéressés à la création de ce type d'accueil, dans la mesure où de telles situations sont plus complexes à gérer.

Mme Bernadette Dupont a estimé que c'est l'intérêt des personnes dépendantes qui doit primer en la matière, nonobstant les difficultés de gestion accrues. Une plus grande souplesse permettrait, de surcroît, d'optimiser la gestion des places en établissement.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur les déterminants de l'évolution des effectifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, présentée par le Centre d'analyse stratégique.

Il a, par ailleurs, souhaité connaître l'appréciation de M. Stéphane Le Bouler sur l'efficacité actuelle du système de prise en charge de la dépendance et sur son architecture de financement, ainsi que sa conception de l'articulation future des compétences et des financements entre les conseils généraux et la CNSA, mais également entre ces acteurs et les organismes de sécurité sociale, l'Etat et les futures agences régionales de santé (ARS).

M. Stéphane Le Bouler a noté que l'évolution des effectifs retenue par le Centre d'analyse stratégique intègre trois facteurs : tout d'abord, un effort de rattrapage ; ensuite, une nécessaire adaptation des effectifs à l'évolution du niveau de dépendance des personnes accueillies en établissement, le rapport ayant recommandé de concentrer la prise en charge

en établissement sur les personnes les plus dépendantes ; enfin, un effort volontariste de développement de certains métiers, notamment en matière d'animation.

Il a, ensuite, indiqué que le Centre d'analyse stratégique a pris parti pour l'expérimentation de la délégation des crédits de l'assurance maladie à des départements volontaires, qui seraient dès lors responsabilisés sur l'ensemble de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile comme en établissement. Il a noté que, dans ce schéma, la CNSA exercerait un rôle important, d'une part comme instrument de péréquation entre les départements, d'autre part en tant qu'opérateur de référence, destiné à éclairer la répartition des ressources et à améliorer les pratiques.

Le Centre d'analyse stratégique plaide également pour une responsabilité accrue des départements sur l'ensemble des prestations, y compris sur l'aide ménagère attribuée aux personnes relevant des Gir 5 et 6. Il prévoit également l'affectation aux départements des ressources dédiées à l'action sociale aujourd'hui mise en œuvre par les caisses de retraite.

Enfin, **M. Stéphane Le Bouler** a indiqué que l'extension des compétences des ARS au secteur médicosocial est une recommandation du Centre d'analyse stratégique, afin d'intéresser l'instance de régulation régionale hospitalière à la problématique des personnes âgées et d'organiser une meilleure analyse des besoins régionaux.

**Audition de MM. Alain CORDIER, président du conseil,
et Denis PIVETEAU, directeur,
de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
(mercredi 16 janvier 2008)**

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 16 janvier 2008, la mission a entendu **MM. Alain Cordier, président du conseil, et Denis Piveteau, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).**

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la mission avait décidé d'ouvrir cette audition à la presse et au public.

Il a observé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, est devenue un acteur essentiel dans la prise en charge de la dépendance et du handicap, puisqu'elle est à la fois une structure chargée de répartir des moyens financiers et une agence d'appui technique. Le rapport 2007 de la CNSA dressant un bilan des actions menées et comportant une dimension prospective, il a souhaité que MM. Alain Cordier et Denis Piveteau fassent part à la mission de leur vision des enjeux relatifs à la dépendance, en précisant notamment le cadre financier et les questions de gouvernance.

M. Alain Cordier, président du conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a indiqué que son intervention reprendrait assez largement les idées développées au sein du dernier chapitre du rapport 2007 de la CNSA, intitulé « Solidarité pour l'autonomie : vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale ». Il a souhaité, au préalable, que M. Denis Piveteau présente les principales données budgétaires relatives à la CNSA.

M. Denis Piveteau, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a indiqué que la CNSA présente une triple facette. Elle est ainsi :

- une caisse gérant 3 milliards d'euros de ressources propres : un milliard d'euros provenant de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) et 2 milliards d'euros provenant des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ;

- une agence dotée d'un budget de 15 milliards d'euros : aux 3 milliards d'euros précités s'ajoutent 12 milliards d'euros correspondant aux

crédits inscrits sur les sous-objectifs médicosociaux de l'objectif national de dépenses assurance-maladie (Ondam) ;

- un espace public d'échanges et de réflexion.

Les recettes propres de la CNSA servent d'abord, pour 2 milliards d'euros, à attribuer des concours financiers aux conseils généraux :

- 1,5 milliard d'euros au titre des actions contribuant à l'autonomie des personnes âgées, ce qui couvre environ un tiers des dépenses supportées par les départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ;

- 500 millions d'euros au titre des actions contribuant à l'autonomie des personnes handicapées, ce qui couvre environ la moitié des dépenses supportées par les départements au titre des prestations individuelles en faveur des personnes handicapées (prestation de compensation du handicap et allocation compensatrice pour tierce personne).

Un milliard d'euros vient enfin abonder les crédits de l'Ondam médicosocial, pour former l'objectif global de dépenses (OGD), que la CNSA a pour mission de répartir entre les départements, en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

M. Denis Piveteau a précisé, d'une part, que les crédits de l'Ondam médico-social n'entrent pas dans les comptes de la CNSA, d'autre part, que l'OGD se décompose ainsi :

- 5,5 milliards d'euros de dépenses en faveur des établissements et services pour personnes âgées ;

- 7,5 milliards d'euros de dépenses en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

M. Alain Cordier a indiqué que le conseil de la CNSA doit se prononcer tous les ans sur un rapport d'activité qui lui donne l'occasion de formuler certaines recommandations. Le fait que le conseil de la CNSA, qui réunit l'ensemble des personnes concernées par la problématique de l'autonomie, ait réussi à se mettre d'accord sur un certain nombre d'orientations est, de ce point de vue, un élément important. Le conseil s'est, en effet, accordé sur deux axes d'analyse et quatre axes possibles de réforme.

S'agissant de l'analyse, le conseil a tout d'abord jugé nécessaire de prendre en compte une situation de vie, quelle qu'en soit la cause, et non des publics : 89 % des personnes confinées au lit ont plus de soixante ans mais la restriction durable d'activité touche, pour 50 %, des personnes de moins de soixante ans.

En second lieu, le conseil de la CNSA considère que la réponse apportée aux personnes âgées dépendantes ou handicapées doit être personnalisée, en fonction du projet de vie de la personne, qui constitue un élément structurant. Le conseil préfère ainsi parler d'aide à l'autonomie plutôt que de risque dépendance et a évoqué l'idée d'une « convergence sans

confusion » des réponses apportées aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées : en basculant d'une logique de publics à une logique de prise en compte des situations, on ne peut que personnaliser la réponse apportée.

Ce raisonnement a conduit le conseil de la CNSA à proposer quatre axes de réforme afin de répondre à la situation de vie au cours de laquelle l'autonomie est altérée.

Le premier axe de réforme consiste à identifier le droit que l'on souhaite garantir. Le conseil de la CNSA s'est ainsi prononcé en faveur d'un droit universel de compensation pour l'autonomie, reposant sur une évaluation pluridisciplinaire et évolutive des besoins des personnes. Ceci permettrait de définir un plan personnalisé de compensation identifiant l'ensemble des aides possibles (aides humaines, techniques, animalières, aides aux aidants familiaux...). Le conseil prône également la création d'une prestation personnalisée de compensation correspondant aux prestations d'aides identifiées comme nécessaires au sein du plan personnalisé de compensation. Ceci suppose qu'un référentiel commun de biens et de services soit établi.

Le deuxième axe abordé par le conseil de la CNSA est celui de la répartition de la charge du financement, une disjonction pouvant éventuellement exister entre le droit universel ainsi conçu et le caractère public de son financement. Le conseil de la CNSA a, en effet, jugé préférable de partir des besoins pour élaborer le droit à compensation plutôt que de partir des capacités de financement public. De nombreux membres du conseil considèrent que le financement de la prestation personnalisée de compensation devrait être d'origine publique, des solutions différentes pouvant être proposées s'agissant de la répartition de ce financement entre ressources nationales et ressources locales. Par ailleurs se pose la question de savoir s'il convient de mettre en œuvre l'obligation alimentaire et le recours sur succession.

M. Alain Cordier a indiqué que la gouvernance constitue le troisième axe de réflexion du conseil de la CNSA et que trois pistes ont été retenues :

- un exercice des responsabilités au niveau local, les départements voyant leur rôle conforté en matière de prise en charge de l'autonomie, ce qui pourrait notamment passer par la création de maisons départementales de l'autonomie ;

- le maintien d'un opérateur national chargé d'apporter un soutien aux conseils généraux et d'assurer une égalité de traitement ;

- enfin, la réorientation des responsabilités de l'administration d'Etat vers une fonction de stratégie.

Le quatrième axe retenu par le conseil de la CNSA consiste à affirmer la nécessité de gérer l'éventail des risques autour de la personne, par la mise en cohérence des politiques publiques. Le conseil considère ainsi que des

compétences de « gestion du risque », sur l'enveloppe de crédits d'assurance maladie destinés aux établissements et services médicosociaux, pourraient être confiées à l'opérateur national.

M. Alain Cordier a souligné l'ambition de ce projet et son réalisme, le conseil de la CNSA ayant clairement posé la question des modalités de son financement.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a cité le dernier rapport annuel de la CNSA, selon lequel la question du financement public de l'aide à l'autonomie est « un défi sérieux mais qui n'apparaît pas hors de portée : il est à la hauteur de l'exigence d'un arbitrage de priorités au sein des dépenses publiques ». Il a souhaité que M. Alain Cordier développe ce point et précise les données sur lesquelles le conseil s'appuie pour aboutir à cette conclusion.

Il a, par ailleurs, fait état des projections figurant dans le rapport du Centre d'analyse stratégique s'agissant de l'évolution des effectifs travaillant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il a mis en évidence les coûts supplémentaires induits par cette évolution des effectifs.

M. Alain Cordier a estimé qu'il faut distinguer l'ambition d'un projet de société et la prise en charge financière de ce projet, la collectivité publique n'ayant pas nécessairement à en assurer le financement complet. La question ne doit ainsi pas être prioritairement posée en termes de prélèvements obligatoires supplémentaires. De même, il a différencié, suivant le *distinguo* britannique « Cure/Care », les dépenses de soins - c'est-à-dire l'évolution de l'Ondam médicosocial qui dépend notamment du rythme de réalisation des équipements - et les dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie - c'est-à-dire les 2 milliards d'euros de concours financiers versés par la CNSA aux conseils généraux. L'enjeu financier le plus lourd est celui de l'évolution des effectifs des personnels des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et de l'attractivité de ces métiers. S'agissant de l'accompagnement de la perte d'autonomie, à législation constante, l'évolution démographique conduirait à un effort budgétaire supplémentaire équivalent, sur une période de vingt ans, à ce que la Nation consacre en une année à l'assurance maladie.

Il a indiqué que le conseil de la CNSA n'est pas en mesure de chiffrer le coût, pour la collectivité, d'une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie dès lors que celui-ci dépend à la fois du référentiel et du contenu du plan personnalisé de compensation ; des choix opérés en matière de couverture, publique ou individuelle, du risque ; de l'impact des progrès thérapeutiques opérés ; enfin, de la requalification de la dépense sociale, celle-ci pouvant être perçue comme un important gisement d'emplois.

Mme Sylvie Desmarescaux a souhaité savoir si le conseil de la CNSA envisage de retenir un taux d'incapacité comme principal critère du plan personnalisé de compensation.

M. Michel Moreigne a souhaité que MM. Alain Cordier et Denis Piveteau fassent part de leur appréciation sur les règles actuelles de répartition du concours financier versé au titre de l'Apa entre les départements, en particulier dans le cas de départements faisant face à des besoins importants mais dotés d'un faible potentiel fiscal.

M. Eric Doligé a remercié M. Denis Piveteau pour les explications relatives aux missions de la CNSA. Il s'est toutefois interrogé, d'une part, sur la nécessité de faire transiter les crédits de l'Ondam médicosocial par la CNSA, d'autre part, sur la conception qu'a le conseil des relations entre cette caisse et les départements.

M. Denis Piveteau a indiqué que le conseil de la CNSA a tâché de s'affranchir de la notion de taux d'incapacité entraînant l'attribution automatique d'une prestation. Il faut d'abord définir le projet de vie de la personne en perte d'autonomie et examiner ensuite comment la collectivité nationale peut le prendre en charge.

Répondant à M. Michel Moreigne, il a indiqué que le mécanisme actuel de répartition du concours financier versé au titre de l'Apa prévoit une clause de sauvegarde, afin que la dépense nette supportée par le conseil général, au titre de l'Apa, ne puisse excéder une certaine fraction de son potentiel fiscal. Deux facteurs, en particulier, sont actuellement pris en compte : le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de soixante-quinze ans dans le département et le potentiel fiscal de ce dernier. Il a estimé que la fixation du niveau maximum de la dépense nette incombant aux départements relève d'un choix politique.

Répondant à M. Eric Doligé, il a jugé que le complément d'un milliard d'euros apporté par la CNSA à l'Ondam médicosocial n'emporte pas de surcoût, une convention financière entre la CNSA et la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) prévoyant une opération de compensation en fin d'année. En revanche, cette architecture peut soulever des questions en termes de lisibilité.

M. Alain Cordier a jugé souhaitable que le Parlement puisse, dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale, se prononcer sur l'ensemble du budget de la CNSA.

Il a relevé que des progrès ont été accomplis s'agissant des relations entre la CNSA et les conseils généraux, dès lors que la caisse n'intervient pas comme une instance de contrôle des départements. Le conseil de la CNSA a proposé de conforter les compétences du département comme opérateur en charge de la responsabilité de proximité. Il souhaite également une meilleure articulation entre les schémas gérontologiques et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac).

Mme Bernadette Dupont a souhaité obtenir des précisions sur la notion, mise en avant par la CNSA, de « prise en compte d'une situation de vie ».

M. Bernard Cazeau s'est interrogé sur le champ de réflexion de la mission commune d'information, se demandant s'il ne convient pas de l'étendre à l'ensemble de la perte d'autonomie, et non de le limiter aux seules personnes âgées dépendantes, comme cela avait été initialement décidé.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que cette orientation a été approuvée lors de la réunion constitutive de la mission et qu'il convient donc de s'y tenir. Il a, par ailleurs, noté que la mission devait recevoir, dans le cadre de l'audition suivante, les ministres compétents, ce qui permettra de connaître les orientations du gouvernement en matière de cinquième risque.

M. François Autain s'est interrogé sur l'articulation entre les fonds gérés par la CNSA et l'Ondam médicosocial. Il s'est demandé s'il y aurait un inconvénient à affecter directement à la Cnam le milliard d'euros destiné à compléter les crédits de l'Ondam médicosocial, aujourd'hui géré par la CNSA.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est interrogée, plus largement, sur le bien-fondé d'une caisse telle que la CNSA, et sur l'intérêt qui aurait pu s'attacher à la création d'une cinquième branche.

M. Paul Blanc a indiqué que la CNSA, dans sa conception, est conforme à l'esprit de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il s'est également déclaré en accord avec les observations formulées par le président Philippe Marini sur les orientations de la mission, jugeant qu'en dépit de certaines convergences, les réflexions relatives aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées ne peuvent être confondues. Le handicap est du ressort de la solidarité, alors que la dépendance relève d'une logique de prestation.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a également souhaité obtenir des précisions sur le bien-fondé des relations financières entre la CNSA et la Cnam.

M. Alain Cordier a noté que les maisons départementales des personnes handicapées - qui pourraient devenir des maisons départementales de l'autonomie dans le schéma proposé par le conseil de la CNSA - sont dans une phase de montée en charge, les présidents de conseils généraux s'engageant fortement pour que leur fonctionnement s'améliore. Il a toutefois observé que ces maisons traduisent un véritable changement de culture et qu'il faudra un certain temps pour achever le processus en cours.

Il a relevé que la création de la CNSA émane de la volonté du législateur et que cette caisse a permis de mieux associer les départements et les associations concernées aux actions menées en matière de perte d'autonomie. Il a jugé nécessaire de distinguer les dépenses de soins et les

dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie et a noté la légitimité qu'aurait la CNSA à gérer l'Ondam médicosocial.

M. Denis Piveteau a estimé que le complément d'un milliard d'euros apporté par la CNSA aux douze milliards d'euros de l'Ondam médicosocial a une triple justification :

- une volonté de transparence, afin de disposer d'une vision globale des masses financières en cause ;

- un enjeu de bonne gestion ;

- une responsabilisation comptable de la CNSA sur l'équilibre de l'Ondam médicosocial, dans la mesure où il incombe à la caisse de procéder aux ajustements nécessaires en fin d'exercice, en cas d'écart entre les autorisations de dépenses d'Ondam médicosocial votées par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et les dépenses réellement exécutées.

Audition de M. Xavier BERTRAND,
ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité
et Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité
(mercredi 16 janvier 2008)

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 16 janvier 2008, la mission a entendu **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité**, et **Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la mission a pour but de préparer, dans une démarche large et participative, l'examen du projet de loi sur la dépendance qui sera prochainement déposé par le gouvernement devant le Parlement. Il a souligné l'intérêt ancien du Sénat pour cette question, ainsi qu'en témoignent la création, à l'initiative de la commission des affaires sociales, de la prestation spécifique dépendance (PSD) et la présence, au sein de la mission, de la plupart des rapporteurs des textes relatifs au handicap et à la dépendance adoptés ces dernières années.

M. Philippe Marini, président, a rappelé les propos tenus par le Président de la République lors de son intervention, au Sénat, devant les journalistes de l'information sociale, le 18 septembre 2007, qui avait alors souligné la complexité et l'opacité du système actuel de prise en charge de la dépendance.

M. Philippe Marini, président, a ensuite souhaité attirer l'attention sur les problèmes de chiffrage révélés par les auditions de la matinée. Alors que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente de 1 % par an, celui des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) a progressé, pour sa part, au rythme annuel de 8 % ces dernières années. Le taux d'évolution de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées atteindrait, quant à lui, 13 % en 2007.

Remerciant M. Xavier Bertrand et Mme Valérie Létard de leur présence, **M. Philippe Marini, président**, a enfin émis le souhait de travailler en collaboration avec le Gouvernement sur le sujet de la dépendance et de la création d'un cinquième risque.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a salué la création, par le Sénat, d'une mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du

cinquième risque. Compte tenu des perspectives démographiques, la prise en charge de la dépendance est en effet un sujet qui concerne l'ensemble de la population et dont les pays développés n'ont pas encore pris toute la mesure. Les arbitrages gouvernementaux sur ce sujet n'étant pas encore pris, il a indiqué qu'il n'est pas en mesure de présenter le projet définitif du gouvernement et a ainsi proposé de revenir devant la mission une fois les grandes directions de ce projet fixées. Il a rappelé que la prise en charge de la dépendance constitue un axe fort de l'action du Président de la République et du gouvernement, conformément aux engagements pris pendant la campagne électorale. La volonté du Gouvernement est de développer la concertation afin de dépassionner et de dépolitiser le débat. Le rapport d'activité 2007 de la CNSA, qui semble avoir permis de dégager un consensus, constituera une base utile à la concertation.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a ensuite précisé le périmètre du cinquième risque. Celui-ci correspond aux 19 milliards d'euros consacrés chaque année aux personnes âgées et aux personnes handicapées, au titre, d'une part, des prestations de santé financées essentiellement par l'assurance maladie, d'autre part, des prestations de compensation de la perte d'autonomie (l'Apa pour le grand âge, la prestation de compensation du handicap (PCH) pour le handicap).

S'agissant des prestations de santé, l'effort consenti en 2008 en faveur des personnes âgées est en hausse de 11 %. Cette augmentation devrait permettre de financer la création de 7 500 places en maisons de retraite, contre 5 000 places initialement prévues, ainsi que de mieux prendre en compte la maladie d'Alzheimer. Concernant les prestations de compensation de la perte d'autonomie, un nouveau modèle de la protection sociale a été défini, qui combine une gestion décentralisée reposant sur les conseils généraux et une péréquation nationale pour assurer une équité de traitement sur le territoire, grâce à la CNSA.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que le cinquième risque constitue un risque social nouveau pour le système de sécurité sociale français, actuellement fondé sur quatre risques : la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail. La prise en charge de la dépendance, dont le but est de compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, a ainsi toute sa place entre les prestations actuelles liées à l'état de santé et celles liées à une perte de revenu.

Abordant la question de la gouvernance de la prise en charge de la dépendance, **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité**, a rappelé que le modèle original d'une gestion décentralisée et d'une agence nationale, chargée de la péréquation, de l'animation et de l'information, a donné de bons résultats. Les conseils généraux apportent leur expertise et leur proximité. Quant à la CNSA, elle a désormais acquis sa pleine légitimité. Il a rappelé l'attachement des Français à la participation de l'assurance maladie, autre acteur central dans la prise en

charge de la dépendance, en insistant sur le fait qu'il n'est pas question, à ses yeux, de créer un système de sécurité sociale propre aux personnes dépendantes, mais de réaffirmer le principe d'universalité de notre système de protection sociale.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a néanmoins rappelé les limites du dispositif actuel, évoquant les cloisonnements institutionnels et financiers, qui font obstacle à une planification et à une prise en charge coordonnée entre l'hôpital, le secteur médicosocial et la médecine de ville. Les dispositifs de prise en charge à domicile pourraient notamment être davantage centrés sur la personne, plutôt que de refléter les différences institutionnelles.

Le ministre a souligné l'importance des besoins insatisfaits. Compte tenu des projections démographiques, un effort financier supplémentaire est nécessaire pour maintenir le niveau actuel de couverture. La population âgée de plus de quatre-vingt-cinq ans passera en effet de 1,3 million actuellement à plus de 2 millions en 2015. Cette tendance ne signifie cependant pas une croissance parallèle du nombre de personnes âgées dépendantes, dans la mesure où la proportion des individus valides augmente également. Le nombre de personnes âgées dépendantes progressera ainsi à un taux de 1,5 % par an en moyenne d'ici à 2040, avec des périodes d'accélération. Quant aux bénéficiaires de l'Apa, qui étaient un million en 2007, ils compteront entre 150 000 et 300 000 personnes supplémentaires en 2012. Une telle tendance aura nécessairement des implications sur le système de prise en charge de la dépendance, qu'il s'agisse du nombre de maisons de retraite et de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ou des besoins en personnel.

Concernant le maintien à domicile, **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité**, a indiqué que le gouvernement souhaite permettre aux personnes âgées dépendantes, qui le souhaitent, de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Cet objectif suppose un effort accru en direction des Ssiad, ainsi que le développement des formules de répit pour les aidants à travers le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. L'« Apa à domicile » pourrait également être mieux calibrée pour les personnes dépendantes qui ne disposent pas d'un appui de leur entourage direct et permettre de mieux prendre en charge l'aménagement des logements, ainsi que certaines aides techniques favorisant le développement des nouvelles technologies à destination des personnes âgées.

Des efforts sont également nécessaires en direction des établissements, afin d'inventer les « maisons de retraite de demain ». Cela nécessite, d'une part, de poursuivre la médicalisation et le renforcement des taux d'encadrement en établissement, d'autre part, de maîtriser le reste à charge des familles. En matière de handicap, les efforts de création de places en établissement seront poursuivis, notamment dans le cadre du « Plan quinquennal de création de places » en cours d'élaboration. Celui-ci doit permettre de résorber les listes d'attente et d'apporter une réponse aux

personnes présentant des handicaps, pour lesquelles il n'existe pas aujourd'hui de structure adéquate, notamment les personnes atteintes de poly-traumatismes et d'autisme.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que toutes ces politiques ne pourront néanmoins pas être conduites sans un effort en direction des métiers du secteur médicosocial.

Evoquant les pistes de réforme possibles en matière de prise en charge de la dépendance, il a indiqué que, s'agissant des prestations de compensation de la perte d'autonomie, il conviendra de définir le périmètre du « panier de biens et services » devant être pris en charge.

Sur la question plus particulière du financement, une réflexion devra être menée sur le partage entre le recours à la solidarité nationale, la prévoyance individuelle et collective, et la responsabilité individuelle. Tout en indiquant que la solidarité nationale a toute sa place dans le financement de la dépendance, il a rappelé le souhait du Président de la République que soient davantage prises en compte les capacités contributives des personnes concernées. En effet, le niveau de patrimoine des personnes dépendantes devrait croître dans les prochaines années. Il a néanmoins mis en garde contre l'éventuel effet dissuasif de la mise en place d'un recours sur succession, qui a fait l'objet de nombreux débats au moment de l'examen au Sénat du projet de loi de finances pour 2008. S'agissant de la prévoyance individuelle et collective, la question doit être abordée sans tabous, dans la mesure où près de 2 millions de personnes ont d'ores et déjà souscrit ce type d'assurance. Néanmoins, il semble que les produits offerts par les instituts de prévoyance ne correspondent qu'imparfaitement aux besoins des publics concernés.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a insisté sur la nécessité d'améliorer l'organisation et la gouvernance locale du traitement de la dépendance. A cet égard, la mise en place des agences régionales de santé (ARS) devra être l'occasion de remédier aux cloisonnements actuels entre l'hôpital, les soins de ville et le secteur médicosocial. Le gouvernement s'est fixé deux objectifs : d'une part, recomposer l'offre actuelle de soins, d'autre part, éviter que le secteur médicosocial soit la variable d'ajustement, notamment budgétaire, par rapport aux secteurs de la ville et de l'hôpital. Il a indiqué que les départements et les associations devront avoir toute leur place au sein des ARS. Il a également insisté sur la nécessité de favoriser l'émergence de lieux de coordination et de gestionnaires uniques de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, comme le préconise le rapport du professeur Joël Ménard.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que la concertation avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le traitement de la dépendance débutera dans les prochaines semaines, notamment sur la base du rapport d'activité 2007 de la CNSA. Le projet de loi relatif à la création d'un cinquième risque pourrait être déposé

devant le Parlement au second trimestre 2008. Cette date dépend de la fixation de l'« agenda social » pour 2008 par le Président de la République.

Après avoir souligné le caractère ambitieux du projet gouvernemental, qui devrait répondre aux attentes des personnes âgées et de leurs familles, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est interrogé sur les modalités de financement de ces mesures, et, plus particulièrement, sur la répartition du poids de l'effort supplémentaire à fournir entre les ménages, une prise en charge collective publique et le recours à l'assurance privée. Il a également souhaité savoir si la CNSA est en mesure de faire face aux nouveaux besoins en matière de dépendance qui apparaîtront dès 2015 et, plus encore, à l'horizon 2025. Il a enfin rappelé les propos du Président de la République sur la complexité et l'opacité du traitement de la dépendance, lors de son intervention au Sénat, le 18 septembre 2007, devant les journalistes de l'information sociale.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, est convenu de la complexité du système actuel de prise en charge de la dépendance et a indiqué que, s'agissant des modalités de financement, des arbitrages devront être rendus. Il a précisé que les choix qui seront faits, notamment en matière d'assurance, ne donneront leurs résultats qu'à partir de 2015 et qu'il est nécessaire, dans un tel domaine, de se projeter à un horizon de vingt-cinq à trente ans. En tout état de cause, le développement de la prévoyance n'est pas la réponse « miracle » et d'autres sources de financement complémentaire devront être trouvées. La question des « niches sociales », par exemple, mérite d'être examinée. Cependant, il ne suffit pas d'augmenter les crédits destinés à la prise en charge de la dépendance : il faut aussi s'assurer de leur complète consommation.

M. Bernard Cazeau a souhaité savoir si le Gouvernement entend dissocier la question de la prise en charge des personnes âgées de celle des personnes handicapées, ou si, au contraire, il envisage une approche convergente, conformément à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et aux préconisations de la CNSA.

Mme Sylvie Desmarescaux a souligné le caractère encourageant du projet gouvernemental. Elle a ensuite insisté sur le rôle important joué par les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et s'est dès lors interrogée sur l'opportunité du désengagement annoncé des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) de ces structures, notamment dans le département du Nord.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que si les Clic tiennent une place essentielle dans la coordination de la prise en charge de la dépendance, ce sont surtout les ARS qui permettront de surmonter les cloisonnements actuels, rappelant la volonté du Président de la République de définir un cadre clair pour ces structures. Le Gouvernement ne souhaite pas revenir sur la loi du 11 février 2005 qui,

comme la CNSA, préconise la convergence des aides destinées aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Il s'agira d'une convergence « sans confusion » qui ne se réduira pas à un simple alignement sur les mêmes règles de la PCH et de l'Apa.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque sont des questions générationnelles qui doivent être anticipées et abordées sur le long terme.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que les risques maladie, vieillesse et dépendance ont chacun leurs spécificités et n'entraînent pas les mêmes préoccupations aux différents âges de la vie, soulignant qu'un effort de pédagogie auprès des générations les plus jeunes est encore nécessaire s'agissant de la dépendance.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé les propos de M. Xavier Bertrand, qui a indiqué dans son propos liminaire que les deux sous-objectifs médicosociaux de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) ont trop souvent servi de variables d'ajustement au profit des sous-objectifs dédiés aux soins de ville et aux dépenses hospitalières. Il a indiqué, par ailleurs, qu'un milliard d'euros est affecté, chaque année, à la CNSA pour ajuster, le cas échéant, les crédits d'assurance maladie destinés à la prise en charge des soins des personnes en perte d'autonomie. Il s'est interrogé sur la capacité financière de la CNSA à faire face à un éventuel dépassement de ces crédits.

M. Michel Moreigne a souhaité connaître les disponibilités actuelles de la CNSA.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a indiqué que les réserves actuelles de la CNSA s'élèvent à 500 millions d'euros. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, 250 millions d'euros seront affectés au financement des dépenses d'investissement en vue de la création de places nouvelles en établissements.

Elle a ensuite rappelé que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente à un rythme de 1,5 % par an, que les dépenses consacrées au secteur médicosocial connaissent un taux de croissance de 13 % en raison des efforts de rattrapage menés dans ce secteur, et que le nombre de bénéficiaires de l'Apa enregistre une progression de 8 % en raison de la montée en charge du dispositif. Ce dernier taux connaît d'ailleurs une décélération en 2008.

Elle a estimé inopportun que les Cram se désengagent financièrement des Clic, alors que la réflexion sur la création d'un cinquième risque est en cours.

Elle a précisé que si une approche convergente de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées est possible, s'agissant notamment des techniques d'évaluation de la perte d'autonomie et de la définition du panier de soins et de services, celle-ci ne saurait, en revanche, porter sur les montants des prestations. A cet égard, la CNSA a montré qu'une

convergence est possible, tout en tenant compte des différences entre ces deux types de perte d'autonomie.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est interrogée sur l'opportunité de mettre en place des maisons départementales de l'autonomie, qui risquent de constituer une structure supplémentaire dans un paysage institutionnel déjà complexe.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a indiqué que la finalité de ces maisons n'est pas de créer une nouvelle structure, mais, au contraire, de rassembler en un lieu unique différents acteurs et de mutualiser leurs moyens.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est ensuite interrogée sur la compatibilité entre, d'une part, le maintien d'un système de financement cloisonné entre ce qui relève de la maladie et ce qui se rattache à la dépendance, d'autre part, la mise en place d'un projet de vie global pour la personne âgée dépendante, conformément aux préconisations de la CNSA. Elle a souhaité savoir si le gouvernement entend ouvrir des postes en écoles d'infirmiers et reconvertir un certain nombre de places devenues disponibles dans les hôpitaux pour accueillir des personnes dépendantes.

M. Bernard Cazeau a indiqué que la sous-consommation des crédits affectés à la CNSA peut s'expliquer par le caractère inachevé de la montée en charge de la PCH. Celle-ci est notamment freinée par le nombre restreint de familles qui, percevant l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), ont exercé leur droit d'option en faveur de la PCH. Par ailleurs, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) ne se mettent en place qu'avec lenteur.

M. Charles Guené a souhaité savoir si le besoin supplémentaire de financement en matière de prise en charge de la dépendance, évalué par le Centre d'analyse stratégique entre 6 et 8 milliards d'euros à l'horizon 2012, est pris en compte dans l'effort nécessaire pour parvenir à l'équilibre des finances publiques à cette date, et s'est interrogé notamment sur la compatibilité de ce besoin supplémentaire de financement avec les engagements européens de la France.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a indiqué que les réserves de la CNSA continuent à être affectées à la prise en charge des personnes dépendantes, comme l'a souligné la Cour des comptes.

Elle a précisé que la prise en charge globale des situations et projets de vie suppose une évolution de l'organisation actuelle de la prise en charge de la dépendance.

S'agissant de la question des besoins en personnel, un effort sera entrepris pour augmenter les effectifs, améliorer la formation et l'attractivité des métiers du secteur « médicosocial ». D'ici à 2012, 400 000 emplois seront ainsi créés. En 2008, trois régions pilotes ont été désignées, où les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), la CNSA et les

départements, sont invités à mener conjointement une réflexion sur les besoins en la matière. L'attractivité de ces métiers sera renforcée en développant la validation des acquis de l'expérience et en améliorant la promotion sociale au sein de cette filière.

Mmes Bernadette Dupont et Marie-Thérèse Hermange se sont respectivement interrogées sur le soutien à apporter à deux métiers en particulier : les moniteurs-éducateurs et les infirmiers-référents.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a indiqué que ces questions s'inscrivent dans la réflexion actuellement menée, avec le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, sur les nouveaux métiers qu'il convient de développer pour une meilleure prise en charge de la dépendance. S'agissant du besoin de financement supplémentaire à consentir en matière de dépendance, elle a jugé que la question devra être abordée le moment venu.

**Audition de MM. Philippe JOSSE, directeur du budget,
et Frédéric IANNUCCI, sous-directeur,
à la direction de la législation fiscale
(sous-direction C)
(mercredi 23 janvier 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 23 janvier 2008, la mission a entendu **MM. Philippe Josse, directeur du budget, et Frédéric Iannucci, sous-directeur, à la direction de la législation fiscale (sous-direction C)**, en remplacement de Mme Marie-Christine Lepetit, directrice de la législation fiscale.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a précisé que les membres de la mission sont soucieux de l'impact de la prise en charge de la dépendance sur les comptes publics et l'évolution des prélèvements obligatoires. C'est pourquoi ils souhaitent connaître les réflexions de MM. Philippe Josse et Frédéric Iannucci sur l'efficacité du système public de prise en charge de la dépendance, qu'il s'agisse des aides budgétaires ou des aides fiscales, sur le bilan des mécanismes aujourd'hui mis en place et leurs voies d'amélioration souhaitables. En particulier, ils s'interrogent sur le partage à opérer entre les places respectives de la solidarité nationale et de l'effort individuel dans le financement de la prise en charge de la dépendance.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a dressé un panorama des dépenses publiques consacrées à la dépendance.

L'exercice présente deux limites :

- d'une part, la notion de dépendance est un concept flou : si elle peut être appréciée selon des critères juridiques (les groupes iso-ressources), un problème de frontière se pose entre la prise en charge des personnes âgées dépendantes, d'une part, et celle des personnes handicapées, d'autre part. En particulier le critère de l'âge, sur lequel repose en partie l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) et celle de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), paraît artificiel ;

- d'autre part, l'appréciation de l'effort financier consacré à la dépendance est rendue complexe en raison de la difficulté à isoler les dépenses consacrées spécifiquement aux personnes dépendantes parmi celles destinées aux personnes âgées dans leur ensemble.

Sous ces réserves, la dépense publique directement liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes peut être estimée à 18 milliards

d'euros, soit l'équivalent d'un point de produit intérieur brut (Pib), ce qui situe la France dans la moyenne européenne.

L'effort consenti par l'Etat ne se traduit pas par une dépense budgétaire directe importante, mais, pour l'essentiel, par une contribution indirecte au travers, d'une part, de sa participation à l'équilibre financier de la sécurité sociale et des collectivités territoriales, d'autre part, des dépenses fiscales.

Les dépenses fiscales rattachées au programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », dans la loi de finances pour 2008, s'élèvent à environ 10 milliards d'euros, dont 5,7 milliards d'euros directement consacrés aux objectifs du programme et 4,1 milliards d'euros destinés à financer des mesures présentant un lien plus indirect avec le traitement de la dépendance et du handicap.

Ces dépenses fiscales peuvent être classées en trois catégories :

- premièrement, les dépenses fiscales ayant un lien direct, total et univoque avec la prise en charge du handicap et de la dépendance. Leur montant s'élève à 370 millions d'euros. Elles recouvrent, pour l'essentiel, deux dispositifs : d'une part, l'exonération d'impôt sur le revenu sur les ressources de l'Apa, soit 250 millions d'euros, d'autre part, les réductions d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement, soit 120 millions d'euros ;

- deuxièmement, les dépenses fiscales ayant un lien fort, mais indirect avec le traitement de la dépendance. Il s'agit principalement de la majoration du quotient familial pour les contribuables invalides (380 millions d'euros), du crédit d'impôt pour les équipements conçus pour les personnes âgées et handicapées, et de l'application de taux réduits de TVA sur certains matériels ;

- troisièmement, les dépenses fiscales s'adressant aux personnes âgées, qui peuvent avoir un lien assez évident avec la prise en charge de la dépendance, mais qui ne sont pas recensées en tant que telles dans les systèmes de suivi des dépenses de l'Etat. Il s'agit notamment de la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a indiqué qu'un travail d'évaluation plus précis de la dépense publique consacrée à la dépendance est en cours. Celui-ci nécessite un effort statistique et méthodologique important en raison de l'absence d'instruments spécialement dédiés à cette question.

Il a ensuite précisé la répartition de la dépense publique consacrée à la dépendance entre ses principales catégories de financeurs : 11 milliards d'euros sont supportés par la sécurité sociale, 2,4 milliards d'euros par la curces propres, 4,2 milliards d'euros par les collectivités territoriales et 370 millions d'euros par l'Etat, au titre des dépenses fiscales directement consacrées à la prise en charge de la dépendance. Le total est d'environ 18 milliards d'euros.

S'agissant des dépenses financées par la sécurité sociale, elles se répartissent en trois catégories : la prise en charge des soins d'une part à l'hôpital, d'autre part en établissement social et médicosocial et les soins de ville. Leur degré de fiabilité est néanmoins variable : si les dépenses consacrées aux soins en établissement social et médicosocial dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) sont certaines (environ 4,8 milliards d'euros), les dépenses de soins de ville sont quant à elles établies à partir de résultats de sondages et d'enquêtes (environ 3 milliards d'euros) et ne sont donc qu'évaluatives.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a insisté sur la dynamique très forte de la dépense publique consacrée à la prise en charge de la dépendance. De façon générale, cette évolution tient plus à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et à sa socialisation qu'à un effet volume qui résulterait de l'augmentation du nombre de personnes âgées.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses consacrées aux établissements et services sociaux et médicosociaux pour personnes âgées a ainsi un peu plus que doublé sur la période 2000-2007. Cette forte augmentation n'est pas directement corrélée à l'évolution démographique, puisque le nombre de personnes âgées ne croît qu'à un taux moyen de 1,2 ou 1,3 % par an. Les dépenses au titre de l'Apa connaissent également une très forte progression en raison de la montée en puissance du dispositif. Quant aux dépenses fiscales, leur importante évolution s'explique par l'amélioration des dispositifs proposés, ainsi qu'en témoigne la création du crédit d'impôt pour les équipements conçus pour les personnes âgées.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a indiqué que la question de la soutenabilité de la dépense publique consacrée à la dépendance peut être appréhendée sous deux angles :

- soit en prenant en compte l'évolution démographique de la population âgée dépendante à moyen et long termes : au cours des quinze à vingt prochaines années, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître à un rythme compris entre 1,3 et 1,5 % par an, soit une tendance proche de celle constatée aujourd'hui, alors qu'à partir des années 2020-2025, il faudra s'attendre à un choc démographique fort ;

- soit en partant des trois scénarii proposés par Mme Hélène Gisserot dans son rapport de mars 2007 sur les perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025. Le premier scénario repose sur le maintien, dans la richesse nationale, de la part actuelle de la dépense publique consacrée à la dépendance ; le deuxième envisage une évolution deux fois plus rapide de la ressource consacrée à cette dépense par rapport à la progression du produit intérieur brut (Pib) ; le troisième prévoit l'augmentation de 7 % en volume du financement public consacré à la dépendance en raison d'une socialisation accrue de sa prise en charge.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a ensuite présenté ses réflexions sur la soutenabilité de la dépense publique consacrée au traitement de la dépendance dans le cadre plus général du vieillissement de la population, en s'appuyant sur le rapport du conseil d'orientation des finances publiques rédigé par Gilles Carrez.

Le vieillissement de la population engendrera inévitablement une augmentation des dépenses publiques de l'ordre de trois points de Pib à l'horizon des vingt prochaines années. Cette forte augmentation des dépenses ne saurait être compensée par une augmentation à due concurrence des prélèvements obligatoires. Une telle solution risquerait, en effet, d'entraver la compétitivité fiscale de la France et ne s'inscrit pas dans les orientations retenues par le Président de la République et le Gouvernement. Il n'est, par ailleurs, pas souhaitable de laisser augmenter le déficit public et la dette publique qui pourrait atteindre, si rien n'était fait, 160 % du Pib. C'est pourquoi il convient de maîtriser à la fois la dépense liée au vieillissement, qu'il s'agisse de la problématique des régimes de retraite ou celle de la prise en charge de la dépendance, et la dépense publique dans son ensemble. Quant aux propositions visant à la création de nouvelles recettes fiscales, au travers, par exemple, de l'assujettissement à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) des revenus de remplacement, elles doivent être analysées dans une perspective de redéploiement des prélèvements obligatoires, et non comme un vecteur d'augmentation de ces derniers. A cet égard, la revue générale des prélèvements obligatoires, actuellement effectuée par la ministre de l'économie, des finances et de l'emploi, constitue un cadre de débat adéquat.

Puis **M. Philippe Josse, directeur du budget**, a esquissé les pistes de réformes pouvant permettre une maîtrise de la dépense publique consacrée à la dépendance :

- la maîtrise de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) et, plus particulièrement, de celle de l'Ondam médicosocial grâce à une démarche d'amélioration de la qualité des prestations, prônée notamment par le plan Solidarité-Grand Age ;

- le renforcement de l'efficacité des établissements d'hébergement grâce à une meilleure maîtrise des dépenses de soins et à une diffusion des bonnes pratiques, ce qui suppose la promotion d'une démarche inspirée de la tarification à l'activité mise en place dans le secteur hospitalier et du processus de convergence qui l'accompagne ;

- le développement des groupements de coopération sanitaire qui permettent une mutualisation de certaines fonctions support ;

- une réflexion sur les actes pouvant être pratiqués par les personnels chargés des soins aux personnes âgées dépendantes : médecins, infirmiers et aides soignants ;

- un redéploiement des lits des établissements de soins vers les établissements médicosociaux, les établissements de soins présentant de moindres besoins que les établissements médicosociaux, et les coûts unitaires de ces derniers étant par ailleurs moins élevés.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a précisé que la soutenabilité de la dépense publique consacrée à la dépendance suppose également de s'interroger :

- d'une part, sur les bénéficiaires de l'Apa : la question d'un recentrage éventuel des bénéficiaires de l'Apa sur les personnes les plus dépendantes est une question non seulement politique, mais encore légitime ;

- d'autre part, sur la place respective de la solidarité nationale et de l'effort individuel dans le financement de la prise en charge de la dépendance. A cet égard, deux questions peuvent être soulevées : en premier lieu, la restauration d'un recours sur succession, qui a suscité de nombreux débats au Sénat au moment de la discussion budgétaire ; en second lieu, la prise en compte du patrimoine des personnes âgées (hors résidence principale) lors de leur entrée en dépendance, ce qui constitue une piste évoquée par le Président de la République.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a rappelé que trois données sont importantes pour aborder la question de la soutenabilité à long terme du financement de la dépendance :

- premièrement, la France se caractérise par un fort taux d'épargne qui peut être réorientée ;

- deuxièmement, les pouvoirs publics disposent de vingt ans pour se préparer au défi de la dépendance, question qui concerne l'ensemble de la population ;

- troisièmement, la situation actuelle des finances publiques ne permet pas d'accroître le déficit public ou d'aggraver le poids des prélèvements obligatoires qui sont déjà parmi les plus élevés au monde.

Il convient dès lors de s'interroger sur l'opportunité d'un modèle de financement articulé autour de deux axes : d'une part, un net recentrage de la prise en charge au profit des personnes les plus dépendantes et les plus démunies, d'autre part, un recours plus important à l'assurance, qui pourrait être obligatoire ou facultative, aidée ou non par des incitations fiscales.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a conclu en rappelant que la soutenabilité du financement de la dépendance passe par une plus grande efficacité et une maîtrise de la dépense, ainsi que par une modification des lignes de partage entre la solidarité nationale et l'effort individuel.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé, d'une part, sur les expériences étrangères, notamment en matière de prise en compte des patrimoines, qui pourraient être sources d'inspiration pour la France, d'autre part, sur le coût de la mise en place d'un droit universel à la compensation de

la perte d'autonomie, c'est-à-dire un dispositif unique pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a indiqué ne pas être en mesure de donner des éléments sur les expériences menées à l'étranger. Un travail sur ce point est en cours, notamment s'agissant des mesures mises en place en Grande-Bretagne et en Allemagne, pays où la mission envisage des déplacements.

S'agissant de la création d'un droit universel à la compensation pour l'autonomie, **M. Philippe Josse, directeur du budget**, a souligné deux différences notables entre la prise en charge des personnes handicapées et celle des personnes âgées dépendantes : d'une part, le risque dépendance peut être anticipé, contrairement au risque handicap, d'autre part, la prise en charge du handicap pose, d'abord et avant tout, la question de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, problème qui ne concerne pas les personnes âgées dépendantes.

Néanmoins des convergences certaines existent, qu'il s'agisse de la nécessité d'une prise en charge individualisée ou des méthodes d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide qui sont assez similaires. A cet égard, la césure de l'âge, sur laquelle repose en partie l'attribution de l'Apa et de la PCH, paraît artificielle.

S'il convient de progresser dans l'harmonisation de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, la convergence ne peut, cependant, être totale et fondée sur un alignement par le haut des deux dispositifs. La mise en place d'un mécanisme unique pour les personnes âgées et les personnes dépendantes représenterait en effet un coût total de 12 milliards d'euros, soit une augmentation d'environ 8 milliards d'euros par rapport au système de prise en charge actuel.

Il convient de rappeler, en effet, que les montants moyens respectifs des plans d'aide sont de 12 800 euros pour la PCH, contre seulement 5 800 euros pour l'Apa, ce dernier montant comprenant en outre un fort ticket modérateur.

M. Bernard Cazeau a souhaité connaître l'analyse de la direction du budget sur les propositions visant à créer des recettes fiscales nouvelles, notamment au travers de l'élargissement de la contribution sociale généralisée (CSG) ou de la mise en place de la « TVA sociale ».

M. Paul Blanc a rappelé que les dépenses liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées connaissent actuellement une stabilisation, alors que les dépenses afférentes au traitement de la dépendance des personnes âgées enregistrent un accroissement important. Si le législateur a tranché en faveur d'une prise en charge des personnes handicapées par la solidarité nationale, il n'en est pas de même pour les personnes âgées dépendantes. Dans ce dernier cas, en effet, un recours à l'assurance privée peut paraître légitime, dans la mesure où la dépendance liée à l'âge peut se

prévoir. Enfin, le recours aux nouvelles technologies peut atténuer la montée en charge de la dépendance.

M. Guy Fischer a souligné le poids des restes à charge de plus en plus importants supportés par les familles et s'est interrogé sur l'impact de la mise en place de recettes fiscales nouvelles ou d'un recours plus important à l'assurance privée sur le pouvoir d'achat des ménages.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la « TVA sociale » constitue un transfert de fiscalité, et non une création de recettes fiscales supplémentaires. La finalité de la « TVA sociale » est en effet de diminuer les charges sociales grâce à une augmentation de l'impôt sur la consommation.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a précisé que toutes les pistes de réformes doivent être analysées dans le cadre d'un redéploiement et non d'une augmentation des prélèvements obligatoires, déjà particulièrement élevés en France. Il a en outre considéré que l'impact sur le pouvoir d'achat d'une hausse de la CSG ou du développement de l'assurance privée ne présentait pas de différences probantes. Il a précisé que la prise en charge du handicap ne peut effectivement pas être la même que celle de la dépendance des personnes âgées en raison de la prévisibilité de cette dernière. S'agissant des restes à charge supportés par les familles, l'un des moyens sans doute les plus efficaces pour les diminuer, consisterait à agir sur les coûts des établissements d'hébergement en vue de les réduire ou de les contenir.

M. Frédéric Iannucci, sous-directeur à la direction de la législation fiscale, a précisé que les dépenses fiscales consacrées à la prise en charge de la dépendance sont morcelées et peuvent être classées en trois ensembles :

- premièrement, les dépenses fiscales centrées sur le traitement de la dépendance. Elles s'élèvent à 370 millions d'euros et enregistrent une évolution très rapide. Il s'agit de deux dispositifs principaux : d'une part, l'exonération de l'Apa de l'impôt sur le revenu qui connaît une dynamique forte en raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de cette allocation ; d'autre part, la réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement, progressivement élargie par le législateur ces dernières années. Une fiscalisation de l'Apa, certes théoriquement possible, ne semble cependant pas une voie à suivre, dans la mesure où cette allocation présente plus les caractéristiques d'une prestation en nature que d'une prestation en espèce. S'agissant de la réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement, deux questions peuvent être soulevées : d'une part, le problème de la continuité de cette aide lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour entrer en établissement, dans la mesure où les prestations sont plus élevées dans le premier cas que dans le second ; d'autre part, son éventuelle transformation en crédit d'impôt, afin qu'elle puisse également bénéficier aux personnes peu ou pas imposables ;

- deuxièmement, les dépenses fiscales liées à la prise en charge de l'invalidité et du handicap. Ces dépenses recouvrent deux dispositifs : d'une

part, la majoration du quotient familial pour invalidité, qui tend à favoriser les personnes imposables et donc les revenus relativement plus élevés, comme l'a souligné le rapport de Mme Hélène Gisserot, même si le phénomène de courbe en « U » qu'il dénonce ne doit pas être exagéré ; d'autre part, les crédits d'impôt ou le taux réduit de TVA pour les équipements des personnes âgées ou des personnes handicapées ;

- troisièmement, les dépenses fiscales en faveur des personnes âgées, c'est-à-dire de plus de soixante ou soixante-cinq ans, dont il est difficile d'isoler celles bénéficiant au public de personnes âgées dépendantes. Il s'agit notamment des abattements applicables sur le revenu global dont peuvent bénéficier toutes les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans sous conditions de ressources et d'invalidité, de la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, de l'abattement de 10 % sur les pensions pour l'impôt sur le revenu, des dispositifs relevant de la fiscalité locale (plafonnement de la taxe d'habitation), du dégrèvement au titre de la redevance télévisuelle et des majorations de quotient familial pour les anciens combattants de plus de soixante-quinze ans ou les personnes seules ayant eu des enfants. Ces dépenses fiscales sont particulièrement difficiles à chiffrer et ne sont pas directement liées à la perte d'autonomie des bénéficiaires.

Le redéploiement des dépenses fiscales est complexe en raison du nombre important de contribuables concernés et de l'attachement de ces derniers à ces avantages dont certains sont anciens.

M. Frédéric Iannucci, sous-directeur à la direction de la législation fiscale, a indiqué que l'encouragement au recours à l'assurance privée dépend du type d'assurance qu'il sera choisi de développer. S'il s'agit d'une assurance facultative en complément d'un financement public, les incitations fiscales peuvent prendre la forme de déductions de contributions et de cotisations, de réductions d'impôt ou de crédits d'impôt. Il conviendra de réfléchir à l'éventuel adossement des produits d'assurance dépendance aux produits d'assurance-vie, d'épargne-retraite ou à l'extension du champ des complémentaires de santé, ainsi qu'à l'instauration d'éventuelles passerelles d'un produit d'assurance à l'autre. Dans le cas d'une assurance obligatoire, les incitations fiscales peuvent être celles de droit commun, à savoir que les cotisations et contributions obligatoires sont déductibles d'impôt sur le revenu.

M. Philippe Marini, président, a indiqué qu'il serait utile de disposer d'une typologie des personnes dépendantes par niveau de revenus et de patrimoine, précisant, pour chacune d'elles, les montants de leur prise en charge. Cette approche par cas-types doit permettre d'analyser les effets de seuils éventuels et les chevauchements entre les différents dispositifs.

M. Michel Moreigne a rappelé l'abondance des contentieux relatifs à la répartition des charges entre les obligés alimentaires suscités par la mise en place de l'Apa. Il a souligné que la question des restes à charge des familles doit également être analysée au regard des potentiels fiscaux des départements payeurs de la prestation.

M. François Autain a souhaité savoir comment le montant total des dépenses fiscales, évalué à 10 milliards d'euros, s'articule avec le montant total de la dépense publique consacrée à la dépendance, soit 18 milliards d'euros. Il a estimé qu'il ne faut pas attendre de la maîtrise de l'Ondam des économies importantes et a également exprimé ses doutes sur la crédibilité d'une politique de maîtrise fondée sur une plus grande efficacité de la gestion des établissements médicosociaux. En pratique, l'exploration de ces pistes conduira inévitablement à une diminution de la prise en charge socialisée de la dépendance. La seule piste crédible de réforme doit être la réduction et non la seule maîtrise de la prise en charge socialisée de la dépendance.

Mme Bernadette Dupont s'est interrogée sur le caractère inégalitaire et l'effet stigmatisant pour les familles les plus pauvres et les plus nombreuses de l'impôt sur la consommation.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la commission des finances préconise depuis longtemps la comptabilisation des dépenses fiscales en dépenses budgétaires, ainsi que l'inclusion de celles-ci dans la norme de dépense. Des progrès sont encore à réaliser dans l'estimation des dépenses fiscales et leur suivi. Cette question est au cœur des travaux réalisés dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP).

En réponse à M. François Autain, **M. Philippe Josse, directeur du budget**, a indiqué que le calcul de l'effort consenti au titre de la prise en charge de la dépendance est complexe et qu'il convient de distinguer les dépenses fiscales directement liées à la dépendance de celles indirectement liées à cette problématique. Il a précisé que la direction du budget tient compte du potentiel fiscal des collectivités territoriales dans ses réflexions sur le financement de la dépendance. S'agissant de l'Ondam médicosocial, il a rappelé que celui-ci constitue une enveloppe de crédits fermée. Dès lors que des efforts d'efficacité seront réalisés, notamment grâce à une convergence tarifaire, des marges de manœuvres budgétaires pourront être dégagées.

M. Philippe Josse, directeur du budget, a précisé que le principal obstacle à l'intégration des dépenses fiscales dans la norme de dépense est l'absence d'évaluation précise de leur montant. S'agissant de l'instauration de la « TVA sociale », il a indiqué que celle-ci doit s'articuler avec le maintien du niveau actuel des prélèvements obligatoires. Sa mise en place peut soulever deux problèmes : d'une part, celui de son effet sur l'emploi, d'autre part, celui de son impact sur l'inflation. Cette question dépasse toutefois le thème du financement de la prise en charge de la dépendance.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que l'instauration de la « TVA sociale » doit être analysée comme un transfert de prélèvements obligatoires : la hausse de l'impôt sur la consommation vient gager, à due concurrence, une diminution des cotisations sociales, qui permet aux entreprises de dégager des marges. Ces marges leur permettent de diminuer leurs prix de vente, de restaurer leur structure financière, ou bien d'augmenter les rémunérations accordées à leurs salariés. Les partisans de la « TVA

sociale » estiment que celle-ci aura un effet tel sur la compétitivité des entreprises que des emplois seront créés. L'augmentation de la masse salariale qui en résulte se traduira par des recettes de cotisations sociales supplémentaires. Dans ce schéma, il n'existe pas d'effet mécanique sur l'évolution des prix : la hausse de l'impôt de consommation est en effet contrebalancée par la diminution du prix hors taxe des produits résultant de la diminution des cotisations sociales. L'analyse doit cependant être affinée en distinguant l'effet de la « TVA sociale », d'une part, sur les prix des produits nationaux, d'autre part, sur le prix des produits importés.

**Audition de MM. Dominique LIBAULT,
directeur de la sécurité sociale,
et Jean-Jacques TRÉGOAT, directeur général de l'action sociale
(mercredi 23 janvier 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 23 janvier 2008, la mission a entendu **MM. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, et Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale.**

A titre liminaire, **M. Philippe Marini, président,** a indiqué que la mission d'information du Sénat a souhaité entendre d'une part, le directeur général de l'action sociale, M. Jean-Jacques Trégoat, d'autre part, le directeur de la sécurité sociale, M. Dominique Libault, sur les grands enjeux du dossier du cinquième risque. Il s'agit d'éclairer les parlementaires sur le coût de la prise en charge de la dépendance, les besoins à couvrir au cours des prochaines décennies, le mode de gouvernance, les circuits de financement, l'architecture institutionnelle, ainsi que sur la place de la solidarité nationale par rapport à l'effort individuel des assurés sociaux.

M. Jean-Jacques Trégoat a précisé tout d'abord que son exposé se limitera à présenter les principaux éléments de la problématique d'ensemble du dossier, dans la mesure où ses services adresseront prochainement aux sénateurs un dossier détaillé sur ses aspects techniques.

Puis il a observé que, même si l'action en faveur des personnes âgées dépendantes demeure encore insuffisante au regard des besoins à satisfaire, d'importants progrès ont été réalisés au cours de la période récente. En seulement quatre ans, 6 000 places nouvelles d'accueil de jours et d'hébergement temporaire ont été créées, auxquelles s'ajoutent 19 000 places supplémentaires dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et 20 000 dans les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Cette forte progression résulte de la mise en œuvre des plans « Vieillesse et Solidarités » (2004-2007), puis « Solidarité-Grand Age » (2007-2012). Parallèlement, le programme de conventionnement des structures d'hébergement, engagé depuis plus de dix ans, arrive à son terme : au mois de novembre 2007, plus de 84 % des maisons de retraite avaient ainsi signé une convention tripartite avec le président du conseil général et l'assurance maladie. Cette proportion avait atteint 90 % au 31 décembre 2007 et sera de 100 % dans le courant de l'année 2008.

M. Jean-Jacques Trégoat a souligné que la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'institution de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ont fourni un instrument de

financement supplémentaire, tout en améliorant le mode de gouvernance de la politique de la dépendance. La nouvelle agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux permettra également de définir des références de bonnes pratiques professionnelles.

Dans ce contexte, l'un des enjeux majeurs du dossier du cinquième risque consiste à appréhender les modalités suivant lesquelles pourrait intervenir le rapprochement des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, dont le principe a été posé par 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. La distinction entre handicap et dépendance ne doit plus reposer sur un critère d'âge (plus ou moins soixante ans), mais doit tenir compte des caractéristiques de la perte d'autonomie. **M. Jean-Jacques Trégoat** a estimé que cette question est en réalité d'un traitement plus complexe qu'il n'y paraît, car l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), d'une part, la prestation de compensation du handicap (PCH), d'autre part, ont été créés, respectivement en 2001 et en 2005, dans des conditions différentes et chacune avec leur logique propre.

En premier lieu, les dispositifs d'évaluation et d'attribution des prestations destinées aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées ne sont pas les mêmes. Ensuite, la loi du 11 février 2005 a eu pour effet de réduire assez nettement le reste à charge des familles de handicapés alors que celui des familles de personnes âgées dépendantes demeure relativement élevé.

M. Jean-Jacques Trégoat a mis en relief le coût potentiel de l'harmonisation des deux dispositifs en soulignant tout particulièrement le fait que le nombre des bénéficiaires de l'Apa devrait à terme s'établir à un niveau globalement dix fois supérieur à celui des allocataires de la PCH (100 à 120 000 personnes seulement). Sans aller jusqu'à envisager la création d'une prestation unique, il semble pourtant nécessaire de progresser vers davantage d'homogénéité, notamment en ce qui concerne le reste à charge des familles et les méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que la définition d'un panier de biens et de services.

Plusieurs aspects importants de l'Apa mériteraient ainsi d'être améliorés, notamment le fait qu'elle ne peut pas aujourd'hui être utilisée pour couvrir le coût des aides techniques destinées à permettre aux personnes dépendantes de rester à leur domicile. Il convient d'ajouter à ce problème les limites de la prestation en termes de solvabilisation des assurés sociaux. L'analyse du profil des bénéficiaires classés en groupes iso-ressources (Gir) 1 et 2 montre ainsi que ces personnes ne sollicitent pas l'intégralité du montant auquel elles auraient droit, car leur reste à charge serait encore plus important si elles venaient à mobiliser la totalité du plan d'aide. Cette situation paradoxale représente un problème en soi, indépendamment même de la question du montant du plafond de l'Apa.

Après avoir estimé à environ 1 500 euros le coût moyen mensuel d'une place en maison de retraite, tout en observant que ce chiffre recouvre une très grande diversité de situations entre les établissements, **M. Jean-Jacques Trégoat** a constaté que les retraités disposent en moyenne d'une pension de 1 200 euros. Cet écart conduit les pouvoirs publics à agir pour réduire les coûts d'hébergement, notamment en abaissant les charges d'investissement des établissements d'hébergement, lesquelles se répercutent dans le prix de journée. Le taux applicable de la taxe sur la valeur ajoutée a ainsi été ramené de 19,6 % à 5,5 % et les nouvelles places créées en maison de retraite se sont vu accorder une exonération totale de charges foncières pendant vingt-cinq ans. Les places ainsi créées sont également éligibles à l'allocation personnalisée au logement (APL).

Parallèlement, le mode de gouvernance du système institutionnel de prise en charge de la dépendance a été amélioré grâce à la CNSA qui assure désormais un rôle important aussi bien en matière d'expertise que de péréquation des enveloppes de financement et qui vient ainsi compléter l'action de proximité des conseils généraux.

M. Dominique Libault a estimé à 12,5 milliards d'euros le montant annuel des dépenses publiques exclusivement consacrées à la dépendance. Sur ce total, 2,16 milliards proviennent de la CNSA sur ses ressources propres, 6,25 milliards de l'assurance maladie (Ondam médicosocial, unités de soins de longue durée et action sociale), 4,1 milliards des départements et quelque dizaine de millions d'euros de l'Etat. Mais il conviendrait aussi d'y ajouter 1,4 milliard d'euros d'exonération de charges sociales.

Cependant, cette évaluation ne prend en compte ni les dépenses d'hospitalisation, ni celles correspondant aux soins de ville des personnes âgées dépendantes, qui ne peuvent être isolées avec précision, mais que la Cnam a récemment estimées à 4,6 milliards d'euros par an. Au total, l'assurance maladie apparaît donc comme le principal contributeur de la politique de la dépendance, avec plus de 10 milliards de dépenses annuelles.

D'une façon générale, **M. Dominique Libault** a considéré qu'aucune ressource n'aura à elle seule un dynamisme suffisant pour faire face sur longue période aux besoins imposés par l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. De fait, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médicosocial a connu une nette accélération au cours de la période récente : 5,7 % en 2000, 6,1 % en 2001, 7,9 % en 2002, 9 % en 2003 et 2004, 7,8 % en 2005 et 6,1 % en 2006. Bien qu'il soit difficile d'en apprécier avec exactitude l'ampleur, la poursuite à l'avenir d'une forte croissance des dépenses de prise en charge de la dépendance apparaît donc comme une certitude.

Dans ces conditions, **M. Dominique Libault** a estimé que, sauf à accepter une forte hausse des prélèvements obligatoires, par ailleurs incompatible avec les objectifs du Gouvernement, couvrir ces besoins supplémentaires supposera de dégager des marges de manœuvre sur les autres

postes de dépenses d'assurance maladie. Outre une meilleure maîtrise des coûts, cette orientation impliquera également de promouvoir une plus grande efficacité dans le secteur social et médicosocial et par là même de lier davantage le montant des financements reçus à la qualité des services rendus aux assurés sociaux. Il faudra également accroître les contrôles, en particulier afin de mettre un terme aux phénomènes de double facturation d'actes qui peuvent être pris en charge une première fois sur le forfait soins des établissements médicosociaux, puis une seconde fois sur l'enveloppe des soins de ville de l'Ondam.

Puis il a jugé que les dispositifs privés d'assurance dépendance ne doivent pas être considérés comme une question taboue, dans la mesure où, contrairement au handicap, les assurés sociaux disposent à la fois du temps et de la possibilité de se prémunir contre un tel risque : la prévoyance individuelle et collective peut donc être envisagée comme un complément aux dispositifs publics de prise en charge.

Après avoir souligné que le financement de la politique de la dépendance pose le problème du niveau de la participation des familles aux dépenses engagées ainsi, le cas échéant, que celui de la récupération sur la succession des bénéficiaires, **M. Dominique Libault** a fait valoir l'importance d'améliorer l'encadrement en personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que l'attractivité de ces métiers. Sans doute, serait-il possible de progresser dans ce domaine en organisant la reconversion professionnelle dans ces filières de nombreuses personnes âgées de plus de cinquante ans qui n'ont plus aujourd'hui de travail.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité obtenir des précisions sur le montant des dispositifs d'exonérations sociales bénéficiant aux personnes âgées dépendantes qui ne font pas l'objet d'une compensation de l'Etat à la sécurité sociale. Puis il s'est interrogé sur la possibilité de parvenir à une définition moins équivoque de la dépendance permettant de garantir que la répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires des Ehpad repose bien sur des éléments objectifs incontestables.

M. Dominique Libault a indiqué que le montant des exonérations de charges non compensées par l'Etat s'est élevé en 2006 (dernière année connue) à 1,4 milliard d'euros au titre des aides au maintien à domicile des personnes dépendantes, dont 889 millions d'euros pour les employés recrutés directement par les particuliers et 513 millions d'euros pour les aides fournies aux particuliers par les associations et les entreprises. Il s'agit de mesures à la fois anciennes, puisqu'elles datent de 1987, et antérieures à la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale posant le principe de la compensation des exonérations de cotisations.

En ce qui concerne les trois sections sur lesquelles repose la tarification des Ehpad, il a jugé souhaitable de maintenir une certaine stabilité dans le temps des règles applicables, d'autant plus qu'un tel exercice de répartition n'est pas chose aisée. Plutôt que de se lancer dans des débats

techniques très complexes, il vaudrait mieux vérifier à intervalle régulier qu'il n'y a pas de transferts implicites entre les différents financeurs. Puis il a indiqué que les données en possession de la direction de la sécurité sociale infirment la thèse souvent avancée d'un désengagement de l'assurance maladie du financement de la dépendance.

Observant que le budget des établissements d'hébergement est constitué essentiellement par des dépenses de personnel, **M. Paul Blanc** a fait part de son scepticisme quant à la possibilité de progresser dans le domaine de la bonne gouvernance, d'autant plus que le passage aux trente-cinq heures de travail hebdomadaire s'est traduit par une dégradation sensible de la qualité du service rendu aux personnes dépendantes. Et quand bien même des marges de manœuvre seraient finalement dégagées, le manque de place au niveau national conduirait rapidement à les utiliser pour financer la création de nouvelles structures. Enfin, la rationalisation des dépenses risque d'avoir pour effet pervers, faute de personnel suffisant, d'augmenter la fréquence des phénomènes de maltraitance.

M. Philippe Marini, président, a souhaité obtenir des précisions sur le rôle de la nouvelle Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

Après avoir indiqué qu'il partage les craintes exprimées par M. Paul Blanc au sujet de la maltraitance, **M. Guy Fischer** s'est inquiété de l'importance du reste à charge pour les personnes dépendantes et leurs familles, notamment dans les quartiers populaires. Ce phénomène se conjugue, d'une part, avec un manque criant de places disponibles, d'autre part, avec l'absence de transparence du mode actuel de tarification des Ehpad. Jugeant globalement très excessives les hausses de tarifs intervenues dans ces structures au cours des dernières années, il a fait part de ses doutes quant à la réalité du principe mis en avant par le Gouvernement en matière de liberté de choix des familles dans le mode d'hébergement. Puis il s'est interrogé sur les conséquences du discours qui consiste à prôner une meilleure maîtrise, voire une diminution des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance.

Revenant sur l'audition de M. Philippe Josse, directeur du budget, **M. François Autain** s'est demandé si les réponses formulées à leur tour par MM. Trégoat et Libault ne traduisent pas leur préférence commune en faveur de l'harmonisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des personnes handicapées, qui leur semble manifestement plus réaliste que celle d'une convergence « par le haut » consistant à aligner le régime juridique de l'Apa sur celui, nettement plus favorable, de la PCH.

Au sujet de la maltraitance, il a fait part de son accord avec les propos de M. Paul Blanc tout en reconnaissant la difficulté à identifier des situations de ce type. Puis il a observé que les dépenses des maisons de retraite ne représentent pas seulement un coût pour la collectivité mais aussi une source de profits importants pour les opérateurs privés, dont certains ont d'ailleurs été

rachetés par des fonds de pension. Or, dans ce secteur économique, la préservation d'un haut niveau de rentabilité suppose de limiter les coûts salariaux, voire d'employer du personnel sous-qualifié, en remplaçant par exemple des infirmières par des aides soignantes. Dans certains pays étrangers, tel l'Allemagne, des établissements pour personnes âgées sont transférés dans des pays à moindres coûts salariaux, comme la Hongrie.

M. Philippe Marini, président, a jugé nécessaire pour la mission de prendre en compte dans ses travaux les aspects économiques, et pas seulement sociaux, du marché de la prise en charge de la dépendance. Puis il a souhaité que l'on sorte de l'ambiguïté sur la question de la convergence ou de l'harmonisation des modalités de prise en charge respectives des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

Mme Marie-Thérèse Hermange a souhaité savoir si la direction de la sécurité sociale dispose d'une étude prospective sur le nombre de fermetures de lits dans les hôpitaux qui pourrait donner lieu à une reconversion au profit des personnes âgées dépendantes. Elle s'est demandé si les structures de coordination existantes comme les centres locaux d'information et de coordination (Clic) fonctionnent dans de bonnes conditions. Enfin, elle s'est interrogée sur l'existence de travaux d'expertise en matière de comparaison du coût de prise en charge, pour une pathologie donnée, selon le type d'hébergement de l'assuré social.

Réagissant aux propos de M. Jean-Jacques Trégoat sur l'harmonisation des montants de reste à charge pour les familles dans les domaines du handicap et de la dépendance, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a jugé nécessaire d'obtenir des précisions chiffrées à ce sujet. Il s'est ensuite demandé s'il existe des réflexions sur les modalités d'une mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements sociaux et médicosociaux. Puis il a regretté que, comme souvent en France, la prévention de la dépendance apparaisse insuffisamment développée au regard des activités purement curatives.

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur les règles régissant l'apport d'un milliard d'euros de la CNSA venant compléter les 12 milliards d'euros de l'Ondam médicosocial pour former l'objectif global de dépenses (OGD) destinées aux personnes âgées et handicapées. Le bien-fondé de ce mécanisme semble d'autant plus sujet à caution qu'il apparaît surtout comme un artifice de présentation : on peut se demander pourquoi le milliard de la CNSA n'est pas directement attribué en ressource à la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

M. Dominique Libault a réaffirmé qu'il ne prône pas la réalisation d'économies dans le domaine de la dépendance. En revanche, il lui semble indispensable de dégager des marges de manœuvre ailleurs, pour être en mesure de financer les efforts supplémentaires nécessaires dans ce domaine : la poursuite de l'accroissement à un rythme de 6 % à 7 % par an de l'Ondam

médicosocial ne demeurera financièrement soutenable que si l'on maîtrise parallèlement les dépenses de soins de ville et celles des hôpitaux.

Cette démarche supposera également de renforcer l'efficacité du fonctionnement des établissements d'hébergement, sur le modèle de ce qui commence à être fait dans les hôpitaux, par exemple en matière de restauration des patients : avec une meilleure organisation, il est possible tout à la fois d'accroître la qualité de service tout en réduisant les coûts.

Après avoir reconnu le caractère ambigu du débat sur l'harmonisation ou la convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, **M. Dominique Libault** s'est déclaré, à titre personnel, beaucoup plus favorable au premier de ces deux termes, ne serait-ce qu'au regard des implications financières de la convergence.

En réponse à Mme Marie-Thérèse Hermange, il a indiqué que la problématique de la reconversion des fermetures de lits programmées dans les hôpitaux se situe au cœur des préoccupations du Gouvernement, en particulier dans la perspective de la tenue prochaine des états généraux de la santé. La création des agences régionales de santé (ARS) devrait en outre permettre une meilleure articulation du secteur médical avec le secteur médicosocial.

Puis il a estimé, d'une part, qu'il conviendrait de réorienter l'action sociale des caisses de sécurité sociale en direction de la prévention de la dépendance, d'autre part, que l'objectif d'amélioration de l'hébergement des personnes âgées dépendantes peut être atteint grâce à une meilleure prise en compte de la problématique du vieillissement de la population en matière de politique d'urbanisme.

M. Philippe Marini, président, a estimé que cette dernière orientation apparaît certes justifiée mais qu'elle ne produira des effets qu'à long terme, d'ici peut-être une génération, compte tenu de l'état actuel du parc de logements et de son rythme de renouvellement. La mise sur le marché de logements adaptés aux besoins des personnes âgées n'est qu'une réponse très partielle, et d'ampleur limitée, aux défis posés par la dépendance.

M. Dominique Libault a précisé que cette réflexion sur l'interaction entre vieillissement de la population et urbanisme s'inscrit dans le cadre des travaux du centre d'analyse stratégie à l'horizon 2020-2030.

En ce qui concerne la question de la lutte contre la maltraitance, **M. Jean-Jacques Trégoat** a indiqué que Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, annoncera prochainement le détail des mesures arrêtées par le Gouvernement. Mais on sait déjà qu'un numéro de téléphone unique sera mis en œuvre pour faciliter le signalement de tels événements, qu'une structure dédiée à la maltraitance sera créée dans chaque département et que l'accent sera mis sur la formation des personnels.

Puis il a estimé que contrairement aux inquiétudes formulées par certains observateurs, l'analyse des remontées d'informations émanant des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la

perte d'autonomie (Priac) tendent à relativiser l'idée d'une pénurie de places disponibles pour les personnes âgées dépendantes. Compte tenu du rythme des créations de nouvelles places envisagées à l'horizon 2008-2009 en matière d'Ehpad, de Ssiad, de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, l'essentiel des besoins de la population devrait être couvert.

Puis, faisant référence à plusieurs expériences réalisées sur le terrain, notamment en Auvergne et dans le Val-de-Marne, il a exprimé la conviction qu'il convient surtout d'améliorer le mode de gouvernance du système de prise en charge de la dépendance : les 32 000 établissements sociaux et médicosociaux que compte notre pays ne peuvent plus continuer à s'ignorer mutuellement. Tous les acteurs institutionnels devraient à l'inverse multiplier les structures de coopération afin de rendre possibles des redéploiements de moyens. Cette démarche supposerait enfin de renforcer l'évaluation des pratiques professionnelles.

M. Jean-Jacques Trégoat a estimé que les questions de l'amélioration de la gouvernance et de la professionnalisation des métiers sont liées. Il s'est montré prudent sur la possibilité de promouvoir des mécanismes de tarification à l'activité. Une démarche en ce sens ne pourrait pas être identique à celle suivie pour l'hôpital : elle devrait partir d'une évaluation préalable des besoins spécifiques des personnes hébergées dans les établissements médicosociaux. Or, dans ce domaine, même si le secteur du handicap semble beaucoup plus avancé que celui des personnes âgées dépendantes, les données dont on dispose ont encore un caractère beaucoup trop général.

Revenant sur la question de la maltraitance, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est interrogé sur la portée de la création d'un numéro d'appel unique et s'est demandé si les familles oseront se manifester.

Jugeant qu'il convenait au préalable de se doter d'outils de signalement efficaces, **M. Jean-Jacques Trégoat** a indiqué que la direction générale de l'action sociale dispose désormais de remontées d'information quotidiennes. Le nombre croissant de cas ainsi révélés traduit en tout cas la sensibilisation croissante de l'opinion publique sur ce thème.

Table ronde
Les aspects microéconomiques de la dépendance :
prévention, prise en charge, accompagnement,
soins de la personne âgée dépendante

(mercredi 23 janvier 2008)

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 23 janvier 2008, la mission d'information a organisé une table ronde à laquelle ont participé **MM. Alec Bizien, professeur au collège de médecine des hôpitaux de Paris, praticien hospitalier et chef du service de médecine interne gériatrique de l'hôpital Georges Clemenceau de Champcueil, secrétaire général du syndicat national de gérontologie clinique (SNGC), Régis Gonthier, professeur d'université - praticien hospitalier (PU-PH), chef de service gérontologique au centre hospitalier régional universitaire de Saint-Etienne, représentant la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) au sein du conseil scientifique de la CNSA, Jean-Claude Henrard, professeur de santé publique à la faculté de médecine de Paris-Ile-de-France Ouest (Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines), ancien médecin-chef du service des consultations de gérontologie de l'hôpital Sainte-Périne, Benoît Lavallart, conseiller technique chargé des pathologies liées au vieillissement à la direction générale de la santé, membre de la commission chargée de préparer l'élaboration du plan « Alzheimer 2008-2012 », Mmes Simone Pennec, maître de conférences, directrice de l'atelier de recherche en sociologie (EA 3149) de l'université de Bretagne occidentale, Karine Pérès, docteur en sciences biologiques et médicales, chargée de recherche à l'Inserm de Bordeaux, MM. Vincent Rialle, docteur ès sciences, maître de conférences et praticien hospitalier à l'université Joseph Fourier et au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Grenoble, secrétaire général de la société française de technologies pour l'autonomie et de gérontechnologie, Jacques Soubeyrand, gériatre PU-PH à l'Assistance publique de Marseille, chef du service de médecine interne et gériatrie à l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille.**

A titre liminaire, **M. Michel Mercier, président**, a précisé que la mission d'information a souhaité disposer d'un éclairage sur les aspects concrets de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, ce qui l'a conduit à organiser une table ronde réunissant des personnalités qualifiées, des professeurs de médecine, des médecins et des universitaires, autour de cinq pistes de réflexion : la définition de la notion de dépendance, l'offre de services ainsi que les différents modes de prise en charge, la place de la

solidarité familiale, la prévention de la dépendance ainsi que l'accompagnement thérapeutique, enfin les phénomènes de maltraitance.

Après avoir présenté successivement l'ensemble des intervenants, **M. Michel Mercier, président**, a invité le professeur Régis Gonthier, ainsi que Mme Karine Pérès, à ouvrir la discussion sur le thème de la notion de dépendance, en leur demandant en particulier d'en définir les contours, d'indiquer les modalités d'évaluation des personnes dépendantes et les raisons pour lesquelles les dépendances psychiques constituent un cas spécifique.

A titre liminaire, **M. Régis Gonthier** a jugé que plutôt que d'employer le terme de dépendance, il est préférable de recourir à la notion d'altération de l'autonomie qui correspond à une incapacité définitive ou durable d'assumer seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et/ou de participer normalement à la vie sociale. Cette notion d'altération de l'autonomie légitime la mise en place d'un droit universel d'aide à l'autonomie visant à en compenser les effets, ce qui suppose notamment d'abandonner toutes les différences de traitement fondées sur l'âge des assurés sociaux. La compensation de l'altération de l'autonomie doit reposer sur une évaluation personnalisée et multidimensionnelle des besoins de la personne et être réalisée par des équipes professionnelles. Il faut également tenir compte dans cet exercice de la situation professionnelle et familiale du bénéficiaire. La mise en place de ce droit implique enfin une gestion de proximité, ainsi que des garanties en termes d'égalité de traitement sur le territoire national.

M. Régis Gonthier a souligné la spécificité des cas de dépendance psychique, dont la fréquence s'inscrit en forte augmentation, à l'inverse des autres pathologies ; elles sont en outre généralement diagnostiquées tardivement et présentent des conséquences très lourdes pour la personne atteinte, comme pour son entourage familial. Les malades se trouvent en effet rapidement placés dans l'incapacité de rester seuls chez eux, de prendre leurs médicaments, de gérer leurs finances ou simplement de s'alimenter. L'accumulation de ces difficultés représente naturellement une charge particulièrement difficile à assumer.

Abordant ensuite la question de l'évaluation de l'altération de l'autonomie, il a noté que plus on recourt à un outil complexe, plus on s'expose au risque de pratiques hétérogènes dans l'appréciation portée sur l'état du patient. Inversement, un outil simple ne permet pas d'appréhender correctement la réalité de la situation de certaines personnes. Au total, l'évaluation très fine des besoins des assurés sociaux nécessite un important effort d'expertise sur lequel la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) concentre actuellement une partie de ses travaux.

Mme Karine Pérès a ajouté qu'il apparaît indispensable de réaliser une évaluation personnalisée de la perte d'autonomie, dans la mesure où une même pathologie, avec les mêmes déficiences, peut se traduire par des conséquences différentes selon les malades. On ne peut donc se contenter de

recourir à des données purement biologiques et médicales : l'environnement de la personne doit également être pris en considération.

Elle a indiqué par ailleurs que plutôt que de parler de dépendance psychique, il lui semble préférable d'employer les termes de dépendance d'origine cognitive, car il s'agit d'une maladie évolutive, contrairement par exemple aux accidents vasculaires cérébraux, menant inéluctablement à la destruction des neurones de l'organe central du corps humain. Elle a souligné que les cas de démence sont caractérisés par un taux de mortalité relativement faible, si bien qu'il n'est pas rare que des personnes soient malades, au total, pendant une durée de dix à douze ans. La décomposition des coûts représente une autre spécificité marquante de ce type de pathologie : les dépenses purement médicales ne représentent que 10 % du total de la prise en charge. Ce sont donc les aspects sociaux qui en constituent la plus grande partie, car il faut assurer un suivi permanent de ces malades, soigner les troubles dont ils sont victimes, notamment leur agressivité, et même prévenir les risques de dénutrition auxquels ils s'exposent, puisqu'ils sont incapables de faire eux-mêmes leurs courses et souvent, de s'alimenter.

En ce qui concerne l'évaluation des personnes dépendantes, **Mme Karine Pérès** a indiqué que l'unité de recherche de l'Inserm à laquelle elle appartient travaille sur des données épidémiologiques, fondées sur les activités de base de la vie quotidienne et recueillies au domicile de ces personnes par des enquêteurs spécialisés.

Après avoir salué la clarté de ces deux exposés, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a souhaité savoir si les travaux d'expertise disponibles sont de nature à éclairer le débat sur la répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Puis il s'est demandé si la dépendance psychique représente le cas de figure le plus lourd en termes de perte d'autonomie et si la grille autonomie gérontologie groupes iso-ressources (Aggir) est un outil d'évaluation satisfaisant.

M. Régis Gonthier a précisé que les personnels soignants ont effectivement recours à cette grille, qui constitue également un outil pour déterminer le niveau de la prise en charge sur fonds publics des plans d'aide des assurés sociaux. Mais cette approche est complétée par d'autres instruments d'évaluation plus fins. Puis il a indiqué que les démences, comme la maladie d'Alzheimer, correspondent effectivement aux cas de perte d'autonomie les plus lourds, en raison de la durée moyenne relativement longue de ces affections. Enfin, les frontières entre les trois sections sur lesquelles repose la tarification des Ehpad ne sont pas toujours très claires : il existe donc de petits risques de chevauchement en termes de répartition des dépenses.

Mme Karine Pérès a précisé que les personnes souffrant de démence sont en moyenne malades pendant une durée un peu supérieure à cinq ans. Elles souffrent de troubles très sévères pendant les deux ou trois dernières

années de leur vie et constituent environ 75 % du nombre des bénéficiaires de l'Apa classés dans les groupes iso-ressources (Gir) 1 à 4. Cette proportion atteint même 100 % pour celles appartenant au seul Gir 1. Au total, 57 % des déments sont dépendants pour au moins une activité de base et 14 % ne sont capables d'aucun geste. Ils représentent 90 % des 3 % de patients affectés d'une dépendance très lourde.

M. Michel Moreigne a évoqué le « Gemapa », guide d'évaluation multidimensionnelle pour l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), qui permet d'élaborer des plans d'aide avec précision et a été expérimenté dans le département de la Creuse.

M. François Autain a indiqué qu'il partage la revendication tendant à aboutir à un droit universel à l'autonomie, tout en s'interrogeant sur les conditions concrètes de sa mise en œuvre. Il a ensuite observé que l'évaluation de la dépendance est encore aujourd'hui un sujet de débat alors qu'il serait souhaitable, dans l'absolu, de pouvoir un jour définir cette notion avec plus d'exactitude.

M. Alain Milon a demandé des précisions sur l'évolution et le suivi dans le temps des personnes souffrant d'une altération progressive de leurs fonctions cognitives.

Revenant à la problématique du financement de la dépendance, **M. Eric Doligé** a interrogé les participants à la table ronde sur la possibilité de disposer d'estimations précises quant au montant des dépenses que la collectivité nationale sera amenée à prendre en charge.

M. Régis Gonthier a jugé utile l'apport de la grille Aggir, tout en estimant que l'évaluation de la cohérence et des problèmes d'orientation des personnes malades mériterait sans doute d'être améliorée. Pour autant, cette grille permet d'appréhender avec certitude le moment où les personnes se trouvent en situation d'incapacité.

Mme Karine Pérès a précisé que l'Inserm a recours à des enquêteurs à domicile pour apprécier le niveau de dépendance. Certaines personnes, en effet, n'ont pas réellement conscience, voire nient, les problèmes auxquels elles sont confrontées.

Faisant référence aux résultats d'une enquête réalisée dans la région de Marseille auprès d'une population d'un millier de médecins généralistes, **M. Jacques Soubeyrand** a estimé que ces derniers ne sont pas suffisamment formés aux spécificités de la prise en charge des personnes dépendantes.

M. Charles Guené a souhaité savoir si, au-delà des considérations formulées sur la juste efficacité des soins, les participants à la table ronde ne pourraient pas également éclairer les décideurs publics sur les priorités qu'il convient de dégager, dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses.

Après avoir à son tour souligné la complexité de la tâche consistant à évaluer la dépendance, **M. Jean-Claude Henrard** a jugé qu'il serait utile de

se reporter sur cette question aux nombreux travaux, trop souvent ignorés dans notre pays, menés dans les pays anglo-saxons ainsi que dans ceux du Nord de l'Europe. La confusion entourant cette définition est génératrice de surcoût pour la France.

M. Michel Mercier, président, a fait valoir que ce sujet ne constitue pas uniquement un thème de recherche sur le plan académique, mais recouvre des implications pratiques considérables, puisque le nombre des bénéficiaires de l'Apa dépasse un million de personnes et que les conseils généraux consacrent à cette prestation des sommes très importantes.

Il a ensuite invité l'ensemble des participants à passer au deuxième thème de réflexion de la table ronde consacré à l'offre de services, ainsi qu'aux modes de prise en charge de la dépendance. Il s'est demandé en particulier si l'offre correspond aujourd'hui aux besoins, si elle sera suffisante pour faire face à l'augmentation prévisible du nombre de personnes dépendantes au cours des prochaines années et si la qualité et la coordination des soins apparaissent satisfaisantes. Puis il s'est demandé quel est le bilan de la politique de maintien des personnes dépendantes à domicile, d'une part, de celle consistant à moderniser l'offre d'hébergement, d'autre part.

M. Jean-Claude Henrard a estimé que l'offre de services actuelle relève de différents dispositifs très fragmentés. Par ailleurs, les moyens dégagés en faveur des personnes à domicile sont insuffisants, ainsi qu'en témoigne le drame de la canicule intervenu pendant l'été 2003. Alors que la fréquence des cas de dépendance ne cesse de croître, à mesure que s'accroît le vieillissement de la population, les personnels ne sont pas assez nombreux et manquent de formation. En ce qui concerne les cas de dépendance les plus lourds, l'aide accordée dans le cadre de l'Apa ne permet pas de soulager efficacement les familles et les malades. Sans doute les moyens financiers disponibles sont-ils « saupoudrés » sur un trop grand nombre de bénéficiaires, alors qu'il conviendrait probablement de les concentrer sur ceux qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire sur les cas de dépendance les plus lourds.

Il s'est ensuite prononcé en faveur d'une meilleure coordination, à tous les niveaux, de l'ensemble des acteurs de la politique de la dépendance. L'architecture institutionnelle apparaît, elle aussi, particulièrement fragmentée avec, pour conséquence, une tentation de chaque intervenant de transférer sur l'autre une partie de la charge de financement qui lui incombe. Il existe également des situations d'incompétence négative, comme en matière de rééducation, dont on ne sait à qui incombe réellement la charge du financement.

La création de la CNSA a représenté, de ce point de vue, une amélioration bienvenue, qu'il faudrait cependant compléter par la mise en œuvre de véritables réseaux opérationnels permettant de coordonner les actions au plan local. Or, jusqu'ici, les réalisations dans ce domaine sont venues d'initiatives expérimentales mises en œuvre à la demande des acteurs

de terrain qui sont confrontés directement aux besoins de la population. Il faut désormais aller au-delà.

M. Jean-Claude Henrard a enfin estimé que, faute de moyens suffisants, la politique de libre choix des familles ne recouvre pas une alternative réelle entre le maintien à domicile des personnes dépendantes et leur hébergement dans des institutions spécialisées. Les familles ignorent souvent les possibilités qui leur sont offertes et l'éventail des choix n'est pas le même partout sur le territoire.

Après avoir constaté la grande diversité sur le territoire national de l'offre de services en matière de dépendance, **M. Alec Bizien** a regretté, à son tour, qu'il n'y ait pas de politique cohérente dans ce domaine à l'échelle de l'ensemble de la France. En ce qui concerne l'évaluation de la dépendance, il a souligné l'intérêt d'un outil national comme la grille Aggir, même si sa mise en œuvre donne lieu à des pratiques hétérogènes d'un département à l'autre.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir s'il serait possible de définir précisément une population-cible sur laquelle les pouvoirs publics concentreraient les moyens d'action de la collectivité nationale. Puis il s'est interrogé sur les pistes de réflexion envisageables pour améliorer la coordination des acteurs de la politique de la dépendance.

Faisant référence au caractère global du système d'assurance publique obligatoire mis en place en Allemagne, **M. Jean-Claude Henrard** a estimé qu'outre la problématique de l'Apa, il convient dans notre pays d'appréhender concomitamment l'ensemble des besoins dans le domaine médical et technique. Il faut adapter une vision globale de la prise en charge. Il a regretté l'insuffisance du niveau actuel de formation des personnels qui ne permet pas un encadrement satisfaisant des cas les plus complexes et n'est d'ailleurs que la conséquence du choix fait dans le passé de privilégier dans ce secteur le recours à des personnes peu qualifiées. Puis il a considéré, s'agissant de la question des moyens à dégager, qu'il faudrait sans doute tripler à terme le niveau des dépenses en matière de prise en charge à domicile, le plan Solidarité-Grand Age prévoyant quant à lui un doublement des sommes consacrées aux personnes hébergées dans des Ehpad.

Il a souhaité également que l'on analyse les exemples étrangers de coordination des différents acteurs de la politique de la dépendance. Ainsi, cette responsabilité est-elle confiée en Norvège aux communes, tandis qu'au Royaume-Uni on a recours à un professionnel dit « de première ligne » pour animer le réseau des intervenants. Tirer les enseignements de ces expériences étrangères serait de nature à permettre à notre pays de limiter le recours trop systématique aux services d'urgence des hôpitaux pour prendre en charge les personnes dépendantes.

Faisant référence à l'exemple de son département, la Dordogne, **M. Bernard Cazeau** a estimé que les besoins de la population en matière de dépendance sont aujourd'hui globalement satisfaits. Au total, pour l'ensemble de la France, plus d'un million de personnes sont ainsi prises en charge par les

conseils généraux au titre de l'Apa, ce qui est considérable. Renforcer l'action des départements, notamment en progressant vers une plus grande convergence de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, supposerait de définir des modalités de financement en adéquation avec cette ambition. Il a craint que cette convergence ne s'avère, à terme, extrêmement coûteuse pour les conseils généraux.

Après avoir remarqué que la CNSA a permis une amélioration de la coordination de la politique de la dépendance, **M. François Autain** a observé que cette caisse introduit également un élément de complexité supplémentaire dans des circuits de financement qui en sont déjà passablement affectés. Il a ensuite fait valoir l'absence d'alternative réelle en matière d'hébergement en raison notamment du coût très élevé du maintien à domicile.

M. Paul Blanc s'est étonné des affirmations du professeur Soubeyrand selon lesquelles les médecins généralistes n'auraient pas une connaissance suffisamment approfondie des besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes. Puis il a souligné les limites du principe de liberté de choix du mode d'hébergement : à partir d'un certain niveau de dépendance, le maintien à domicile devient impossible compte tenu de son coût de plus en plus élevé, mais également en raison de problèmes élémentaires de sécurité qui se posent dans la vie quotidienne des malades.

M. Jean-Claude Henrard a considéré qu'il appartient aux décideurs publics de se prononcer sur la question des moyens à allouer à la prise en charge de la dépendance. Une fois ce cadre tracé, les membres du corps médical s'efforcent d'agir de la façon la plus efficiente possible.

Il a ensuite observé, qu'à l'inverse de la plupart des pays étrangers où le traitement des cas légers de dépendance n'est guère pris en charge par la collectivité, la France se caractérise probablement par un certain « saupoudrage » des moyens financiers : les personnes les plus dépendantes sont insuffisamment couvertes, tandis que celles qui ne sont pas classées en Gir 1 ou 2 bénéficient d'une aide d'un montant moyen souvent très faible, mais qui représente globalement des dépenses importantes. Au-delà de ce débat se pose aussi la question du retard pris par la France en matière de prévention et d'accessibilité. En ce qui concerne la répartition des rôles entre les acteurs de la politique de la dépendance, il s'est interrogé sur l'articulation des interventions de la CNSA avec celles de la direction générale de l'action sociale.

En réponse à M. François Autain, il a plaidé pour le développement de structures d'hébergement intermédiaires entre le domicile et l'institution, telles les accueils de jour et les formules d'hébergement temporaire.

Puis il a estimé que la sécurité des personnes âgées dépendantes dans les Ehpad constitue largement un mythe en raison du manque de personnel dans ces structures, notamment la nuit. C'est d'ailleurs ce qui explique que paradoxalement l'hébergement en établissement soit moins cher en France

qu'à domicile, à l'inverse des autres pays européens et en particulier du Royaume-Uni et de l'Allemagne.

M. Jacques Soubeyrand a précisé que sa critique de l'insuffisante prise en compte par les médecins généralistes des problèmes gérontologiques s'adresse à ceux qui ont eu la charge de les former.

M. Michel Mercier, président, a indiqué qu'il retient de ses échanges l'idée que les réflexions de la mission doivent partir des moyens financiers dont dispose la collectivité nationale, quitte, le cas échéant, à concentrer les efforts d'amélioration sur les personnes qui en ont le plus besoin.

Il a ensuite proposé de passer au troisième thème, consacré à la place de la solidarité familiale, et a demandé à Mme Simone Pennec de bien vouloir présenter ses observations sur le rôle joué par les familles dans l'accompagnement des personnes dépendantes. Il a également suggéré qu'elle aborde quelques pistes sur des questions connexes : la question de la solidarité « pécuniaire », celle de l'impact du développement de l'assurance dépendance sur le reste à charge des familles, ainsi que le statut des aidants familiaux.

Mme Simone Pennec a expliqué que les réflexions sur la solidarité familiale - terme qui ne lui apparaît pas le plus adéquat - conduisent à s'interroger sur la répartition du soutien apporté aux personnes âgées dépendantes au sein de la famille et sur les inégalités qui peuvent apparaître. Les services familiaux constituent la majorité des services apportés aux personnes âgées dépendantes, mais la notion de famille recouvre des réalités différentes selon les situations. Dans le cas des hommes âgés dépendants, le conjoint représente le premier soutien, devant les filles. Dans le cas des femmes âgées dépendantes, le soutien familial résulte d'abord des filles, puis des fils, devant l'aide apportée par les conjoints. Dans le cas de fratries, le soutien apporté aux parents dépendants n'apparaît pas non plus équitablement réparti entre les frères ou sœurs : si l'un des enfants est célibataire, la prise en charge du parent dépendant repose le plus souvent sur lui.

On observe par ailleurs que ce sont les personnes disposant le moins de ressources qui se retrouvent le plus en situation d'aidant à l'égard des parents dépendants. Lorsque l'on compare les familles entre elles, d'un point de vue sociologique, des différences importantes apparaissent entre les catégories socioprofessionnelles supérieures et les catégories ouvrières, liées à des différences de capacité économique. Chez les personnes relevant de catégories ouvrières, dans 59 % des cas, les proches assurent seuls la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Chez les personnes relevant de catégories socioprofessionnelles supérieures, les proches assurent seuls la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans seulement un tiers des cas, les professionnels intervenant seuls dans un autre tiers des cas, tandis que le dernier tiers fait l'objet d'une prise en charge mixte, comprenant les proches et des professionnels.

Le recours à l'aide familiale s'inscrit donc majoritairement dans une nécessité socioéconomique et correspond à une obligation pour les ménages les plus modestes. A cet égard, **Mme Simone Pennec** a estimé que le renforcement de l'appel à la solidarité familiale se traduirait par un accroissement des inégalités entre les familles, les familles les plus aisées conservant en tout état de cause la possibilité de recourir aux services de professionnels.

Elle a indiqué qu'il n'y a jamais eu autant de familles à apporter un soutien aux personnes âgées dépendantes qu'aujourd'hui. L'accroissement de l'effort de la collectivité en matière de prise en charge de la dépendance ne s'est pas traduit par un recul du soutien familial. Celui-ci s'est maintenu depuis la mise en place de l'Apa, avec probablement une aisance financière accrue, de moindres tensions internes aux familles et une diminution des risques de maltraitance.

Elle a ensuite abordé la question du statut des aidants familiaux. Celui-ci « existe sans exister », par le biais de l'Apa attribuée au parent dépendant, qui permet d'indemniser, mais non de rémunérer, le proche de l'aide qu'il lui apporte. Certains pays ont développé un cadre plus élaboré, en considérant les enfants comme des professionnels et en les intégrant dans des dispositifs officiels de prise en charge, ce qui présente l'intérêt d'encadrer les aides apportées, de limiter les risques et de se traduire par une reconnaissance juridique des compétences acquises par l'aidant.

En conclusion, elle a nuancé les approches parfois évoquées tendant à mettre en parallèle l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la diminution du « vivier d'enfants », qui déboucherait sur un plus faible nombre d'aidants familiaux. Toutefois, l'accroissement global du nombre de personnes relevant de catégories socioprofessionnelles supérieures et l'insertion des femmes dans la vie active devrait conduire à un recours accru aux professionnels de la prise en charge de la dépendance.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité que Mme Simone Pennec fasse part de ses réflexions sur l'opportunité d'instaurer un recours sur succession et de faire jouer l'obligation alimentaire, notamment si la solidarité familiale ne s'est pas manifestée, alors que la famille dispose de la capacité financière à prendre en charge la dépendance de la personne âgée. Il s'est ensuite demandé si l'assurance dépendance constitue une voie souhaitable pour alléger la charge des familles, notamment de celles les plus en difficulté.

Mme Simone Pennec a indiqué qu'à titre personnel, elle ne considérerait pas le recours sur succession comme une voie à suivre. L'exemple de la prestation spécifique dépendance montre que cette possibilité offerte aux départements amène un certain nombre de personnes à préférer ne pas faire appel aux prestations proposées. La suppression de la possibilité de recours sur succession explique a contrario le succès de l'Apa.

M. Michel Mercier, président, a relevé que le recours sur succession a été maintenu dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Mme Simone Pennec a noté que le recours sur succession est peu appliqué dans les autres pays européens et que son utilisation engendre des conflits familiaux. Or, tout ce qui accroît les tensions internes aux familles lui paraît être un coup porté à la fin de vie des personnes âgées et doit être absolument évité.

Mme Sylvie Desmarescaux a mis en évidence les différences existant entre le monde rural et le monde urbain du point de vue de la solidarité familiale. Elle a relevé qu'en dépit du recours sur succession, les familles font appel à l'aide sociale, même si elles s'efforcent de répartir la charge différentielle entre les enfants afin d'éviter des recours devant les tribunaux. Elle a ensuite souligné les difficultés financières parfois rencontrées par les familles des classes moyennes et les moins aisées pour faire face à la prise en charge de leurs aînés.

Mme Bernadette Dupont a souhaité que Mme Simone Pennec apporte un éclairage sur l'action des tuteurs familiaux.

M. Charles Guené, après avoir pris note des objections formulées par Mme Simone Pennec à l'encontre du recours sur succession, a relevé que cette problématique ne pouvait être éludée dans un contexte de nécessaire maîtrise du taux des prélèvements obligatoires. Il a demandé à Mme Simone Pennec son point de vue sur la proposition consistant à subordonner à une condition de patrimoine l'ouverture du droit à une prestation.

Mme Simone Pennec a attiré l'attention sur les effets pervers potentiels d'une mise à contribution sélective des patrimoines. Elle a mis en cause la distinction généralement opérée entre le handicap, qui devrait relever de la solidarité nationale, et la dépendance, pour laquelle la solidarité familiale aurait toute sa place. Il existe une part de hasard dans la prévalence de la dépendance : certaines personnes âgées ne seront jamais en situation de perte d'autonomie. Au fond, il n'existe pas de véritable différence de nature entre handicap et dépendance des personnes âgées et si l'on doit recourir à un prélèvement sur les patrimoines, une taxation de l'ensemble des patrimoines, dont le produit serait affecté au financement de la dépendance, paraîtrait plus justifié.

M. Charles Guené a observé que cette proposition s'apparentait en fait à la réorientation de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF), qui deviendrait un « ISF dépendance ».

Mme Simone Pennec a noté les différences existant entre les départements s'agissant des modalités de prise en charge de la dépendance, même si celles-ci ont diminué. Elle a ensuite indiqué qu'en cas de conflit interne à la famille, la tutelle des personnes âgées n'est en général pas attribuée à un membre de la famille, mais à une personne extérieure. Elle a également mis en évidence les effets pervers de l'attribution de l'Apa du point de vue des relations internes aux familles, le parent pouvant considérer que son enfant est rémunéré pour l'aide qu'il lui apporte et décider de privilégier les autres membres de la fratrie dans la répartition de l'héritage.

MM. Bernard Cazeau et Michel Mercier, président, ont indiqué qu'il n'est pas possible pour un enfant d'être rémunéré par le biais de l'Apa de son parent.

Mme Simone Pennec a indiqué la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a autorisé les rémunérations des conjoints. Elle a noté que, selon une étude menée en 2003 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les heures rémunérées aux proches par le biais de l'Apa sont faibles par rapport aux heures de travail constatées (2,06 heures payées pour 13,08 heures de travail effectif).

M. Michel Mercier, président, a relevé que la rémunération ne constitue pas la seule cause de l'implication des aidants familiaux.

Il a ensuite abordé le quatrième thème de la table ronde, consacré à la prévention et à l'accompagnement thérapeutique de la dépendance : comment prévenir la dépendance et que peut-on attendre de la politique de prévention ? Les politiques menées en ce domaine sont-elles satisfaisantes ? Quelles sont les expériences réussies et quel peut être l'apport des nouvelles technologies dans ce domaine ?

M. Benoît Lavallart a indiqué que les actions de prévention de la dépendance doivent commencer dès le plus jeune âge et doivent être ciblées en fonction des publics.

Pour les personnes en bonne santé, les actions de prévention s'intègrent notamment dans le cadre du plan national nutrition santé et du plan « Bien vieillir », qui tend à mieux préparer le départ à la retraite.

Pour les personnes présentant un risque de maladie chronique, les actions passent par des programmes d'éducation à la santé et, notamment, par une démarche de lutte contre les facteurs de risque. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, s'il n'est pas question d'empêcher la progression de la pathologie, la prévention des facteurs de complication de type cardiovasculaire a montré son efficacité.

Les actions de prévention à destination des personnes atteintes de maladie chronique font l'objet d'expériences spécifiques, comme celle de « disease management », afin de rendre le malade acteur de sa maladie. Leur rapport coût-efficacité apparaît toutefois moyen et doit être apprécié sur le long terme. En revanche, des actions de prévention apparaissent efficaces pour faire face à la maladie d'Alzheimer, en particulier le recours aux séances de psychomotricité.

S'agissant des personnes présentant des pathologies complexes, seuls, les dispositifs intégrant soins et services sur le modèle du « case manager » (« gestionnaire de cas ») apparaissent satisfaisants. Trois expérimentations de prise en charge intégrée sont actuellement en cours en France.

M. Vincent Rialle a observé que la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes entraîne une grande créativité technologique, notamment dans le domaine des capteurs et de la robotique, même si le développement de ces techniques n'est pas encore très connu. Les gains apportés par les nouvelles technologies apparaissent toutefois importants pour la personne âgée dépendante. Le rapport de la commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par M. Joël Ménard, préconise d'ailleurs de soutenir le développement de la domotique ainsi que des nouvelles technologies de l'information et de la communication en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Ce soutien doit notamment passer par une meilleure prise en compte de la situation des entreprises intéressées par ce marché, tout particulièrement des plus petites, afin de renforcer leur compétitivité.

Le développement de l'utilisation des nouvelles technologies requiert toutefois une réflexion éthique, afin d'éviter toute dérive. Deux questions se poseront également si certains équipements font l'objet d'une prescription médicale : celle de leur prise en charge et celle de l'évaluation de leur efficacité, suivant le modèle d'évaluation du service médical rendu mis en place dans le domaine du médicament.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si les données disponibles mettent en évidence un impact significatif des politiques de prévention sur le déclenchement de la dépendance des personnes âgées et s'il est envisageable d'aboutir à une efficacité telle qu'elles permettent d'éviter tout basculement dans la dépendance.

M. Benoît Lavallart a indiqué que les données disponibles sont peu nombreuses, dans la mesure où il s'agit d'un travail de long terme. Les politiques de prévention ont eu un impact déterminant dans la prévalence des affections cardiovasculaires. Dans le cas des troubles cognitifs, qui sont, eux, beaucoup plus difficiles à prévenir, les actions de stimulation menées à domicile ont toutefois montré leur efficacité, de même que les systèmes de soins intégrés reposant sur un interlocuteur unique. Par ailleurs, la formation des personnels intervenant auprès des personnes présentant des troubles du comportement revêt une grande importance.

M. Michel Mercier, président, a souhaité obtenir des précisions sur la notion de système de soins intégré.

M. Benoît Lavallart a expliqué que les systèmes de soins intégrés reposent sur l'élaboration d'un langage commun, une négociation impliquant l'ensemble des acteurs et des financeurs, des protocoles de prise en charge communs, un dossier partagé et un point d'accès unique pour tous les cas complexes. Les groupes de coopération médico-sociaux sont généralement le cadre utilisé.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître les lieux où ces systèmes de soins intégrés font l'objet d'une expérimentation.

M. Benoît Lavallart a indiqué que des expériences de ce type sont conduites à Mulhouse, en Essonne à Etampes et dans le vingtième arrondissement de Paris. Chaque acteur conserve ses prérogatives, dans le cadre du groupement de coopération médicosocial. Le dispositif peut fonctionner si chaque participant accepte de partager ses prérogatives, ce qui suppose qu'il y ait un pilote capable de rapprocher les différentes démarches. C'est cela qui a manqué aux centres locaux d'information et de coordination (Clic).

M. Michel Mercier, président, a distingué les financeurs des actions et les intervenants directs qui les mettent en œuvre. Il a estimé que la mission pourrait étudier plus particulièrement l'expérimentation menée à Paris.

M. François Autain, revenant sur l'idée de rendre le malade acteur de sa propre maladie, s'est interrogé sur les similitudes existant entre la notion de « disease management » et celle de « programmes d'observance », qui fait actuellement l'objet d'une étude par la commission des affaires sociales du Sénat.

M. Benoît Lavallart a jugé que les deux notions ne recouvrent pas du tout la même réalité.

M. Michel Mercier, président, a ensuite proposé de passer au dernier thème de réflexion retenu pour la table ronde, consacré à la maltraitance : quelles sont la mesure de la maltraitance et ses différentes formes, quel est le degré de prise de conscience de la gravité de la situation, quelles sont les réponses à apporter pour passer de la « maltraitance » à la « bientraitance » des personnes âgées dépendantes ?

M. Jacques Soubeyrand a tout d'abord défini la maltraitance comme une maladie sociale non infectieuse, mais contagieuse et transmissible : on peut être inconsciemment maltraitant et, au contraire, prendre plaisir à l'être. Il s'agit d'une maladie émergente, d'un problème de civilisation qui reste tabou, ce qui a notamment été relevé par l'Inspection générale des affaires sociales s'agissant de la maltraitance dans les établissements.

Il a rappelé qu'il n'existe aucune enquête nationale valable sur le sujet de la maltraitance, même si la lutte contre la maltraitance a été déclarée cause nationale en 2002 et si plusieurs rapports ont été écrits sur le sujet. En particulier, une enquête départementale met en évidence que 75 % victimes de maltraitance sont des femmes.

S'agissant du lien entre dépendance et maltraitance, il a observé qu'en Grande-Bretagne, les personnes les plus maltraitées sont les personnes atteintes de démence ou de la maladie de Parkinson. Deux types de maltraitance doivent toutefois être distingués :

- la macromaltraitance, c'est-à-dire la violence sous toutes ses formes (physique, intellectuelle...);
- la micromaltraitance, qui s'apparente à de la négligence et se traduit par la non-exécution correcte des actes quotidiens de la vie. Cette forme de maltraitance est aussi la plus redoutable.

M. Jacques Soubeyrand a estimé que l'un des obstacles à la prise de conscience du phénomène de maltraitance est d'ordre politique, la France ayant défini une politique pédiatrique, mais pas de politique gériatrique. On refuse ainsi de considérer la dépendance comme un accident de la vie. Il a également mis en avant la transformation de la santé en marchandise, la recherche de la rentabilité ayant des répercussions négatives du point de vue de la maltraitance, comme l'a montré une étude menée par une équipe de recherche de l'université de Harvard.

Des insuffisances existent également d'un point de vue juridique, le délit de maltraitance - entendue au sens de macromaltraitance - n'existant pas en droit pénal, alors qu'un délit de non-prise en charge correcte des personnes âgées existe, par exemple, aux Etats-Unis.

M. Jacques Soubeyrand a également mis en évidence les obstacles familiaux. La maltraitance est en effet un facteur de déstabilisation des familles. La population ressent une crainte et ne fait pas confiance aux structures d'accueil. La mise en place d'une réelle culture gériatrique est à cet égard nécessaire.

Plusieurs réponses peuvent ainsi être apportées au phénomène de la maltraitance :

- une définition juridique de la maltraitance, suivant la définition européenne, qui lie micromaltraitance et macromaltraitance ;
- une vision plus globale de la maltraitance et du handicap, les approches actuelles étant trop fragmentées ;
- une pénalisation de la macromaltraitance ;
- la mise en place d'une réelle culture gériatrique, et ce dès le plus jeune âge ;
- la mise au point de formations adaptées et actualisées à destination des acteurs médicaux et paramédicaux qui prennent en charge les personnes âgées dépendantes.

M. Jacques Soubeyrand a conclu à la nécessité de l'action, indiquant que, d'un point de vue opérationnel, celle-ci doit mêler approches locale et nationale.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si l'on dispose des outils adaptés pour détecter les situations de maltraitance. Il s'est également demandé si l'institution d'un « Numéro vert maltraitance » constitue une réponse adaptée et suffisante au problème de la maltraitance.

M. Jacques Soubeyrand a estimé que les moyens de détecter la maltraitance existent, mais qu'il faut les mettre davantage en œuvre : il a, en particulier, prôné des contrôles inopinés au sein des établissements d'hébergement. Il a également observé que les règlements intérieurs de certains établissements peuvent susciter des craintes de représailles chez les familles en cas de plainte. Quant à l'institution d'un « Numéro vert maltraitance », il a considéré qu'il s'agit d'une bonne idée, mais s'est interrogé sur l'utilisation qui en sera réellement faite, les personnes âgées dépendantes n'étant pas nécessairement capables d'y recourir. Ce numéro vert pourrait apporter des améliorations, mais ne constitue pas une réponse globale au phénomène de la maltraitance.

M. Paul Blanc a rappelé qu'il avait été rapporteur de la commission d'enquête du Sénat sur la maltraitance envers les personnes handicapées et a noté la similitude des problèmes rencontrés. Le rapport de la commission d'enquête mettait ainsi l'accent sur l'inadéquation de la formation professionnelle des intervenants.

M. François Autain a souhaité savoir si la maltraitance est plus développée au sein des établissements d'hébergement à but lucratif qu'au sein des établissements d'hébergement publics.

M. Jacques Soubeyrand a noté qu'aux Etats-Unis, selon certaines études, la maltraitance est proportionnelle aux gains de l'établissement : 70 % des cas de maltraitance sont constatés dans des établissements privés et 30 % dans des établissements publics. Il a toutefois souligné la qualité de certains établissements privés à but lucratif, indiquant qu'il ne faut pas jeter l'opprobre sur cette catégorie d'établissements.

Mme Sylvie Desmarescaux s'est interrogée sur l'impuissance des citoyens face à la maltraitance, estimant que cette impuissance est plus grande lorsque les personnes âgées sont hébergées en établissement, dans la mesure où les familles vivent dans la crainte que leur parent n'en soit chassé si elles expriment une plainte. Elle a également considéré que le vieillissement et la dépendance ne constituent pas des accidents de la vie.

M. Jacques Soubeyrand a indiqué que cette notion d'accident de la vie a pourtant été retenue en Allemagne et a considéré que la dépendance relève du cinquième risque.

M. Michel Mercier, président, a indiqué que la société française, historiquement et pour des raisons d'efficacité comparée des lobbyings, a fait le choix de mieux traiter les personnes atteintes d'un handicap que les personnes âgées dépendantes, ce qui se traduit par une différence substantielle de prix de journée en établissement. Il a également noté que le département est

le seul responsable pour la prise en charge des personnes handicapées, alors que trois acteurs interviennent dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes - le département, l'assurance maladie et la personne ou sa famille. Faisant part de son expérience locale, il a relevé la difficulté que l'on peut parfois rencontrer pour évaluer la situation de maltraitance, compte tenu de la relativité de certaines appréciations.

**Audition de M. Daniel LENOIR, directeur général,
et Mme Isabelle MILLET-CAURIER,
directeur du service des affaires publiques,
du groupe mutualité française
(mercredi 30 janvier 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 30 janvier 2008, la mission a entendu **M. Daniel Lenoir, directeur général**, et **Mme Isabelle Millet-Caurier, directeur du service des affaires publiques, du groupe mutualité française**.

A titre liminaire, **M. Philippe Marini, président**, a constaté que la mutualité française est doublement concernée par le dossier de la dépendance, puisqu'elle gère des maisons de retraite en plus de son activité dans le domaine assurantiel. Puis il a souhaité savoir comment cet acteur majeur de la protection sociale perçoit la spécificité de ce risque et quels sont, à ses yeux, les mécanismes à envisager pour assurer le développement du marché de l'assurance dépendance. Après avoir souligné l'ampleur des dépenses fiscales dont bénéficie aujourd'hui l'épargne investie en assurance vie, il a souligné que la mission d'information doit, dans ce domaine également, se fixer pour ambition de rechercher les meilleurs compromis possible.

M. Daniel Lenoir, directeur général, a tout d'abord considéré que la mutualité française constitue un mouvement social ayant vocation à conjuguer l'esprit de responsabilité avec le principe de solidarité, ce qui l'a conduite à formuler des propositions allant dans le sens de l'intérêt général. La fédération de la mutualité française regroupe des mutuelles et des unions exerçant leurs activités, d'une part, dans le domaine sanitaire et social, d'autre part, dans celui de l'assurance au sens des directives européennes, conformément respectivement aux dispositions des titres III et II du code de la mutualité.

Puis il rappelé que les mutuelles assurent 60 % de la couverture santé complémentaire des assurés sociaux, ce qui les amène déjà à prendre en charge une partie du coût de la dépendance, notamment en ce qui concerne les dépenses s'inscrivant au-delà du ticket modérateur pour les affections de longue durée. A ceci s'ajoutent les produits d'assurance dépendance, que certaines mutuelles intègrent dans leur offre statutaire et pour lesquelles l'union nationale de la prévoyance de la mutualité française propose, à ceux de ses adhérents qui le souhaitent, des garanties individuelles ou collectives.

M. Daniel Lenoir a indiqué que les différentes composantes de la mutualité française gèrent au total 223 établissements accueillant des personnes âgées, soit davantage que les grands réseaux existants.

La mutualité française intervient également dans le domaine des services à la personne, par le biais de ses propres structures, mais aussi dans le cadre de l'enseigne « France domicile » qu'elle a créée avec l'union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Uncass).

Elle cherche en outre à développer la prévention du vieillissement à travers l'assistance aux aidants ainsi que par la constitution d'« ateliers mémoire ». Il s'agit d'une activité à la fois traditionnelle et importante du mouvement mutualiste, qui donnera lieu prochainement à un programme d'action plus large, baptisé « Priorité santé mutualiste », dont un volet sera spécifiquement consacré à la perte d'autonomie.

M. Daniel Lenoir a précisé que dans le cadre de sa structure de gouvernance la mutualité française s'efforce de favoriser la constitution de réseaux nationaux regroupant ses adhérents dans des domaines spécifiques. C'est déjà le cas avec les services d'optique mutualistes ainsi qu'avec les établissements hospitaliers. Un projet à plus long terme existe pour les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad).

Il a considéré que l'architecture globale de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées devrait reposer sur une combinaison de trois piliers complémentaires : tout d'abord la définition d'un socle de base fondé sur la mobilisation de la solidarité nationale, conformément aux travaux de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la cinquième branche ; ensuite la généralisation d'une couverture complémentaire collective ; enfin, le recours, à titre subsidiaire, à des mécanismes assurantiels supplémentaires gérés selon une logique financière de capitalisation à long terme.

Il a estimé que la mise en œuvre de l'ensemble de cette architecture suppose la création d'un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie reposant sur une évaluation personnalisée des besoins de la personne, compte tenu de sa situation. Cette démarche novatrice dans le champ de la protection sociale implique non seulement le rapprochement des outils d'évaluation, mais également celui du niveau des prestations destinées aux personnes âgées, d'une part, aux personnes handicapées, d'autre part. Il faudra aussi, ne serait-ce qu'au regard du principe de bonne gestion des finances sociales, être en mesure de distinguer les dépenses incombant à l'assurance maladie de celles relevant, au sens strict, de la perte d'autonomie.

En ce qui concerne plus particulièrement le premier socle faisant appel à la solidarité nationale, **M. Daniel Lenoir** a estimé qu'il faudra combiner une gestion nationale avec une gestion locale des sources de financement, passant par des structures du même type que les maisons départementales du handicap auxquelles la mutualité française a tenu à participer, en sa qualité d'organisme complémentaire. Mais il importera aussi de renforcer le niveau de la prise en charge financière réalisée sur des fonds publics.

Considérant, d'une façon générale, qu'il apparaît impossible d'augmenter continuellement les taux d'imposition, **M. Daniel Lenoir** a jugé que l'effort supplémentaire, rendu indispensable par la couverture des besoins de la population en matière de dépendance, n'est pas si considérable qu'il doive aboutir à déséquilibrer totalement le niveau des prélèvements obligatoires dans notre pays. Il a ensuite considéré que le contexte budgétaire défavorable laisse une place importante aux mécanismes complémentaires.

Pour ce faire, il faut envisager une couverture collective grâce à la mutualisation du risque entre les assurés, quel que soit leur âge. C'est là qu'intervient le deuxième pilier du financement de la dépendance reposant sur un système de prévoyance. Le souscripteur cotise « à fonds perdus » si le risque de dépendance ne se concrétise pas. Il ne perçoit une prestation que si le risque se réalise. Contrairement à une pure logique assurantielle fondée sur la capitalisation, cet « étage » de couverture de la dépendance ne consiste pas à provisionner un risque futur : les exigences de provisionnement de ce type de risque sont en effet beaucoup trop élevées. En laissant de côté la logique assurantielle et en instituant un système de financement « à fonds perdus » pour le bénéficiaire, on peut ainsi obtenir un niveau de cotisations nettement plus raisonnable.

Il a ensuite jugé qu'il faudra non seulement renforcer la prise en charge des personnes âgées dépendantes classées en Gir 1 et 2 par le recours à ce second pilier, mais également faire en sorte que les jeunes générations, au demeurant peu sensibilisées à la perspective lointaine de la perte d'autonomie, entrent dans le cadre de cette mutualisation.

M. Daniel Lenoir a jugé qu'en revanche les dispositifs assurantiels individuels souffrent de certaines limites : la souscription de ces produits est généralement trop tardive, l'existence de questionnaires médicaux en réduit l'accès, le niveau des cotisations apparaît trop élevé et la forte croissance de la fréquence de la prévalence de la perte d'autonomie en fonction de l'âge restreint singulièrement les possibilités d'assurer le risque de dépendance. En outre, seuls 35 % des ménages souscrivent actuellement une assurance vie, de surcroît pour un montant moyen modique de 66 000 euros : les perspectives de transformation d'une partie de ces encours en assurance dépendance sont donc relativement faibles.

Il a souligné en particulier que, compte tenu de l'âge moyen élevé des souscripteurs (soixante-deux ans) des contrats d'assurance dépendance, le montant des cotisations s'établit mécaniquement à un niveau très élevé : le versement d'une rente de 6 000 euros suppose ainsi d'acquitter des primes individuelles de l'ordre de 500 euros. *A contrario*, dans certaines entreprises, la large mutualisation du risque permise par la prévoyance collective se traduit par des primes beaucoup plus faibles. Il convient donc d'encourager la généralisation de la diffusion, à un âge aussi précoce que possible, des couvertures collectives, ne serait-ce que pour en réduire les coûts d'accès.

Pour autant, il est utile de conserver des mécanismes reposant sur des systèmes de capitalisation, mais à titre de troisième niveau de couverture, en plus de la solidarité nationale et des techniques de prévoyance.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est demandé si l'union nationale de la prévoyance de la mutualité française (UNPMF) a développé des stratégies spécifiques pour améliorer sa connaissance du risque dépendance et anticiper son évolution. Il s'est également interrogé sur ses critères d'appréciation de la rentabilité des contrats d'assurance dépendance. Par ailleurs, il a souhaité savoir si M. Daniel Lenoir partage les appréciations formulées par le rapport du centre d'analyse stratégique (Cas) tendant à relativiser l'impact des dispositifs d'incitation fiscale dans le développement du marché de l'assurance dépendance.

M. Daniel Lenoir a indiqué que les organismes mutualistes ont effectivement développé une stratégie spécifique pour appréhender la problématique de la dépendance. Cette démarche passe notamment par le développement de bases de données statistiques et d'informations sur ce sujet. Néanmoins, une marge d'incertitude considérable subsiste encore. Il semble ainsi délicat d'évaluer avec précision l'incidence future de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, personne ne sait calculer ce que seront les prix des services à la personne à l'horizon d'une trentaine d'années.

Au total, l'assurance privée individuelle gérée suivant la technique de capitalisation ne saurait constituer, à court terme, une réponse aux besoins de la population en matière de dépendance, d'autant plus que les règles comptables applicables semblent s'orienter vers un provisionnement intégral des engagements, ce qui a récemment conduit un organisme mutualiste important à se retirer de ce marché.

M. Philippe Marini, président, a souhaité avoir des précisions sur ces obligations de provisionnement qui, d'une façon générale, résultent de plus en plus souvent de règles comptables internationales.

M. Daniel Lenoir a indiqué que les instances communautaires conduisent actuellement des réflexions approfondies, auxquelles participe la mutualité française, sur les règles de solvabilité.

Il existe en conséquence une certaine incertitude sur le classement des garanties d'assurance dépendance. Il apparaît certes logique que les contrats fondés sur une logique d'épargne à long terme et gérés en capitalisation donnent lieu à un provisionnement important. Mais une telle obligation semble excessive lorsqu'il s'agit simplement de permettre aux assurés, notamment lorsqu'ils sont jeunes, de se protéger chaque année contre un tel risque.

M. Philippe Marini, président, a observé qu'à l'instar des systèmes de retraite, il s'agit de distinguer les produits « à cotisations définies » de ceux à « prestations définies ». Puis il a fait valoir l'importance, pour la mission, d'intégrer dans ses travaux la dimension internationale des obligations de provisionnement que les acteurs de ce marché sont tenus de respecter.

Mme Marie-Thérèse Hermange a suggéré sur ce point que la mission se rapproche de l'association internationale des caisses de sécurité sociale.

M. Daniel Lenoir a estimé que si le provisionnement intégral des engagements semble justifié dans le cas d'un jeune de vingt ans, victime d'un grave accident et qui souffrira d'une perte d'autonomie jusqu'à la fin de ses jours, en revanche, une telle exigence serait disproportionnée si elle venait à s'appliquer individuellement à tous les souscripteurs âgés de plus de cinquante ans : le coût en termes de fonds propres serait alors extrêmement élevé et les cotisations atteindraient des niveaux prohibitifs. Enfin, il a considéré que des mesures fiscales incitatives ne sauraient suffire à elles seules à assurer le développement de la couverture du risque dépendance.

Après avoir jugé convaincante la présentation faite par M. Lenoir de l'articulation entre les différents piliers de la prise en charge de la perte d'autonomie, **M. François Autain** a souhaité obtenir des précisions sur leur part relative dans la couverture du risque. Il a estimé utile, en particulier, de savoir quelle pourrait être la proportion de la solidarité nationale dans un contexte de maîtrise des prélèvements obligatoires. Puis il a observé qu'il apparaît aujourd'hui très difficile de distinguer les dépenses liées à la dépendance de celles relatives aux soins, en raison notamment des modalités de construction de l'Ondam et de ses sous objectifs.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est demandé si, en dehors des grandes causes naturelles comme la maladie d'Alzheimer, les établissements gérés par la mutualité française prennent également en charge des pathologies très lourdes comme l'autisme.

Au sujet de la question de l'encouragement par les pouvoirs publics de la diffusion de l'assurance dépendance, **M. Philippe Marini, président**, a rappelé qu'une dépense fiscale présente le même impact sur le solde budgétaire qu'une dépense budgétaire. Puis il s'est interrogé sur l'opportunité d'envisager un certain redéploiement en réduisant quelque peu les avantages dont bénéficient les produits en pure capitalisation pour transférer les marges de manœuvre ainsi dégagées sur l'assurance dépendance.

En réponse à M. François Autain, **M. Daniel Lenoir** a indiqué qu'il lui est difficile de donner des pourcentages précis pour chacun des trois niveaux de prise en charge de la dépendance qu'il évoquait dans son exposé liminaire. Mais une augmentation de l'effort public, évalué aujourd'hui globalement entre 17 et 19 milliards d'euros chaque année, apparaît à l'évidence nécessaire dans certains domaines, ne serait-ce que pour des raisons d'équité sociale. Les pouvoirs publics devront néanmoins procéder à des arbitrages délicats, dans la mesure où, d'une part, il est impossible d'accroître indéfiniment le niveau des prélèvements obligatoires et où, d'autre part, l'accumulation de forts déficits fait courir un risque systémique sur l'ensemble de notre système de protection sociale. En ce qui concerne la répartition des dépenses de soins stricto sensu et celles imputables à la prise en charge de la

dépendance, une meilleure identification des charges apparaît nécessaire et devrait être réalisable.

M. Alain Milon a souligné que les médecins prescrivent souvent des actes médicaux relevant autant du soin des patients que de la prévention de la dépendance. Les « frontières » entre les différentes sections de tarification apparaissent donc, à l'usage, pour le moins ténues.

Au-delà des problèmes de nomenclature comptable et des règles budgétaires, **Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est inquiétée du caractère récurrent des difficultés imputables aux outils actuels de tarification.

Après avoir confirmé l'attachement de la mutualité française à une gestion personnalisée de la perte d'autonomie, **M. Daniel Lenoir** a précisé que les établissements qu'elle gère accueillent déjà des personnes souffrant de pathologies lourdes comme l'autisme.

**Audition de MM. Denis MORIN, directeur,
et Bernard BOIVIN-CHAMPEAUX, responsable technique et financier,
du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP),
et de MM. Jean CASTAGNÉ, conseiller auprès du délégué général,
et Pascal BROUSSOUX, directeur technique,
du groupe d'association générale de retraite par répartition (AG2R)**
(mercredi 30 janvier 2008)

Au cours de sa séance du matin du mercredi 30 janvier 2008, la mission a entendu **MM. Denis Morin, directeur, et Bernard Boivin-Champeaux, responsable technique et financier du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)**, ainsi que **MM. Jean Castagné, conseiller auprès du délégué général, et Pascal Broussoux, directeur technique, du groupe d'association générale de retraite par répartition (AG2R)**.

Après avoir souligné l'ancienneté de la présence des institutions de prévoyance dans le domaine de la dépendance, **M. Philippe Marini, président**, a estimé que la création prochaine d'un cinquième risque reposera probablement sur une combinaison de plusieurs mécanismes fondés sur la solidarité nationale, d'une part, ainsi que sur le recours à la prévoyance, d'autre part. Dans cette perspective, la mission d'information souhaite savoir quels sont aujourd'hui les produits d'assurance dépendance proposés aux Français, quelle est la spécificité du risque dépendance par rapport aux autres risques assurables et quelles dispositions sont susceptibles d'assurer le développement de ce marché. La mission s'interroge également sur l'opportunité d'adosser la diffusion de ces produits à l'assurance vie ou à l'épargne retraite.

M. Denis Morin, directeur général, a tout d'abord précisé que le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) joue un rôle d'appui auprès des institutions de prévoyance qui se définissent, pour leur part, comme des associations à but non lucratif relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901, soumises aux dispositions du code de la sécurité sociale. Parmi celles-ci, le groupe d'association générale de retraite par répartition (AG2R) constitue en quelque sorte l'un des « opérateurs historiques » de l'assurance dépendance, dans la mesure où il a conçu, dès 1986, les premiers contrats de ce type.

Après avoir souligné la relative rareté des données statistiques disponibles sur ce marché, pourtant aujourd'hui relativement ancien et développé (il est le deuxième au monde après celui des Etats-Unis), il a estimé entre 2,5 millions et 3 millions le nombre des personnes couvertes et à

350 millions d'euros le montant annuel des cotisations perçues. Sur ce total, les institutions de prévoyance évaluent leur « part de marché » à environ 20 %, soit 59 millions d'euros de cotisations en 2006, dont 50 millions d'euros pour le seul groupe AG2R.

En dépit d'un essor non négligeable, le développement de l'assurance dépendance apparaît entravé par plusieurs obstacles. L'absence de choix clairs des pouvoirs publics depuis deux décennies sur l'alternative entre la création d'un cinquième risque ou d'une cinquième branche de la sécurité sociale constitue à l'évidence une source d'attentisme pour les assurés sociaux. De fait, une bonne partie de l'opinion publique semble convaincue que l'on fera appel tôt ou tard à la solidarité nationale pour couvrir les besoins des personnes âgées en matière de dépendance et qu'il n'est donc pas nécessaire de recourir à la prévoyance individuelle ou collective pour y faire face.

M. Denis Morin a ensuite mis en avant les facteurs défavorables à l'offre de produits des institutions de prévoyance. Il a constaté tout d'abord que la dépendance constitue un risque à long terme, très difficile à cerner et dont la survenance est parfaitement aléatoire. De fait, il semble délicat d'évaluer l'évolution de la prévalence des pathologies à l'origine de la perte d'autonomie, ainsi que l'espérance de vie des personnes touchées. Il apparaît, en particulier, impossible d'apprécier l'impact positif que pourraient présenter d'éventuels progrès thérapeutiques pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Cet aléa a un impact direct sur le volume des provisions à mettre en place, dont le montant peut s'avérer très élevé. L'assurance dépendance est ainsi un risque coûteux en fonds propres.

D'un point de vue commercial, il a souligné la difficulté à proposer à des personnes jeunes, notamment celles âgées de moins de trente-cinq ans, des produits susceptibles de leur assurer une protection vers quatre-vingt-cinq ans. Il faut donc coupler le développement de l'assurance dépendance avec d'autres produits.

En ce qui concerne la demande des assurés, il a souligné le caractère très insuffisant de la sensibilisation de l'opinion publique : l'âge moyen à la souscription est certes revenu de soixante-cinq ans en 2006 à soixante-deux ans en 2007, mais ce niveau demeure encore très élevé et se traduit mécaniquement par des cotisations onéreuses. Par ailleurs, les entreprises semblent quelque peu réticentes à ouvrir le champ du dialogue social à la dépendance en raison d'un agenda paritaire très chargé et d'un contexte économique marqué par une forte pression sur les marges. Néanmoins, il semble que l'année 2007 traduise l'amorce d'un retournement pour la prévoyance collective dans la mesure où l'organisme commun des institutions de prévoyance (Ocirp) est parvenu à commercialiser sa nouvelle offre produit auprès de 100 000 souscripteurs.

M. Denis Morin a ensuite tracé les quatre axes que pourrait revêtir le développement de l'assurance dépendance. Cette démarche supposerait en premier lieu une prise de conscience plus forte de l'opinion publique quant à

l'utilité de recourir à ce type de garantie. Il faudrait ensuite que les pouvoirs publics annoncent assez rapidement leurs choix sur le niveau de la prise en charge de la dépendance par des fonds publics. Sans doute faudrait-il d'ailleurs recentrer l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) afin de mieux solvabiliser les revenus les plus faibles, ainsi que les personnes classées dans les groupes iso-ressources (Gir) les plus lourds (1 et 2).

Il conviendrait en troisième lieu de prévoir les modalités de l'articulation des interventions entre, d'un côté, la part de l'effort incombant à la solidarité nationale, de l'autre, celle relevant des acteurs du secteur privé. Contrairement à ce qui se passe dans le domaine de la couverture complémentaire en matière d'assurance santé, les partenaires privés ne doivent pas être cantonnés à un rôle de simples « payeurs aveugles ». Conformément à la logique énoncée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), **M. Denis Morin** a estimé que les acteurs du dossier de la dépendance devraient pouvoir disposer d'un référentiel commun et travailler en cessant de s'ignorer les uns les autres. Les partenaires privés doivent aussi avoir leur mot à dire dans l'élaboration des règles.

Renforcer la place de l'assurance dépendance supposerait enfin de promouvoir un maximum de souplesse ainsi qu'une grande diversité dans l'offre contractuelle proposée aux bénéficiaires potentiels et dans les garanties proposées. Dans cet objectif, il serait souhaitable que les institutions de prévoyance concluent des accords de partenariat avec les grands réseaux de prestataires de services à la personne. Il s'est également prononcé en faveur du couplage de la diffusion des contrats dépendance avec des garanties comme celle relative au paiement des frais d'obsèques.

Revenant sur la distinction entre les prestations en espèces et l'offre de services en nature, **M. Philippe Marini, président**, a fait valoir qu'il s'agit in fine, dans les deux cas, d'une question de solvabilisation des assurés et donc d'un problème de revenus, ce qui revient au même du point de vue économique.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur les éléments servant de base à la tarification de la couverture du risque dépendance ainsi que sur la façon dont les professionnels apprécient la rentabilité de ces contrats. Puis il s'est demandé s'il convient d'associer le développement de l'assurance dépendance avec celui de l'épargne retraite ou avec les produits d'assurance vie. Tout en relevant le léger frémissement, intervenu en 2007, dans la commercialisation des produits collectifs de prévoyance, il s'est interrogé sur l'évolution récente des contrats souscrits individuellement par les bénéficiaires. Puis, après avoir évoqué lui aussi la distinction existant dans les contrats entre les prestations en espèces et celles en nature ainsi que l'articulation des interventions respectives de la solidarité nationale et des partenaires privés dans la couverture du risque dépendance, il a souhaité connaître le sentiment du CTIP sur l'opportunité de mettre en œuvre des mesures fiscales incitatives, ainsi que des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une assurance dépendance.

M. Denis Morin a estimé que du point de vue des professionnels, il conviendrait idéalement de privilégier le développement de contrats proposant le versement de prestations en espèces en raison de leur plus grande simplicité de gestion. Mais les assurés recherchent en priorité une offre de services diversifiée, à commencer par des heures d'aide à domicile et le recours à des services d'auxiliaire de vie. Cette préoccupation est d'ailleurs beaucoup mieux prise en compte que par le passé dans le cadre des nouveaux contrats récemment commercialisés. A titre d'illustration, il a précisé que 50 % des souscripteurs d'une assurance dépendance bénéficient aujourd'hui d'un contrat prévoyant le versement d'une rente, la télésurveillance ainsi que l'accès à une plate-forme d'assistance téléphonique, tandis que 16 % disposent en outre d'un accès à certains services complémentaires en nature. Enfin, dans 34 % des cas, les titulaires d'une assurance dépendance se voient garantir, en plus d'une rente, un certain niveau de capital destiné à financer les dépenses d'aménagement d'un logement rendues indispensables pour le maintien de la personne à son domicile.

Prenant acte du fort impact des incitations fiscales sur l'opinion publique, il a estimé que l'on pourrait sans doute, à l'aide d'une mesure appropriée, convertir une partie des encours d'assurance vie en une couverture du risque dépendance par un redéploiement partiel de la dépense fiscale.

M. Jean Castagné, conseiller auprès du délégué général d'AG2R, a rappelé que cette structure dispose d'une grande expérience en matière de dépendance, puisqu'elle a été le premier intervenant à commercialiser une garantie de ce type et ce, dès 1986. Sur la base de cette expérience, il a estimé que les choix individuels des souscripteurs relèvent d'arbitrages individuels très différents les uns des autres. Mais au-delà de ce constat, la perspective de la création d'un cinquième risque de protection sociale conduit à examiner tout particulièrement le cas des ménages modestes et nécessiterait sans doute un débat sur la prise en compte ou non du patrimoine des assurés pour bénéficier de l'aide de la solidarité nationale.

Il a ensuite précisé que le choix de se positionner sur le marché de l'assurance dépendance s'explique par l'histoire de l'AG2R : parallèlement à son rôle traditionnel de caisse de retraite complémentaire dans le cadre de l'Agirc-Arrco, le groupe a développé progressivement une activité dans le domaine de l'assurance et de la prévoyance, ainsi que diverses actions sociales d'aide aux retraités. Or, dès les années quatre-vingt, sont apparus des cas de familles ne pouvant faire face seules aux problèmes posés par la perte d'autonomie de l'un des leurs. C'est pour répondre à cette demande que les premiers contrats de garantie contre ce risque ont été élaborés.

M. Jean Castagné a précisé que l'AG2R avait alors considéré être en mesure de pouvoir à la fois mutualiser et assurer la perte d'autonomie. Toutefois, le groupe ne disposait pas encore, à l'origine, d'éléments suffisants pour établir précisément le niveau de la tarification des garanties offertes, ce qui l'a conduit à recourir à des données fondées sur l'observation du marché américain. Depuis lors, l'AG2R a constamment amélioré ses propres bases de

données et progressivement construit une table de calcul de probabilité du risque de devenir dépendant, aujourd'hui utilisable jusqu'à l'âge de quatre-vingt-sept ans. En ce qui concerne l'appréciation de la rentabilité de ce marché, il a indiqué que de nombreuses incertitudes subsistent encore. Toutefois, les institutions de prévoyance sont des organismes à but non lucratif pour lesquelles la question de la rentabilité ne se pose pas dans les mêmes termes que pour les entreprises commerciales.

M. Philippe Marini, président, a tenu à nuancer cette affirmation en faisant valoir que les institutions de prévoyance opèrent sur un marché concurrentiel et sont donc soumises aux mêmes impératifs techniques que les compagnies d'assurance. Leur activité doit permettre de dégager les fonds propres qu'elles ne possèdent pas, faute d'actionnaires, et dont elles ont besoin pour se développer.

M. Jean Castagné a reconnu que s'ils ne poursuivent effectivement pas un but lucratif, les organismes de prévoyance ne constituent pas pour autant des institutions caritatives. Toutefois, l'impératif de rentabilité n'a certainement pas le même poids pour les institutions de prévoyance que pour les assureurs privés.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a rappelé que l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) a clairement le caractère d'une prestation en nature, notamment afin d'éviter que les fonds correspondants ne soient détournés de leur objet et utilisés à des fins de thésaurisation sur les comptes bancaires ! Il s'est demandé si, dans l'esprit du CTIP, l'assurance dépendance a vocation à compléter l'Apa, s'il s'agit de garantir la formation d'une rente fondée sur le principe de capitalisation financière ou, à l'inverse, s'il s'agit d'un produit de prévoyance, auquel cas les fonds investis sont perdus par le souscripteur lorsque le risque de perte d'autonomie ne se concrétise pas à un horizon déterminé.

Après avoir observé que les auditions de la mission semblent accréditer l'idée qu'il conviendrait de resserrer le barème de l'Apa sur les revenus les plus faibles ainsi que sur les Gir 1 et 2, **M. François Autain** s'est demandé si la mise en œuvre annoncée d'un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie permettra de satisfaire les besoins des plus modestes. Puis faisant référence à la situation des Etats-Unis, où cinquante millions de personnes sont dépourvues de toute assurance pour couvrir leurs dépenses de santé, il s'est déclaré totalement opposé à la mise en place en France de nouveaux mécanismes qui ne revêtaient pas une portée universelle. Enfin, la revendication d'un maximum de souplesse pour assurer le développement de l'assurance dépendance lui a semblé contraire à la démarche proposée par la CNSA reposant sur une approche globale des besoins de la personne.

Après avoir jugé que le « frémissement » constaté en 2007 en matière de prévoyance collective correspond probablement à une sensibilisation accrue des familles aux enjeux du problème de la dépendance, **Mme Sylvie**

Desmarescaux a souhaité savoir si le CTIP a réalisé des études statistiques sur le profil par âge et par niveau de ressources des souscripteurs.

M. Jean Castagné a souligné que le premier contrat dépendance a été créé ex nihilo en 1986, à une époque où ni la prestation spécifique dépendance (PSD), ni l'Apa n'existaient. Aussi, ce produit a-t-il été conçu à l'origine comme un engagement viager payable en espèces, permettant de combler l'absence de prestations de ce type dans le système public. Par ailleurs, on estimait alors ne pas être en mesure d'évaluer sur le long terme le coût d'une offre de services aux bénéficiaires. Après avoir noté que l'Apa constitue effectivement pour une part une prestation en nature, il a ensuite fait valoir que le socle de cette allocation repose sur un barème qui, lui, est exprimé en espèces. En tout état de cause, le plan d'aide de l'assuré social ne couvre pas l'intégralité des besoins de la personne.

M. Philippe Marini, président, a jugé que l'Apa peut, en définitive, être assimilée à un système de tiers payant.

M. Denis Morin a précisé que ses observations sur le nécessaire reciblage de l'Apa sur les cas les plus lourds et sur les personnes les plus démunies se fondent sur les conclusions du rapport de Mme Hélène Gisserot. De fait, il semble bien que la combinaison, en matière de dépendance, de plusieurs mécanismes d'aide budgétaire et de diverses dépenses fiscales se traduise globalement par un certain effet « antiredistributif » : le taux d'effort des assurés sociaux diminue à mesure que leur revenu augmente. Il est par ailleurs certain que l'Apa n'assure qu'une solvabilisation insuffisante des ménages à bas revenus. Et, dans un contexte où les ressources publiques sont rares, le reste à charge des personnes dépendantes en établissement apparaît souvent élevé.

Il a précisé par ailleurs que son plaidoyer en faveur d'une grande souplesse de l'offre contractuelle repose avant tout sur le principe de la liberté de choix des souscripteurs, mais ne lui semble nullement incompatible avec l'approche globale du patient prônée par la CNSA. Puis il a estimé que l'augmentation, constatée en 2007, de la souscription des contrats collectifs de prévoyance résulte non seulement des fréquentes interventions des responsables politiques sur ce sujet pendant la campagne électorale, mais encore d'une plus grande sensibilité des partenaires sociaux dans les entreprises. Enfin, une étude récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fait état d'une offre de garanties de plus en plus diversifiée dans les nouveaux contrats commerciaux qui peut également constituer un élément d'explication.

**Audition de MM. Gérard de LA MARTINIÈRE, président,
Jean-Paul LABORDE, conseiller parlementaire,
Gilles COSSIC, directeur des assurances de personnes
de la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA),
Gérard MENEROUD, directeur général adjoint
de la caisse nationale de prévoyance (CNP-assurance),
et Pierre BEAUMIN, directeur « Prévoyance-retraite-épargne-vie
individuelle » de Groupama
(mercredi 30 janvier 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 30 janvier 2008, la mission a entendu **MM. Gérard de La Martinière, président, Jean Paul Laborde, conseiller parlementaire, Gilles Cossic, directeur des assurances de personnes de la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), Gérard Meneroud, directeur général adjoint de la caisse nationale de prévoyance (CNP-assurance), et Pierre Beaumin, directeur « Prévoyance-retraite-épargne-vie individuelle » de Groupama.**

M. Philippe Marini, président, a rappelé l'objet de la mission commune d'information et a précisé que trois dimensions retiennent plus particulièrement son attention : la place de la solidarité ; celle des capacités contributives, et donc de l'épargne et de la prévoyance ; enfin, l'adaptation au terrain et le besoin de proximité, qui justifient le rôle revenant aux collectivités territoriales dans la gouvernance du système de prise en charge de la perte d'autonomie.

Il a précisé que les auditions de la matinée devaient permettre de mieux appréhender la dimension économique du risque de perte d'autonomie. Après avoir mis en évidence la question de la soutenabilité de l'effort public en matière de protection sociale, il a souhaité savoir si la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) serait favorable à un redéploiement des aides fiscales, en faveur de l'assurance dépendance et au détriment de l'assurance vie.

M. Gérard de La Martinière a jugé inappropriée l'idée de réduire les avantages fiscaux attachés à l'assurance vie, dès lors que celle-ci s'est développée, sous la forme d'une épargne de long terme tous usages, en substitution des dispositifs publics destinés à couvrir les risques de la vie.

Le risque de dépendance ne constitue pas une nouveauté pour les assureurs, puisque le premier contrat *ad hoc* a été commercialisé en France en 1985. Aujourd'hui, près de trois millions de personnes sont couvertes par des contrats d'assurance dépendance, pour un chiffre d'affaires d'environ

400 millions d'euros. Le risque dépendance est donc assurable, de différentes manières, et il convient de le confirmer dans le cadre des réformes à venir.

En effet, la couverture d'un tel risque par des systèmes publics fonctionnant par répartition, et donc par un recours aux prélèvements obligatoires, serait structurellement inadaptée et connaîtrait les mêmes difficultés et les mêmes impasses que le financement des régimes de retraite, dans la mesure où il faudra faire face à des besoins croissants, sur le long terme.

La couverture assurantielle ne pourra toutefois répondre à toutes les préoccupations des pouvoirs publics. A cet égard, la prise en charge publique du risque dépendance devrait prendre en compte les revenus des personnes et leur patrimoine, et non retenir le seul critère de revenu. Dans ce schéma, la mobilisation ex ante du patrimoine apparaît nettement préférable à sa mobilisation ex post, par le biais du recours sur succession.

S'agissant des différents types de couvertures assurantielles possibles, une formule basée sur l'épargne capitalisée apparaît plus adaptée qu'une formule plus traditionnelle d'approche du risque, par le biais de contrats « à fonds perdus ». Deux approches complémentaires pourraient être mises en œuvre : dans le cas de personnes jeunes, greffer une garantie dépendance à des contrats d'épargne retraite ; dans le cas de personnes plus âgées, disposant déjà d'une assurance vie, leur offrir une souplesse dans l'allocation de leurs actifs pour en affecter une partie à la couverture du risque dépendance. Cette dernière possibilité pourrait s'inspirer du mécanisme prévu pour la transformation - dite « transformation Fourgous » - de contrats monosupports en contrats multisupports investis pour une part en unités de compte, cette transformation n'entraînant pas les conséquences fiscales d'un dénouement du contrat. Pour les personnes à faibles revenus, une aide à l'acquisition d'un contrat d'assurance dépendance pourrait être envisagée, sur le modèle de celle qui existe aujourd'hui pour l'acquisition d'un contrat complémentaire santé.

M. Philippe Marini, président, a souligné la contrainte que représente aujourd'hui le taux des prélèvements obligatoires.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé les propos tenus par M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, lors de son audition par la mission commune d'information. Celui-ci avait, en effet, jugé que le développement de l'assurance dépendance ne saurait être une solution sur un horizon à court terme, car sa diffusion resterait encore longtemps relativement restreinte au sein de la population française. **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a donc souhaité savoir si la FFSA partage cette analyse et, si tel est le cas, à quelle échéance l'assurance dépendance pourrait atteindre un niveau de diffusion significatif.

Il s'est également interrogé sur l'articulation entre la solidarité nationale et les ressources propres des ménages pour faire face à la perte d'autonomie : quelle pourrait être, à terme, la part des mécanismes

d'assurance, de prévoyance et d'épargne dans la prise en charge globale du coût de la dépendance des personnes âgées ?

Enfin, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a observé que, selon l'analyse du centre d'analyse stratégique (Cas), certaines études relativisent l'impact des dispositifs d'incitation fiscale dans le développement du marché de l'assurance dépendance. Il a donc souhaité connaître le point de vue de la FFSA sur cette question et, le cas échéant, ses propositions d'amélioration de l'efficacité des dispositifs d'incitation fiscale.

M. Gérard de La Martinière s'est déclaré en opposition avec l'analyse développée par le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, estimant qu'elle conduirait à l'inaction. Or, le phénomène de dépendance prendra des proportions très importantes d'ici vingt-cinq ou trente ans, ce qui laisse le temps de prévoir et de mettre en place un dispositif d'accumulation qui permettra de répondre à une partie significative des besoins.

Le débat autour du phénomène de dépendance est important et utile pour prendre la réelle mesure des enjeux. D'après les données statistiques, la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD), puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), s'est accompagnée d'un accroissement des souscriptions de contrats d'assurance dépendance. En revanche, l'évocation de l'instauration d'un cinquième risque s'est traduite par une stagnation de ces contrats, les citoyens attendant de connaître les choix des pouvoirs publics. Il convient donc de clarifier ces choix, de façon durable, avant d'examiner les éventuels aménagements à apporter aux incitations fiscales.

M. Gérard Meneroud a indiqué que les assureurs avaient développé deux approches au cours des vingt dernières années :

- d'une part, une offre de couverture collective, souvent dans un cadre professionnel, afin d'inciter les personnes les plus jeunes à s'assurer contre le risque dépendance ;

- d'autre part, une offre de contrats individuels.

Au total, trois millions de personnes sont aujourd'hui couvertes par un organisme d'assurance au titre de la dépendance, dont les deux tiers par des sociétés d'assurance. Ces dernières couvrent environ un million de personnes dans le cadre de contrats souscrits individuellement et 800 000 à 900 000 personnes dans le cadre de contrats collectifs. La couverture collective connaît une forte augmentation et l'on peut envisager une multiplication par deux ou trois du nombre de bénéficiaires de ce type de contrats d'ici deux ou trois ans. Dans cette hypothèse, les personnes couvertes par un contrat, individuel ou collectif, représenteraient 30 à 40 % de la cible à couvrir, une fois retirés de la population totale les mineurs et les personnes de moins de trente-cinq ans. Si l'on permet en outre la réorientation d'une partie de l'épargne accumulée par les personnes les plus âgées pour faire face au

risque dépendance, en maintenant un cadre fiscal favorable, on pourra alors considérer que l'essentiel de la population cible sera couvert.

M. Gérard Meneroud a, par ailleurs, mis en évidence les relations qu'entretiennent les assureurs avec les fournisseurs d'offres de services. Il a également souligné l'importance du travail à mener afin de présenter une offre de services structurée et de qualité satisfaisante.

M. Pierre Beaumin a relevé que le nombre d'assurés bénéficiant d'une couverture individuelle, soit un million de personnes, a connu une stagnation au cours des deux dernières années, dans l'attente des choix des pouvoirs publics.

Le contenu lui-même de la couverture individuelle a évolué, puisque la plupart des contrats couvrent aujourd'hui la dépendance partielle (groupe iso-ressources - Gir 3 et, parfois, Gir 4), alors qu'ils ne couvraient à l'origine que la dépendance lourde. Les assureurs essaient de favoriser le maintien à domicile, qui peut se traduire par une amélioration de l'état de dépendance, en offrant des prestations d'assistance, comme des plates-formes de services à la personne. Ils ont donc été capables de faire évoluer l'offre pour tenir compte des besoins des personnes âgées dépendantes. A cet égard, les clients souhaitent aujourd'hui disposer d'un mécanisme de transition de l'assurance vie vers la couverture de la dépendance.

Il a estimé que l'évolution de la couverture du risque dépendance par le biais de l'assurance dépendra à la fois des choix publics opérés et de la capacité des assureurs à s'adapter aux besoins et aux attentes des personnes.

M. Gérard de la Martinière a estimé que le partage des responsabilités entre la prise en charge publique du risque dépendance et la couverture assurantielle doit intervenir en fonction du double critère de revenu et de patrimoine.

La FFSA est très réticente à l'égard de tout système qui accorderait au dispositif public la décision de prise en charge des personnes âgées dépendantes et considérerait les assureurs comme des supplétifs financiers. Elle est, de ce point de vue, très réservée sur les orientations retenues par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui apparaissent éloignées du fonctionnement réel d'un marché d'assurance. Une intervention en seconde ligne des sociétés d'assurance ne permettrait pas aux assureurs d'offrir les mêmes services à la personne ou les mêmes capacités de prévention et d'orientation des personnes âgées dépendantes.

Elle s'inscrit également en faux contre l'analyse du centre d'analyse stratégique. En effet, les incitations fiscales jouent un rôle majeur dans l'orientation des personnes vers tel ou tel type de dispositif d'assurance ou d'épargne. Si l'on envisage de greffer une garantie dépendance sur les contrats d'épargne retraite, qui bénéficient déjà d'incitations fiscales, il n'apparaît pas nécessaire de modifier ces incitations, d'autant que les plafonds sont loin d'être encore atteints par les bénéficiaires. Il en va de même si l'on permet un

réaménagement des contrats d'assurance vie en franchise d'impôt, comme tel est le cas avec la « transformation Fourgous ».

Mme Bernadette Dupont a souhaité obtenir des précisions sur les possibilités offertes par la « transformation Fourgous ».

M. Gérard de la Martinière a précisé que cette possibilité a été introduite par la loi du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie. Elle permet aux titulaires de contrats d'assurance vie monosupports de les convertir en contrats d'assurance vie multisupports, sans que cela n'entraîne les conséquences fiscales d'un dénouement, dès lors qu'ils sont pour une part investis en unités de compte. Des contrats ont été transformés de la sorte à hauteur d'environ 50 milliards d'euros au 31 décembre 2007.

M. Alain Milon s'est interrogé sur la distinction opérée entre les notions de dépendance et de perte d'autonomie. Il a souhaité connaître la position de la FFSA sur l'idée de convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

M. Gérard de la Martinière a estimé que le handicap et la dépendance ne relèvent pas de la même nature de risque : les probabilités d'occurrence sont différentes, de même que les modes de compensation. D'un point de vue de tarification et de gestion du risque, il n'apparaît pas utile de mêler ces deux situations, qui ne sont pas comparables.

M. Alain Milon a mis en évidence l'aspect inadapté de la barrière d'âge qui existe aujourd'hui, entraînant une différence de classification des personnes selon qu'elles ont plus ou moins de soixante ans. Il a souhaité connaître le traitement qui serait réservé par une société d'assurance à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer avant l'âge de soixante ans.

M. Gérard Meneroud a indiqué que les contrats d'assurance ouvrent des droits liés à la survenance d'une pathologie et ce, quel que soit l'âge. Si la perte d'autonomie liée à une pathologie survient avant soixante ans, elle sera donc prise en charge dans le cadre du contrat d'assurance. Toutefois, d'un point de vue statistique, la perte d'autonomie intervient à un âge élevé et la tarification du risque par l'assureur en tient compte. A cet égard, la dépendance liée à l'âge ne peut être comparée au handicap de naissance ou au handicap résultant d'un accident, qui est pris en charge dans le cadre des assurances de responsabilité civile lorsqu'il existe un tiers responsable ou qui peut faire l'objet d'une garantie « accidents de la vie », lorsqu'il n'existe pas de responsable.

Mme Marie-Thérèse Hermange a relevé les propos tenus par M. Pierre Beaumin, selon lequel les services d'aide à la personne fournis à domicile peuvent entraîner une amélioration de l'état de dépendance. Elle a souhaité savoir si la FFSA dispose d'études permettant de comparer, pour une pathologie identique, le coût de la prise en charge à domicile et celui de la

prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

M. Pierre Beaumin a indiqué que des études visant à comparer le coût de la prise en charge à domicile et celui de la prise en charge en Ehpad sont en cours. La constatation de l'amélioration de l'état de dépendance par le biais des services d'aide à la personne délivrés à domicile est elle-même récente. Cette amélioration serait à la fois due à l'environnement psychologique et à la qualité de la prise en charge de la personne âgée dépendante.

M. Gérard Meneroud a indiqué que les demandes de services, les besoins des personnes et les coûts sont très différents suivant les problèmes rencontrés. La Caisse nationale de prévoyance entreprend, avec son réseau de services d'aide à la personne, de définir les prestations les plus adaptées au handicap provoqué par la pathologie. Une prestation adaptée permet en effet une meilleure socialisation de la personne.

M. Gérard de la Martinière a estimé que les sociétés d'assurance doivent disposer de la capacité de traiter les besoins des personnes, et donc d'une liberté de manœuvre, si l'on attend qu'elles apportent une réelle valeur ajoutée dans la prise en charge de la dépendance. Selon un sondage récent, 66 % des personnes souhaitent que les contrats d'assurance dépendance prévoient une prise en charge directe des bénéficiaires sous forme de prestations de services, contre 22 % qui préfèrent se voir attribuer une rente. Le marché de l'assurance dépendance s'orientera donc vers des contrats offrant, lors de la réalisation du risque, des prestations de services. La coopération entre les assurances et les groupes spécialisés d'aide à la personne va dans ce sens.

M. Gérard Miquel, vice-président, a remercié les intervenants pour la qualité de leurs réponses.

**Audition de MM. Henri LAMOTTE,
chef du service des politiques publiques, et Fabrice PESIN,
sous-directeur des assurances (service du financement de l'économie),
à la direction générale du Trésor
et de la politique économique (DGTPE)
(mercredi 30 janvier 2008)**

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 30 janvier 2008, la mission d'information a entendu **MM. Henri Lamotte, chef du service des politiques publiques, et Fabrice Pesin, sous-directeur des assurances (service du financement de l'économie), à la direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE).**

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la mission se préoccupe de la définition des conditions raisonnables de la mise en place d'un cinquième risque de la protection sociale.

Il semble, au vu des auditions menées jusqu'à présent, que ce cinquième risque pourrait être bâti autour de trois principes :

- la solidarité nationale, financée par les prélèvements obligatoires ;
- l'épargne et la prévoyance, ce qui suppose de s'interroger sur les modalités d'incitation à envisager, particulièrement sur les éventuels redéploiements de dépenses fiscales à opérer ;
- la proximité et l'adaptation au terrain, ce qui implique une redéfinition des compétences des départements, afin que ces derniers ne se cantonnent pas à un rôle de « guichet », mais puissent apporter une réelle valeur ajoutée au dispositif actuel de prise en charge de la dépendance.

A titre liminaire, **M. Henri Lamotte** a précisé que son intervention abordera les aspects économiques du traitement de la dépendance, dans la mesure où l'enjeu de cette question dépasse la sphère strictement financière.

M. Fabrice Pesin a précisé les caractéristiques du marché français de la couverture privée contre le risque de dépendance. En 2006, trois millions de personnes étaient assurées contre le risque dépendance : deux millions d'individus avaient souscrit une assurance auprès d'entreprises régies par le code des assurances, contre un million d'individus qui avaient choisi de contracter auprès de sociétés régies par le code de la mutualité ou auprès d'institutions de prévoyance.

Le marché de l'assurance dépendance est relativement concentré. Si l'on considère uniquement les entreprises régies par le code des assurances,

quatre opérateurs, la caisse nationale de prévoyance (CNP), Groupama, Prima (du groupe AG2R) et Prédica (du groupe Crédit agricole) couvrent 83 % du nombre total d'assurés et 73 % des cotisations perçues au titre de l'année 2006.

Les cotisations perçues représentent un chiffre d'affaires total de 350 millions d'euros. Le marché a connu une croissance soutenue jusqu'en 2002. Depuis 2003, un ralentissement net se fait sentir. En 2006, le taux de croissance du marché était ainsi de 2 %. Les données pour 2007 ne sont pas encore connues.

Les provisions mathématiques associées aux contrats d'assurance dépendance s'élèvent à 1,8 milliard d'euros, contre 3 milliards d'euros pour les produits d'épargne-retraite et 1 100 milliards d'euros pour les produits d'assurance-vie.

M. Fabrice Pesin a souligné la diversité de l'offre de produits d'assurance dépendance. Les contrats proposés présentent une certaine sophistication, qui peut être un obstacle à leur développement : cette hétérogénéité rend la comparaison entre produits difficile pour l'assuré. La diversité des contrats d'assurance dépendance s'explique par :

- la définition et l'approche différentes de la dépendance retenues. Certains contrats se fondent sur la notion d'actes de la vie quotidienne, d'autres sur une combinaison de la grille nationale Aggir et de cette notion d'actes de la vie quotidienne. Si la définition de la dépendance lourde est relativement homogène, tel n'est pas le cas de la dépendance partielle ;

- les caractéristiques de la couverture proposée. Certains contrats proposent une couverture de la dépendance lourde, d'autres de la dépendance partielle ;

- l'hétérogénéité des garanties offertes. Les contrats anciens notamment couvrent relativement mal les maladies neuropsychiques, comme la maladie d'Alzheimer.

La qualité des garanties proposées est perfectible. En particulier, paraissent nécessaires une harmonisation des définitions de la dépendance, ainsi qu'une simplification de la rédaction des clauses contractuelles.

Il a précisé qu'il n'existe pas de contraintes d'offre identifiées en termes de réassurance. Il y a, pour ce secteur, une capacité de réassurance qui permet aux compagnies d'assurance d'offrir sans difficultés des contrats d'assurance dépendance. Les principaux obstacles au développement du marché de la dépendance résultent davantage de la sensibilisation insuffisante et trop tardive des particuliers au risque dépendance, ainsi que du coût élevé des cotisations lorsque la souscription intervient à un âge avancé. Or, l'âge moyen de souscription est aujourd'hui de soixante-deux ans.

L'inflexion observée sur le marché de l'assurance dépendance à partir de 2003 peut s'expliquer, pour partie, par le développement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), et notamment par l'extension de son périmètre et l'absence de mécanisme de récupération sur succession.

S'agissant de la demande, **M. Fabrice Pesin** a rappelé les deux principaux freins au développement de l'assurance dépendance : en premier lieu, l'insuffisance de la prise de conscience du risque dépendance ; en second lieu, le manque de lisibilité sur la qualité des produits offerts, qui ne correspondent pas complètement aux attentes des particuliers. D'une part, la couverture de la dépendance partielle ne semble pas assez développée. D'autre part, les personnes concernées paraissent préférer une sortie en prestations de service plutôt qu'une sortie en rente.

En effet, selon certains sondages, 66 % des français souhaitent une prestation sous forme de services ; 22 % une sortie en rente. Or la garantie de prestations sous forme de services pose des difficultés particulières aux assureurs : elle complexifie la gestion du risque et augmente le coût des contrats, les assureurs prenant un risque supplémentaire lié à l'incertitude de l'évolution des coûts des services à la personne.

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur la pertinence de la dichotomie souvent faite entre, d'une part, la garantie d'une aide en espèce, d'autre part, la garantie d'une aide en nature. Dans la mesure où un quantum est défini dans le contrat, que celui-ci donne lieu au versement d'une rente ou à l'octroi de prestations de service, seul, en réalité, le mode de paiement change. Il ne semble donc pas que la garantie de prestations en nature fasse peser un risque supplémentaire aux assureurs.

M. Fabrice Pesin a indiqué que cette question dépend des termes des contrats. Il convient de distinguer :

- d'une part, les contrats qui garantissent une rente et proposent parallèlement le versement monétaire de cette rente ou un équivalent en prestations de services. Dans ce cas, le risque supporté par l'assureur est contrôlé ;

- d'autre part, les contrats qui offrent des prestations de service qui n'ont pas d'équivalent monétaire. Dans ce cas, il peut y avoir un risque de dérive potentielle des coûts, liée notamment à l'incertitude sur l'évolution des coûts salariaux.

Les assureurs sont davantage disposés à développer une offre de services accessible à partir de la rente dépendance, c'est-à-dire une offre tarifée séparément et qui ne constitue pas une garantie du contrat. L'assureur joue alors le rôle d'un « acheteur en gros » de prestations de services pour le compte de l'assuré.

S'agissant de l'encadrement législatif et réglementaire des contrats d'assurance dépendance, il a indiqué que ce type de contrat est aujourd'hui soumis aux dispositions législatives et réglementaires prévues par le code des

assurances. Les imperfections du marché, notamment les phénomènes d'anti-sélection, trouvent d'ores et déjà des réponses à travers l'introduction de dispositions contractuelles (périodes de carence, contrôle médical, limite d'âge de souscription). La création de normes additionnelles et spécifiques est cependant délicate : il convient d'éviter qu'une excessive réglementation ne fige la capacité d'innovation des assureurs. Un arbitrage est donc nécessaire entre, d'une part, une réglementation qui pourrait permettre la mise en place d'un contrat standard et, d'autre part, la nécessaire innovation des assureurs en la matière.

M. Henri Lamotte a rappelé la nécessité d'examiner la question plus large des enjeux économiques soulevés par le cinquième risque. Le dispositif actuel de prise en charge de la dépendance est développé et diversifié. L'effort public en la matière est significatif : il représente, en 2007, un point de produit intérieur brut (Pib), soit environ 19 milliards d'euros, ce qui place la France au niveau du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Seuls les pays scandinaves consacrent un effort public plus important.

La prise en charge de la dépendance représente :

- à 60 %, des financements supportés par l'assurance maladie dans le cadre d'une prise en charge universelle ;

- à 25 %, des dépenses d'Apa, financées, pour les deux tiers, par les départements et, pour un tiers, par l'Etat à travers la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa) ;

- à 15 %, des aides fiscales (pour 1 milliard d'euros) et sociales, auxquelles il faut ajouter l'aide sociale des départements.

A ce financement public s'ajoutent des dépenses privées par le biais de la souscription à des contrats d'assurance privée. En effet, le dispositif français de prise en charge de la dépendance est un système mixte à un triple niveau :

- il conjugue une socialisation partielle et un recours à la prévoyance individuelle ;

- la partie socialisée de la prise en charge de la dépendance mêle une couverture universelle assurée par l'assurance maladie et des aides fiscales et sociales modulées en fonction du revenu ;

- enfin, le système français repose sur une intervention de l'Etat et des départements.

Du point de vue de l'économiste, le caractère mixte du dispositif de prise en charge de la dépendance n'est pas surprenant et se retrouve dans les modes de financement de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse.

Le risque dépendance n'est en réalité qu'un risque maladie corrélé à l'âge, un risque incertain, d'une ampleur aléatoire en raison du caractère variable de la durée de vie en dépendance et de la gravité de la perte d'autonomie.

Il a précisé les trois arguments pouvant plaider en faveur d'un statut quo dans l'organisation actuelle de la prise en charge de la dépendance :

- les besoins de financement ne doivent pas être surestimés, comme le souligne le rapport de mars 2007 de Mme Hélène Gisserot sur les perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025. Certes les dépenses relatives à la dépendance vont connaître une forte augmentation. Mais le problème porte moins sur les masses que sur le taux de croissance de ces dépenses, dans la mesure où il pourrait être plus rapide que celui de la richesse nationale. Les incertitudes portent donc sur les progressions comparées du Pib à l'horizon de vingt-cinq ans et du nombre de personnes âgées dépendantes. Or, celui-ci n'est pas directement corrélé aux évolutions démographiques : le nombre des plus de quatre-vingts ans devrait certes croître fortement, mais celui des personnes âgées dépendantes ne suivra pas la même évolution en raison de l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées. A âge donné, le risque de dépendance devrait en effet diminuer. Selon les évaluations de la DGTPE fournies pour l'élaboration du rapport de Mme Hélène Gisserot, les besoins de financement supplémentaires à l'horizon 2025 devraient ainsi être compris entre un tiers de point et un demi point de Pib en plus, ce qui est peu ;

- la complexité du système de prise en charge s'explique par la mixité du dispositif actuel. Cette mixité se retrouve toutefois dans les modes de financement de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, dans la mesure où la France n'a pas fait le choix d'une socialisation complète, ni d'un désengagement total de l'Etat. Elle est donc cohérente avec ce qui existe par ailleurs ;

- selon un sondage récent, un quart des Français considèrent que la prise en charge de la dépendance relève de l'assurance privée, 36 % souhaitent une intervention publique pour tous, 40 % une intervention publique recentrée sur les plus démunis. Les Français souhaitent donc un système fondé à la fois sur une part de prise en charge socialisée et sur des dispositifs de prévoyance individuels. Il n'existe pas de polarisation des préférences qui pourrait justifier un basculement vers l'une ou l'autre des options extrêmes, à savoir une socialisation complète de la prise en charge de la dépendance ou un recours généralisé à l'effort individuel.

M. Henri Lamotte a ensuite rappelé les arguments plaidant pour une réforme du dispositif actuel, à savoir la nécessité :

- de limiter l'augmentation du niveau des prélèvements obligatoires. Certes, le supplément de financement à trouver pour financer la dépendance devrait être faible, mais le contexte est d'ores et déjà défavorable avec un taux de prélèvements obligatoires particulièrement élevé. Or, tout accroissement des prélèvements obligatoires risque de peser sur l'emploi et la croissance. D'un point de vue macro-économique, un milliard supplémentaire de dépense publique se traduit par une suppression de 10 000 emplois ;

- d'accroître les possibilités d'arbitrage individuel de recours à la prévoyance ;

- de recentrer le système public sur les plus démunis ;

- d'améliorer l'efficacité du système actuel. Il peut être souhaitable d'accroître le poids des assureurs privés afin de réguler les dépenses en matière de dépendance.

M. Henri Lamotte a indiqué que si l'on s'interroge sur l'utilisation de l'outil fiscal comme vecteur d'incitation au développement de l'assurance dépendance, cela signifie que l'on écarte *a priori* deux scénarii : d'une part, le statu quo, d'autre part, le basculement vers une assurance privée obligatoire. Quel que soit l'outil incitatif utilisé, le développement de l'épargne dépendance ou de l'assurance dépendance n'est possible que si une clarification est opérée sur les choix à venir, s'agissant notamment de la part respective de la solidarité nationale et de l'effort individuel dans le financement de la prise en charge de la dépendance, ainsi que si les dépenses publiques relatives à l'assurance maladie et liées à l'Apa sont maîtrisées.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si les imperfections du marché de l'assurance dépendance légitiment un encadrement législatif et réglementaire afin de garantir la protection tant des souscripteurs que des assureurs. Il s'est ensuite interrogé sur l'impact et l'évaluation des aides fiscales tendant à favoriser la constitution d'une épargne dépendance, sur le couplage des produits d'assurance dépendance et d'assurance vie, ainsi que sur le bilan de la mise en place du prêt viager hypothécaire prévu par l'ordonnance du 23 mars 2006 relative aux sûretés pour la couverture du risque dépendance par la personne âgée.

S'agissant de l'encadrement de la négociation des primes d'assurance, **M. Fabrice Pesin** a indiqué que l'Etat ne peut intervenir que pour garantir la plus grande concurrence possible sur le marché, afin que les prix proposés par les assureurs correspondent le plus exactement possible aux risques couverts.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a indiqué qu'étant donné la présence de seulement quatre opérateurs, l'Etat doit s'attacher à prévenir les ententes entre compagnies d'assurance.

M. Fabrice Pesin a précisé que le marché de l'assurance dépendance dans son ensemble est relativement concurrentiel. Certes quatre principaux opérateurs interviennent dans le secteur des compagnies d'assurances régies par le code des assurances. Mais il convient d'y ajouter les mutuelles et les institutions de prévoyance. Afin d'assurer une réelle concurrence sur le marché, l'Etat pourrait veiller à la bonne circulation des données statistiques facilitant ainsi l'installation de nouvelles entreprises. Si une réglementation en la matière était envisagée, il conviendrait de procéder en deux temps : identifier clairement les problèmes, puis s'interroger sur les mesures à envisager, par exemple, la mise en place d'une charte d'engagement des assureurs.

S'agissant de l'encadrement des règles de provision, **M. Fabrice Pesin** a indiqué que cette question fait l'objet d'une importante codification et que ce sujet ne pose pas de problème particulier. Il a également précisé ne pas disposer d'éléments sur la mise en œuvre du prêt viager hypothécaire, étant donné le caractère récent de ce dispositif.

M. Henri Lamotte a précisé que deux pistes d'incitation fiscale peuvent être envisagées :

- soit une incitation au moment de la souscription des contrats d'assurance dépendance ;

- soit, en cas de couplage de l'assurance dépendance avec les produits d'épargne-retraite déjà existants, l'application des dispositifs fiscaux en vigueur aujourd'hui pour ces produits, à savoir : la déductibilité des cotisations au moment de la souscription et la taxation des rentes à la sortie. Dans ce cas, des incitations fiscales nouvelles ne sont pas nécessaires.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé que la mutualité française, dans son audition du matin, a fait part d'une demande de clarification du classement de l'assurance dépendance parmi les autres produits d'assurance et a souligné le caractère prohibitif des montants à provisionner pour le développement de cette activité. Il s'est ensuite interrogé sur la nature dissuasive d'une taxation à la sortie des produits d'épargne dépendance.

M. Fabrice Pesin a indiqué ne pas être en mesure de répondre aux interrogations soulevées par la mutualité française.

M. Henri Lamotte a indiqué que l'objectif recherché en 2003, par la mise en place d'un dispositif général d'épargne-retraite fondé sur une déductibilité des cotisations au moment de la souscription et une taxation à la sortie, était d'accroître les possibilités d'arbitrage des ménages entre une consommation présente et une consommation future dans un cadre fiscal neutre. La question à se poser est donc celle de la neutralité du cadre fiscal dans les choix des ménages.

M. Gérard Miquel a souligné les problèmes de financement des dépenses liées à l'Apa rencontrés par certains départements. En effet, les départements présentant un nombre élevé de personnes dépendantes ayant de faibles revenus sont le plus souvent ceux dont les bases de fiscalité sont aussi les plus réduites. Il a également précisé que, si l'augmentation des prélèvements obligatoires peut détruire des emplois, en revanche, la mise en place de l'Apa a permis d'en créer de nombreux.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a souhaité savoir s'il convient d'aborder la question de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées selon une approche convergente. Il s'est interrogé sur le coût de la création d'une prestation de compensation de la perte d'autonomie commune à ces deux publics.

M. Henri Lamotte a rappelé que la France a fait le choix d'un système dans lequel l'Apa est financée, pour les deux tiers, par les départements et, pour un tiers, par l'Etat. Un panorama des dispositifs mis en place à l'étranger fait apparaître deux modèles : un premier modèle dans lequel est assurée une couverture identique sur le territoire (modèle allemand de type bismarckien) ; un second modèle dans lequel la prise en charge de la dépendance est décentralisée et variable selon les régions (modèle suédois). En France, les aspirations sont ambivalentes : il existe une aspiration forte pour la garantie de l'égalité devant la loi et le système de protection sociale - qui justifie un système centralisé - et, en même temps, un souhait fort en faveur d'une décentralisation accrue.

Il a indiqué que l'Apa a effectivement été créatrice de nombreux emplois. Cependant, dans un raisonnement macro-économique, un milliard d'euros de dépense publique supplémentaire, financé par un milliard d'euros de prélèvements obligatoires supplémentaires, engendre la destruction de 10 000 emplois.

En réponse à M. Bernard Cazeau, vice-président, il a indiqué qu'il n'y a pas de légitimité à assurer une convergence entre l'Apa et la prestation de compensation du handicap (PCH), dans la mesure où ces deux prestations renvoient à des situations par nature différentes.

M. Charles Guené a souhaité connaître les propositions concrètes de la DGTPE devant permettre de dépasser la mixité du dispositif actuel, mixité qui peut être interprétée comme une absence de choix entre une socialisation totale et un recours généralisé à l'assurance privée.

M. Henri Lamotte a précisé qu'il est possible de trouver des justifications économiques au caractère mixte du dispositif de financement de la dépendance. D'ailleurs, il existe une grande diversité des modèles de prise en charge de la dépendance en Europe, ce qui prouve qu'il est impossible de définir une ligne directrice en la matière.

S'agissant des réformes possibles du système français actuel, quatre options d'évolution sont envisageables :

- deux options polaires : soit une socialisation complète de la prise en charge, soit un mécanisme d'assurance privée obligatoire avec des aides fiscales pour les ménages aux faibles revenus. Le Gouvernement ne semble pas s'orienter vers ces deux voies d'évolution ;

- deux options intermédiaires : en premier lieu, une réflexion sur le financement des prestations et les moyens devant permettre une réduction des dépenses d'assurance maladie et medicosociales ; en second lieu, la mise en place d'incitations à la souscription d'assurance dépendance.

**Table ronde réunissant les représentants
des offreurs de services et d'hébergement en institution
(mercredi 30 janvier 2008)**

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 30 janvier 2008, la mission a organisé une table ronde réunissant **Mme Florence Arnaiz Maumé, déléguée générale du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa), membre suppléant du conseil de la CNSA, Mme Andrée Barreteau, responsable du pôle « Vieillesse-handicap » à la fédération hospitalière de France (FHF), membre suppléant du conseil de la CNSA, M. Pascal Champvert, président de l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA), membre du conseil de la CNSA, Mme Véronique Covin, directeur du secteur social et médico-social à la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (Fehap), membre suppléant du conseil de la CNSA, M. Claudy Jarry, président de la fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa), Mme Michèle Landreau, administrateur national de l'union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (Unadmr), M. Christian Möller, président de la conférence nationale des directeurs d'Ehpad, directeur de l'hôpital Saint-Alexandre de Mortagne-sur-Sèvre, membre du conseil de la CNSA, M. André Perrier, président d'Adessa, M. Didier Sapy, directeur de la fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), membre suppléant du conseil de la CNSA, M. Emmanuel Verny, directeur général de l'union nationale des associations de soins et services à domicile (Unassad) et M. Alain Villez, conseiller technique de l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss), membre du conseil de la CNSA.**

M. Bernard Cazeau, vice-président, a précisé les quatre pistes de réflexions qui seront abordées dans le cadre de la table ronde :

- l'état des lieux de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ;
- la réalité de l'alternative offerte aux personnes âgées entre les deux modes de prise en charge, à domicile ou en institution ;
- les possibilités d'amélioration de cette prise en charge, avec un accent mis sur l'organisation de l'offre, la médicalisation des établissements et de leurs effectifs, l'impact des nouvelles technologies. La problématique des métiers du secteur médicosocial sera également abordée dans ce cadre ;

- l'organisation du cinquième risque.

Dans un propos liminaire, **M. Christian Möller** a souligné les attentes fortes des familles, des résidents en établissement et des personnels, à la fois, en ce qui concerne l'issue de la présente mission et les futures réformes qui seront décidées dans le domaine de la prise en charge de la dépendance. Tous sont attachés à la lisibilité des modifications qui seront apportées.

Il a également rappelé les espoirs déçus des réformes entreprises à partir des années 1996 et 1997, qu'il s'agisse de la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD), de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ou de la réforme de la tarification des établissements.

Il a indiqué que des moyens supplémentaires doivent être apportés à ce secteur en dépit de la situation délicate des finances publiques actuellement. Il faut cesser de demander toujours des efforts aux seuls comptes sociaux, au moment où une exigence forte d'amélioration de la qualité de prise en charge de la dépendance en établissement et à domicile se fait ressentir.

Il a rappelé le principe posé par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, à savoir le rapprochement des modes d'accompagnement de la perte d'autonomie quel que soit l'âge de la personne concernée.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a souhaité connaître l'appréciation des différents intervenants sur le paysage actuel de la prise en charge de la dépendance, sur le bilan de l'effort d'équipement et de solvabilisation des ménages accompli ces dernières années, ainsi que sur les plans « Vieillesse et Solidarités » et « Solidarité-Grand Age » (PSAG).

M. Christian Möller a indiqué que le PSGA a été accueilli très favorablement. Les principes mis en exergue par ce plan (augmentation du nombre de places en établissements et à domicile ; objectif d'un ratio d'encadrement de un intervenant pour une personne âgée dépendante à l'horizon 2012) constituaient de bonnes voies d'amélioration de la prise en charge de la dépendance. Néanmoins, les attentes en la matière ne sont pas encore satisfaites, en dépit de la forte augmentation des moyens attribués aux sous-objectifs médico-sociaux de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Mme Andrée Barreteau a indiqué que le taux d'encadrement en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) est de 92 %, soit 0,4 agent par lit. Ce résultat n'est pas satisfaisant. Elle a rappelé que la retraite moyenne d'une personne de plus de quatre-vingts ans est de 1 200 euros, alors que le loyer moyen en Ehpad s'élève à 1 500 euros. Il est donc important de s'interroger sur la façon d'accroître la qualité de la prise en charge en établissement sans augmenter les tarifs pratiqués, afin de garantir des « restes à vivre » convenables aux personnes concernées.

Elle a également souligné la nécessité de veiller à la bonne articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il convient notamment d'éviter que le secteur médico-social ne soit la variable d'ajustement du secteur sanitaire. Les taux d'encadrement en Ehpad doivent être renforcés et le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et en hospitalisation à domicile (HAD) doivent augmenter. La fédération hospitalière de France a ainsi établi une cartographie des besoins en la matière département par département.

Mme Florence Arnaiz-Maumé a souligné le nombre important de réformes intervenues et en cours dans le secteur social et médicosocial, ainsi que leur manque de coordination. Elle a indiqué que le PSAG est satisfaisant dans ses objectifs, même si ces derniers restent insuffisants. Elle a attiré l'attention sur l'absence de financement de ce plan à l'horizon 2009.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur le bilan qui peut être tiré de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il a souhaité obtenir des précisions sur le profil des personnes prises en charge à domicile et en établissement, le niveau de coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées, la capacité d'un établissement à faire face à tous les types de dépendance, ainsi que les besoins futurs en termes d'encadrement.

Mme Michèle Landreau a précisé que 80 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. L'âge moyen d'entrée en Ssiad est de quatre-vingt-trois ans, ce qui révèle un vieillissement de ce type de population. 42 % des patients sont en situation de dépendance forte (Gir 2) ; 11 % en situation de très grande dépendance (Gir 1). 54 % vivent en couple. Ces statistiques doivent inciter les pouvoirs publics à tout mettre en œuvre pour permettre aux personnes dépendantes d'exercer leur libre choix entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement.

Le maintien à domicile nécessite l'intervention de plusieurs types de personnels, notamment celle des aides soignantes, des auxiliaires de la vie sociale, des personnes assurant la livraison à domicile de repas et des infirmières de coordination. Un effort est fait pour éviter de séparer les couples.

Elle a rappelé cependant l'insuffisance du nombre d'infirmiers observée dans certaines zones. A cet égard, l'union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural a été sollicitée par les préfets et les directions régionales de l'action sanitaire et sociale pour mettre en place des centres de soins infirmiers. Ces centres travaillent en concertation avec les établissements hospitaliers et les centres locaux d'information et de coordination (Clic). Elle a également indiqué que l'accueil de jour autonome, c'est-à-dire non médicalisé, se développe et est particulièrement préconisé pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a fait remarquer que le maintien à domicile englobe à la fois des financements apportés par l'assurance maladie dans le cas des Ssiad et des ressources attribuées par les départements à travers l'Apa.

Mme Véronique Covin a indiqué que l'âge moyen d'entrée en Ehpad est également de quatre-vingt-trois ans. Les personnes âgées sont placées de plus en plus tardivement en établissement, mais y demeurent en moyenne plus longtemps et avec un niveau de prise en charge beaucoup plus lourd. Les résidents présentent en effet le plus souvent plusieurs pathologies. Près de 75 % des patients sont en situation de dépendance totale ou partielle (Gir 1 à 4) ; 60 % présentent des syndromes de démence.

La création des unités de soins Alzheimer et le développement de l'hébergement temporaire constituent des améliorations dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cependant, s'agissant de l'hébergement temporaire, se pose la question du financement des frais de transport qu'il nécessite.

M. André Lardeux s'est interrogé sur la maltraitance des personnes âgées, ainsi que sur les moyens permettant de la déceler.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir comment la coordination est assurée entre les acteurs intervenant dans la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.

Mme Sylvie Desmarescaux s'est interrogée sur le rôle de coordination des Clic et sur le désengagement des Caisses régionales d'assurance maladie (Cram) de ces structures, comme c'est le cas dans le département du Nord notamment.

M. Pascal Champvert a indiqué qu'il convient de distinguer plusieurs types de maltraitance : les maltraitements physiques - les plus visibles et les plus simples à traiter -, les maltraitements financiers, mais aussi les maltraitements par inadvertance, ou le manque de bienveillance, qui peut, dans ces deux derniers cas, résulter d'un manque d'encadrement.

Il a, par ailleurs, défendu les propositions faites par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans son rapport d'activité pour 2007, et s'est déclaré particulièrement attaché à la démarche préconisée, consistant à partir d'une analyse des besoins des personnes âgées dépendantes et de leur situation particulière, pour, ensuite, définir l'équilibre budgétaire vertueux devant permettre d'assurer le financement de la prise en charge de la dépendance. Une démarche inverse serait inappropriée.

Mme Michèle Landreau a indiqué que la coordination des acteurs doit se faire autour et à partir des besoins évolutifs de la personne dépendante, ce qui suppose un travail de collaboration avec les Clic et les aidants, notamment familiaux. Elle a souligné le rôle important assuré, en la matière, par les infirmières coordinatrices et les associations d'aide à domicile.

M. Charles Guené a souhaité savoir si, dans une approche d'efficience budgétaire et d'aménagement du territoire, il ne convient pas d'envisager une spécialisation des établissements par pathologie, plutôt que le développement de services spécialisés au sein d'un même établissement.

Mme Andrée Barreteau a indiqué qu'il est difficile d'assurer l'accueil de publics différents au sein d'un même Ehpad. Elle a souligné, de ce point de vue, le bien-fondé des unités spécialisées dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Elle a rappelé la nécessité de disposer d'une offre de soins et de services combinant un maillage territorial satisfaisant, une spécialisation des établissements par pathologie et des formules d'accueil diversifiées.

Répondant à Mme Sylvie Desmarescaux, **M. Christian Möller** a indiqué que la Cram de la région Pays de Loire a versé 7 000 euros au moment de la création de la Clic de cette même région. Plus largement, il a insisté sur la nécessité de ne plus considérer le secteur médicosocial comme la variable d'ajustement du secteur sanitaire. En particulier, il a regretté que les textes récents, notamment ceux relatifs à l'hôpital, aient été signés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) seule et non pas aussi par la direction générale de l'action sociale (DGAS). Il a souligné la nécessité d'approfondir la concertation avec les acteurs concernés, notamment dans le cadre des conférences sanitaires de secteur, afin d'établir des plans de soins communs ou de mettre en place le dossier médical personnel (DMP).

Abordant le deuxième thème de la table ronde, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a souhaité savoir si les personnes âgées dépendantes ont la possibilité d'exercer un réel libre choix entre le maintien à domicile et la prise en charge en établissement. Il s'est interrogé sur l'influence, dans les critères de choix des personnes concernées, des disparités géographiques d'offre de soins, des aides budgétaires et fiscales, ainsi que de l'Apa. Il a également souhaité connaître l'avis des offreurs de soins sur la proposition du centre d'analyse stratégique (Cas) visant à faire porter, dans un premier temps, l'effort sur l'accueil en établissement, puis de mettre l'accent sur le maintien à domicile à partir de 2010. Enfin, il s'est interrogé sur les rigidités actuelles de l'organisation de la prise en charge de la dépendance et sur la réelle volonté des acteurs concernés de développer des solutions intermédiaires, comme l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou l'accueil de nuit.

M. André Perrier a indiqué que les personnes les plus dépendantes n'ont pas la possibilité de choisir entre un maintien à domicile ou un placement en établissement spécialisé. Si les aides budgétaires et fiscales entrent peu en compte dans les critères de choix des personnes concernées, en revanche, le dépeuplement rural, l'isolement, l'absence de famille et le coût prohibitif de certains services constituent des paramètres importants. L'Apa à domicile n'est pas un facteur d'entrée prématurée en établissement. Elle permet, au contraire, d'en retarder l'échéance. S'agissant des rigidités du dispositif actuel de prise en charge de la dépendance, il a souligné le caractère artificiel de la frontière de l'âge sur laquelle repose, pour partie, le versement

de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'Apa. Jusqu'à l'âge de soixante ans, une personne dépendante peut bénéficier de la PCH. Au delà, elle relève de l'Apa. Or, il s'agit bien, dans l'un et l'autre cas, de perte d'autonomie.

Mme Véronique Covin a indiqué que deux éléments déterminent le choix des personnes âgées : d'une part, leur niveau de revenus et, d'autre part, l'offre de soins et de services de proximité. Sur ce dernier point, trois régions paraissent particulièrement bien dotées en Ehpad : l'ouest et le sud de la France, ainsi que l'Alsace. Les disparités géographiques en la matière s'expliquent, en partie, par les choix politiques locaux. La mise en place de la CNSA et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) ont néanmoins permis un travail d'harmonisation qui porte aujourd'hui ses fruits.

M. Didier Sapy a indiqué qu'il convient de ne pas opposer les deux types de prise en charge, maintien à domicile/hébergement en institution. La qualité de l'accompagnement de la perte d'autonomie repose sur une offre de services large tant en établissement qu'à domicile.

M. Emmanuel Verny a considéré que le seul scénario valable est celui reposant sur un développement simultané de l'offre de soins à domicile et en établissement, et non, comme le préconise le centre d'analyse stratégique (Cas), sur une démarche en deux temps, à savoir : privilégier, dans un premier temps, l'augmentation du nombre de places en Ehpad, puis mettre l'accent, dans un second temps, sur le maintien à domicile. A cet égard, le développement des schémas gérontologiques apparaît indispensable.

M. Pascal Champvert a indiqué que le libre choix des personnes âgées dépendantes doit constituer un objectif en soi des politiques publiques menées dans le secteur social et médicosocial, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Certaines personnes âgées sont dissuadées de rentrer en établissement pour des motifs de coût. Il a précisé que les pays étrangers ayant une politique active en faveur des personnes âgées sont ceux qui ont également orienté leurs efforts dans les deux domaines concomitamment, le maintien à domicile et l'hébergement en institution. Il a rappelé que la Cour des comptes a bien mis en évidence, dans son rapport de 2005, le fait que seuls 50 % des besoins à domicile et en établissement sont aujourd'hui couverts.

Mme Andrée Barreteau a indiqué que 18 000 places supplémentaires en Ssiad et 9 000 places en hospitalisation à domicile sont nécessaires. Toutefois, le problème ne se pose pas uniquement en termes d'insuffisance du nombre de places offertes, mais aussi en termes d'insuffisance du taux d'encadrement des personnes âgées dont l'une des explications tient à la faible attractivité des métiers du secteur médicosocial.

Mme Sylvie Desmarescaux a considéré, en réponse à la remarque de M. Bernard Cazeau, vice-président, qu'il ne faut pas opposer les soins financés par l'assurance maladie à domicile et les aides apportées dans le cadre de l'Apa, insistant sur la nécessité d'appréhender les besoins de la personne

dépendante dans leur globalité. Elle s'est interrogée sur le coût moyen d'une prise en charge à domicile, estimant que celui-ci pouvait s'avérer élevé dans le cas de pathologies lourdes.

M. Charles Guené a indiqué qu'il est important de raisonner à pathologie et à services identiques, lorsque l'on souhaite comparer les coûts de prise en charge à domicile et en établissement.

M. Christian Möller a indiqué que certaines études montrent que le coût de la prise en charge à domicile devient particulièrement élevé lorsque les patients présentent des pathologies lourdes qui nécessitent notamment des systèmes de garde de nuit. A l'inverse, il est possible de considérer que le placement en établissement permet une certaine mutualisation des moyens et, donc, est susceptible, dans certains cas, de réduire les coûts de prise en charge.

M. Emmanuel Verny a rappelé que 56 % des personnes bénéficiant de l'Apa à domicile sont en Gir 4 (dépendance partielle) et que 43 % des personnes placés en établissement sont en Gir 2 (dépendance forte). Il a souligné la nécessité de conjuguer le choix de la personne avec ce que la nation est capable de prendre en charge au titre de la solidarité nationale. Il a, à cet égard, rappelé la notion de double subjectivité développée par la CNSA : l'évaluation des besoins de la personne doit se faire au regard, d'une part, de son projet de vie, et, d'autre part, de son environnement. Lorsque la dépendance exige une prise en charge devenue particulièrement lourde, le passage du domicile à un hébergement en institution s'impose de lui-même.

M. Claudy Jarry a indiqué que le libre choix des personnes âgées dépend de l'offre de soins et de services à domicile et en établissement, de la diversité de cette offre, mais aussi du « temps d'opérer un choix » laissé à la personne concernée, de la possibilité qui lui est donnée d'accéder à l'information sur les différents modes de prise en charge et de la coordination entre les intervenants.

M. Pascal Champvert a souligné que le maintien à domicile le plus longtemps possible n'est pas forcément la meilleure solution, dans la mesure où il peut amener à un placement en établissement décidé en urgence en raison de la dégradation rapide de l'état de santé de la personne maintenue trop longtemps à domicile. Au contraire, l'entrée en établissement doit être préparée.

M. Didier Sapy a indiqué qu'il convient de réfléchir, en matière de coûts, à la répartition du poids de ces derniers entre les différents financeurs (l'Etat, les collectivités territoriales et les familles).

M. Bernard Cazeau, vice-président, a ensuite introduit le troisième thème de la table ronde, consacré aux possibilités d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en insistant notamment sur l'organisation de l'offre, la médicalisation des établissements et l'impact des nouvelles technologies. Il a notamment souhaité que des précisions soient apportées sur la situation des métiers du secteur médicosocial : difficultés de

recrutement, insuffisante attractivité des métiers, formation et qualification des personnels...

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité obtenir des précisions sur les expériences d'hébergement temporaire ou d'accueil de nuit et les attentes des personnes dépendantes ou de leur famille en ce domaine.

Il s'est également demandé s'il faut envisager de reconverter un certain nombre de places de soins aigus devenues disponibles dans les hôpitaux pour accueillir des personnes âgées dépendantes. Pourrait-on ainsi développer la présence d'Ehpad au sein même des établissements de santé ?

M. Claudy Jarry a souligné l'importance de la relation entre le corps et l'esprit et a estimé que l'analyse des questions de dépendance doit intégrer la dimension de la vie sociale. S'appuyant sur des exemples concrets, il a jugé qu'il ne suffit pas de traiter le corps « abîmé », mais qu'il faut également prendre en compte l'être humain, la prise en charge des personnes âgées dépendantes supposant un accompagnement, et non une démarche exclusivement curative. Aujourd'hui, 25 % des personnes de plus de soixante-dix ans ont moins d'un contact privé par semaine et, si l'on sait quantifier les besoins, on ne sait pas répondre aux attentes : parler uniquement de millions d'euros ou de ratios d'encadrement revient à oublier la dimension humaine de ces questions. A cet égard, il convient de développer certains types de métiers, comme les psychologues.

Abordant la question du statut des aidants familiaux, **M. Alain Villez** a estimé qu'il faut sortir de l'opposition manichéenne entre, d'une part, prise en charge intégrale de la personne âgée dépendante par sa famille et, d'autre part, recours total à un Ehpad. Aujourd'hui, près de 70 % des personnes ayant perdu le plus leur autonomie vivent à domicile et près de la moitié d'entre elles reçoivent une aide familiale. Des expériences visant à offrir aux aidants familiaux des structures d'aide au répit existent mais leur généralisation soulève des difficultés. La logique actuelle se traduit en effet davantage par un saupoudrage des moyens que par une véritable structuration de l'offre de services en matière d'hébergement temporaire.

Mme Michèle Landreau a indiqué que l'Unadmr a mis sur pied un système de garde de nuit itinérante pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Il s'agit là d'une demande importante de ce public, mais le financement de telles expériences, qui requièrent du personnel qualifié, est parfois difficile. La mutualité sociale agricole (MSA) participe, par ailleurs, au financement d'expérimentations visant à permettre aux aidants familiaux de prendre quelques jours de repos. Cette logique de mise en place de dispositifs innovants est donc bien intégrée par les acteurs locaux.

Mme Véronique Covin a souligné les difficultés rencontrées dans le secteur médico-social pour recruter des personnels qualifiés et conserver les salariés, en raison d'une faible attractivité de ces métiers. Le taux d'encadrement dans les Ehpad est plus faible que dans l'ensemble du secteur médico-social (6 % contre 15 %) et la qualification des personnels est souvent

inférieure au profil des postes occupés, notamment en ce qui concerne les postes d'aides-soignants. Aucun changement ne paraît devoir être attendu de ce point de vue tant que cette filière ne sera pas revalorisée, ce qui pourrait passer par la validation des acquis de l'expérience, le développement de passerelles entre les qualifications et la mise en place de modules de formation spécifiques.

M. Pascal Champvert a estimé que le manque de personnel, souligné par la Cour des comptes elle-même, explique pourquoi les personnes ne souhaitent pas rester travailler dans ce secteur : seule la moitié des besoins est couverte. Par ailleurs, les tâches concernées sont mal rémunérées, certains départements n'hésitant pas à demander aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de ne pas appliquer les conventions collectives. Des crédits supplémentaires pourraient permettre de recruter des profils aujourd'hui insuffisamment présents dans les établissements, comme les psychologues : une personne âgée dépendante ne voit en moyenne un psychologue que dix minutes par mois.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a ensuite abordé le dernier thème de la table ronde, consacré aux réflexions en cours sur l'organisation du cinquième risque. Il a, en particulier, demandé aux intervenants de réagir à l'idée de convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, évoquée notamment par la CNSA.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître l'appréciation des offreurs de services et d'hébergement sur l'efficacité du système actuel de prise en charge de la dépendance des personnes âgées, ainsi que sur leur vision du partage entre la solidarité nationale et l'effort individuel. Il s'est ainsi demandé s'il convient de mettre davantage à contribution les revenus et le patrimoine des personnes âgées dépendantes.

Il s'est ensuite interrogé sur la coordination de l'intervention de différents acteurs et a souhaité savoir s'il est possible de mieux coordonner, par exemple par le biais des futures agences régionales de santé (ARS), l'hôpital, le médico-social et la médecine de ville.

Il a, par ailleurs, abordé la question de la viabilité du système actuel de tarification de la prise en charge des personnes âgées en établissement : quelles sont les voies d'un schéma de répartition des coûts plus pertinent et plus juste et quel bilan tirer de la politique de conventionnement tripartite menée depuis dix ans ?

M. Alain Villez a déclaré partager la philosophie développée par le conseil de la CNSA dans son dernier rapport annuel, qui constitue un trait d'union entre les différents acteurs. La perte d'autonomie doit être prise en considération sans distinction d'âge et doit faire l'objet d'un droit universel à compensation, passant par la mise en place d'une nouvelle prestation unique et universelle, reposant sur un financement socialisé. Le panier de services socialisé pris en compte dans cette nouvelle prestation pourrait être extrapolé à partir des éléments de prise en charge couverts par l'Apa et par la prestation

de compensation du handicap. Dès lors, les dispositifs de recours sur succession ou d'obligation alimentaire n'apparaissent pas comme des voies à suivre, même si l'on peut envisager de moduler les prestations en fonction des revenus.

S'agissant de la gouvernance, il a salué le partenariat étroit entre la CNSA et les conseils généraux.

Après avoir également apporté son soutien aux conclusions du rapport du conseil de la CNSA, **M. Emmanuel Verny** a estimé que la prise en charge du risque dépendance nécessitera une augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) et a jugé illusoire toute idée de stabilisation, voire de baisse, des prélèvements obligatoires, ajoutant que les citoyens sont prêts à accepter une augmentation de ces derniers. Dans ce schéma, le recours à l'assurance ne peut venir qu'en supplément d'un financement qui doit rester essentiellement public.

Il a ensuite formulé trois observations :

- le panier de biens et services offert aux personnes à domicile doit prendre en compte toutes les aides nécessaires à l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne et pas seulement les aides « essentielles » ;

- les conseils généraux doivent appliquer les mécanismes de tarification. Or près de 50 % d'entre eux ne respectent pas aujourd'hui les dispositions du décret budgétaire paru en 2003, au motif, il est vrai, que le financement qui leur est apporté par l'Etat n'est pas sécurisé ;

- il faut poursuivre la professionnalisation des personnels intervenant dans le secteur médicosocial. A cet égard, évoquer un risque de « surqualification » des personnels, comme le fait le rapport de Mme Hélène Gisserot, n'apparaît pas acceptable.

M. André Perrier s'est prononcé en faveur de la mise en place d'une cinquième branche de protection sociale, reposant sur un financement pérenne et diversifié, puis a fait part de son opposition à tout retour aux mécanismes applicables aux prestations d'action sociale - obligation alimentaire et recours sur succession. Il s'est également montré hostile au financement de la prise en charge du risque dépendance par le biais d'une couverture assurantielle, celle-ci pouvant amener une sélection de publics qui serait inacceptable.

M. Pascal Champvert a rappelé l'accord des différents offreurs de services et d'hébergement sur les orientations proposées par la CNSA, soulignant qu'elles sont le fruit d'un compromis, ce qui leur donne une certaine force. Il s'est étonné que le président de la mission commune d'information ait pris certaines distances par rapport à ces orientations.

Il s'est déclaré en faveur d'un financement socialisé de la prise en charge du risque dépendance et opposé à l'introduction du recours sur succession, qui pourrait introduire des inégalités injustifiées dans le traitement des personnes, en fonction de la pathologie dont elles sont atteintes.

Quant à l'assurance privée, elle peut apparaître comme un utile complément à la prise en charge du risque dépendance, mais elle ne saurait en constituer le socle, qui doit demeurer socialisé. Cette position est déjà une concession, qui doit être appréciée comme telle, de la part des membres de la CNSA au départ favorables à un financement exclusivement public.

Mme Véronique Covin a mis en évidence le cloisonnement existant entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge médicosociale. A cet égard, il n'apparaît pas cependant souhaitable de confier aux futures ARS une compétence sur le secteur médico-social, pour deux raisons : d'une part, ceci remettrait en cause la place de la CNSA et des collectivités territoriales, lesquelles pourraient alors se désengager ; d'autre part, on peut craindre que les ARS se mobilisent moins au profit des personnes âgées dépendantes que ne le fait aujourd'hui la CNSA.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souligné que la mission commune d'information travaille sans a priori et examine l'ensemble des solutions possibles.

M. Charles Guené a remercié les intervenants pour la qualité de leurs propos. Il a confirmé les remarques formulées par le rapporteur, les membres de la mission pouvant apparaître plus ouverts que certaines personnes auditionnées, dont les analyses reposent sur des certitudes très affirmées. Il a, en particulier, indiqué que la mise à contribution du patrimoine pourrait prendre des formes très diverses, évoquant, par exemple, l'idée d'un « ISF dépendance ».

M. Bernard Cazeau, vice-président, a remercié les différents participants à la table ronde puis s'est associé aux propos du rapporteur, soulignant que la mission commune d'information procède à des auditions variées et n'a, à ce stade, abouti à aucune conclusion.

**Audition de MM. Frédéric VAN ROEKEGHEM,
directeur général de la caisse nationale des travailleurs salariés (Cnam)
et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam),
et Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion
et à l'organisation des soins
(mercredi 6 février 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 6 février 2008, la mission a entendu **MM. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins.**

M. Bernard Cazeau, vice-président, a souhaité que M. Frédéric Van Roekeghem fasse part à la mission de ses observations sur l'efficacité actuelle du système de prise en charge de la dépendance, sa gouvernance et ses modalités de financement.

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam et de l'Uncam, a indiqué que, depuis la mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'assurance maladie n'est pas directement en charge des politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Elle y contribue toutefois par le biais de participations financières et d'outils spécifiques, notamment mis à la disposition de la CNSA, avec laquelle elle a signé une convention.

L'assurance maladie est le principal financeur de la prise en charge de la dépendance : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médicosocial représente ainsi 11 milliards d'euros en 2007, auxquels il convient d'ajouter les crédits consacrés aux personnes âgées dépendantes inclus dans les dépenses de soins, qui peuvent être rapprochés des dépenses d'affections de longue durée (ALD). En effet, les personnes âgées de plus de soixante-quinze ans relèvent pour la plupart du régime des ALD. Les dépenses de soins dédiées à la couverture des affections de longue durée - qui atteignent 56 milliards d'euros au total - sont ainsi estimées à 17 milliards d'euros pour les personnes de plus de soixante-quinze ans et à 5 milliards d'euros pour les personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer représente, à elle seule, une dépense de 2,4 milliards d'euros pour l'assurance maladie du régime général et de 2,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

L'assurance maladie ne peut donc se désintéresser de cette question, qui a un impact sur ses comptes, lesquels demeurent préoccupants. Le déficit de la branche maladie du régime général, évalué à 6,2 milliards d'euros au titre de l'année 2007 par la commission des comptes de la sécurité sociale,

pourrait certes finalement être moindre, compte tenu des bonnes rentrées fiscales et se révéler inférieur à 6 milliards d'euros. Cette estimation doit toutefois être considérée avec prudence, dans la mesure où, d'une part, l'assurance maladie a une bonne vision de ses dépenses mais une vision plus limitée de ses recettes, et où, d'autre part, les opérations de clôture des comptes n'interviendront qu'à la mi-février. Le déficit de la branche maladie du régime général de sécurité sociale a été réduit de moitié par rapport à celui de l'année 2004 - 12 milliards d'euros - mais il reste préoccupant. Dans ce contexte, l'effort mené pour assurer une progression importante de l'Ondam médicosocial (+ 8,4 % en 2006, + 6,7 % en 2007 et + 6,5 % en 2008) pèse sur les comptes de l'assurance maladie, et ce, d'autant plus qu'en cas de sous-exécution des crédits votés par le Parlement, le reliquat est de toute façon affecté à la CNSA.

Même si elle participe, pour une part largement prépondérante, au financement des dépenses de l'Ondam médicosocial, l'assurance maladie n'est pas directement concernée par ces dépenses qui relèvent de la responsabilité de la CNSA, chargée seule de répartir les crédits. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) payent les forfaits sur la base des arrêtés préfectoraux, qui sont opposables, tandis que les caisses régionales d'assurance maladie (Cram) rendent de simples avis sur les budgets des établissements médicosociaux. L'assurance maladie n'est pas partie aux conventions tripartites signées avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et ne siège pas, en tant qu'institution, au conseil de la CNSA. De fait, elle apparaît comme une « boîte aux lettres financière ».

L'assurance maladie intervient toutefois dans le secteur médicosocial, d'une part, de façon marginale, par le biais de ses fonds sociaux, et d'autre part, grâce à l'élaboration de certains outils spécifiques. Parmi ceux-ci, figurent notamment la grille « Pathos », utilisée par les médecins-conseils pour évaluer la prise en charge des soins délivrés dans les Ehpad conventionnés, et le système d'information « Prisme » (prévention des risques-inspections-signalement-maltraitance en établissement social ou médicosocial), utilisé par la CNSA.

M. Frédéric Van Roekeghem a ensuite relevé que la question de la continuité de la prise en charge - des soins aigus en passant par les soins de suite et de réadaptation (SSR), jusqu'à l'accueil en Ehpad - est un sujet essentiel pour les patients. L'assurance maladie porte, pour sa part, une attention particulière à la problématique du financement et va engager une politique de contrôle spécifique des Ehpad, afin d'éviter des risques de double facturation de certains actes qui pourraient être pris en charge une première fois dans le cadre des forfaits soins, et une seconde fois dans le cadre du remboursement des soins de ville.

M. Philippe Marini, président, a souhaité connaître l'ordre de grandeur des dépenses pouvant faire l'objet d'une double facturation.

M. Jean-Marc Aubert a indiqué que cette double facturation pourrait représenter, au maximum, quelques dizaines de millions d'euros. L'assurance maladie a lancé un plan national de contrôle en décembre dernier et devrait disposer d'éléments d'appréciation sur ce sujet dans le courant du deuxième trimestre 2008.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que l'action sociale des Cram représente une dizaine de millions d'euros, ce qui est marginal par rapport aux dépenses globales supportées au titre de la dépendance (11 milliards d'euros dans le cadre de l'Ondam médicosocial et 17 milliards d'euros de dépenses d'ALD pour les personnes de plus de soixante-quinze ans, auxquels il convient d'ajouter les dépenses supportées par la CNSA et par les conseils généraux).

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur l'utilité de cette action sociale des Cram, compte tenu de la faiblesse des sommes engagées.

M. Frédéric Van Roekeghem a noté que cette question a été abordée par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale, qui s'est déclarée plutôt favorable au maintien d'une enveloppe d'action sociale au sein des comptes de la Cnam. Ces sommes, si elles sont peu importantes, permettent en effet de répondre à des problèmes concrets rencontrés localement par les agents des Cram.

S'agissant de l'efficacité actuelle de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il a estimé que l'assurance maladie n'est pas la mieux à même de l'apprécier, dans la mesure où elle n'en n'assume pas la charge directe. Les besoins de développement des actions dans le secteur médicosocial sont toutefois réels, même si l'on peut estimer qu'il existe des marges de manœuvre pour améliorer l'utilisation des ressources publiques.

Il convient, en outre, de relever que les dépenses médicosociales ont augmenté plus fortement que le nombre des personnes âgées dépendantes au cours des années passées. L'augmentation du nombre de places en Ehpad, qui explique largement cette progression de la dépense publique, est le résultat d'une politique assumée par les gouvernements successifs. Il est toutefois possible de s'interroger sur sa pertinence au regard des expériences étrangères, l'accueil en établissement apparaissant justifié pour les personnes dont l'état de dépendance est le plus lourd, et peut-être moins dans des cas de dépendance plus légère.

M. Philippe Marini, président, a souhaité obtenir des précisions sur les expériences étrangères les plus intéressantes.

M. Jean-Marc Aubert a précisé qu'au Danemark et aux Pays-Bas, la politique de soutien au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes s'est accompagnée de la fermeture de certaines structures d'hébergement. Cette politique a également été suivie dans de nombreux pays du Nord de l'Europe.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur les raisons conduisant à l'écart important entre l'augmentation modérée du nombre de personnes âgées dépendantes et la nette croissance des dépenses de l'Ondam médicosocial ces dernières années.

M. Jean-Marc Aubert a relevé que la progression du nombre de personnes âgées dépendantes n'explique pas, à elle seule, la croissance de l'Ondam médicosocial. Au demeurant, il s'est montré prudent sur l'analyse de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, en rappelant qu'entre 1985 et 1995, ce nombre avait décliné, selon une étude menée par l'Insee. En revanche, il apparaît certain que l'arrivée dans le grand âge de la génération du « baby-boom » se traduira par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. La croissance de l'Ondam médicosocial résulte notamment de deux autres facteurs : d'une part, du fait que l'aide familiale a été remplacée par une aide socialisée, phénomène qui n'est pas propre à la France ; d'autre part, de la volonté de renforcer l'encadrement et les moyens dévolus à l'accueil en Ehpad. La France a ainsi fait le choix de médicaliser fortement la quasi-totalité des Ehpad, quel que soit le degré de dépendance des personnes, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé l'analyse développée devant la mission commune d'information par Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, qui a jugé nécessaire d'aboutir à une connaissance plus approfondie ainsi qu'à une meilleure maîtrise des financements alloués aux établissements et aux soins de ville. S'agissant des procédures de contrôle, le fait d'avoir rattaché les personnes âgées hébergées à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) dont relève l'Ehpad où elles résident, et non plus à leur ancien domicile, permettrait, selon la Cour, de mieux repérer les comportements des prescripteurs. En revanche, l'exclusion du périmètre du forfait de soins des frais de médicaments, pour les établissements qui ne sont pas dotés d'une pharmacie à usage intérieur, n'a pas contribué à une meilleure maîtrise de la dépense.

Il a souhaité connaître l'analyse de l'assurance maladie sur ce point, ainsi que ses préconisations pour acquérir une meilleure maîtrise des financements alloués aux établissements et aux soins de ville destinés aux personnes âgées.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a également souhaité connaître la position de la Cnam sur la possibilité de faire converger la prise en charge des aides aux personnes handicapées et des aides aux personnes âgées dépendantes, telle que la préconise la CNSA.

Enfin, il s'est interrogé sur l'approche de la Cnam concernant la répartition et l'articulation des compétences et des financements entre la CNSA et les conseils généraux, mais également entre ces acteurs et les organismes de sécurité sociale d'une part, l'Etat et les futures agences

régionales de santé (ARS) d'autre part. En particulier, il s'est demandé si les ARS devraient avoir compétence dans le champ social et médicosocial.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que le contrôle des prescriptions établies en Ehpad n'est pas suffisamment efficace aujourd'hui, car les fichiers des CPAM n'associent pas la personne et l'établissement dans lequel elle est hébergée. Les directeurs d'Ehpad sont, certes, normalement tenus de transmettre aux CPAM la liste des assurés entrant dans leur établissement, mais cette obligation n'est assortie d'aucune sanction.

M. Jean-Marc Aubert a précisé que le problème n'est pas tant de connaître le domicile de la personne que de savoir si elle est hébergée en Ehpad. Or, seule la moitié des directeurs d'Ehpad déclare ainsi aux CPAM les personnes accueillies dans leur établissement, sur une base trimestrielle. Il conviendrait donc de rendre effective cette obligation de déclaration.

Répondant à **M. Philippe Marini, président**, qui s'interrogeait sur les raisons d'une telle difficulté d'application, **M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que le directeur d'une CPAM n'a pas de pouvoir sur un directeur d'Ehpad. Par exemple, il est illégal, donc impossible, de cesser d'accorder des financements à un établissement en cas de refus de transmission de la liste des personnes hébergées. La situation aurait peut-être été meilleure si les CPAM avaient exercé plus tôt une pression sur les directeurs d'Ehpad. Cette pression est cependant aujourd'hui réelle, même en l'absence de tout dispositif de sanction. Le suivi des dépenses médicosociales, notamment des problèmes de double tarification, et le développement du rôle des médecins coordonnateurs constitueront les priorités de la Cnam en 2008, après l'accent mis sur la tarification à l'activité en 2007 et sur l'interface ville-hôpital en 2006.

Il a ensuite relevé que le principe de convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, posé par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a un impact financier non négligeable.

M. Jean-Marc Aubert a précisé qu'en la matière, l'application du droit devra s'adapter à la situation objective des personnes et à leurs besoins.

Mme Bernadette Dupont a souligné que l'éclatement des familles et les difficultés à se loger ne permettent pas à certaines personnes de rester chez elles et a regretté que ce constat ne soit pas suffisamment pris en compte par ceux qui préconisent des politiques de maintien à domicile.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que le partage entre maintien à domicile et accueil en Ehpad ne saurait être modifié sans mettre en place une organisation structurée de prise en charge des personnes à domicile, qui fait aujourd'hui défaut. A cet égard, la question du reste à charge pour la personne, et donc du niveau de couverture du risque par les pouvoirs publics, est essentielle.

S'agissant de la gouvernance, il a souligné, à titre liminaire, le souhait de l'assurance maladie que la gestion du risque sanitaire continue à être de son ressort. L'intégration du champ médicosocial dans les compétences des agences régionales de santé (ARS) est une question complexe. Il existe une continuité évidente entre les soins aigus, les soins de suite et de réadaptation et la prise en charge médicosociale. On peut donc considérer, si les ARS sont chargées de la restructuration des établissements de santé, de manière à diminuer la part des soins aigus et à renforcer les soins de suite et de réadaptation ainsi que l'accompagnement médicosocial, qu'il serait souhaitable qu'elles puissent exercer leurs responsabilités sur l'ensemble du champ d'action sanitaire et aussi médicosociale. Ce schéma favoriserait une organisation plus efficiente et faciliterait le traitement des questions de personnel.

D'une façon plus générale cependant, il convient de réfléchir au fait que la part des soins délivrés en établissement est aujourd'hui, en France, la plus élevée de celles constatées dans l'ensemble des pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'accroître encore en investissant dans les établissements médicosociaux, sans en tirer les conséquences sur l'organisation de la carte sanitaire, ferait prendre à notre pays une direction inverse à celle suivie par ses partenaires.

M. Michel Moreigne, tout en partageant l'analyse de Mme Bernadette Dupont, a mis en évidence les différences existant entre le milieu rural et le milieu urbain sur la question de la prise en charge à domicile. Il a, par ailleurs, souhaité connaître l'analyse de la Cnam sur la répartition des rôles en matière de gestion du risque dépendance, se demandant en particulier si les conseils généraux doivent être considérés comme de simples financeurs ou comme de véritables gestionnaires.

M. François Autain a souhaité obtenir des précisions sur le développement des médecins coordonnateurs au sein des Ehpad. Il s'est ensuite interrogé sur les flux financiers existant entre l'assurance maladie et la CNSA et sur la possibilité de distinguer ce qui relève de la dépendance et ce qui relève des soins qui ne sont pas liés à la dépendance.

M. Guy Fischer a estimé que la question du redéploiement de lits des établissements de soins vers les établissements médicosociaux ne peut être esquivée et a souhaité connaître l'analyse de la Cnam sur ce point. Il a relevé le poids grandissant de l'investissement privé dans le secteur des maisons de retraite. Il a ensuite souligné le caractère peu transparent de la facturation aux familles de l'accueil en Ehpad et a mis en évidence la question du reste à charge pour les bénéficiaires et leur entourage.

La question du maintien à domicile, souvent considérée comme un gisement d'emplois important, mérite par ailleurs d'être approfondie, de nombreuses personnes ne trouvant pas de places d'accueil en établissement.

M. Bernard Cazeau s'est demandé si la CNSA est réellement utile. Il a par ailleurs souhaité connaître l'évaluation de la Cnam relative au coût de la convergence entre la prise en charge des personnes âgées dépendantes et celle des personnes handicapées, qui serait compris, selon la CNSA, entre 2 et 7 milliards d'euros.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur la possibilité de clarifier la frontière entre les dépenses prises en charge dans le cadre du forfait soins et celles prises en charge dans le cadre du forfait dépendance. Il a par ailleurs souhaité connaître l'analyse de la Cnam sur l'utilité du milliard d'euros affecté à la CNSA pour lui permettre de procéder aux ajustements nécessaires en fin d'exercice, en cas d'écart entre les autorisations de dépenses d'Ondam médicosocial dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale et les dépenses réellement exécutées.

M. Jean-Marc Aubert a indiqué qu'il est difficile, voire impossible, d'isoler les dépenses se rattachant aux soins et celles relevant de la dépendance, ce qui explique d'ailleurs que la répartition entre ces deux sphères s'effectue selon des clés conventionnelles. En réponse à M. Michel Moreigne, il a souligné que les conventions tripartites comprennent une répartition type de la prise en charge en ce qui concerne les dépenses de personnel, mais qu'il est difficile de séparer dépenses de dépendance et dépenses de soins. Peu de pays abordent, d'ailleurs, la question sous cet angle. Nos voisins, en Europe, opèrent plutôt une distinction en fonction des personnes, en les considérant tantôt comme relevant intégralement de la dépendance, tantôt comme relevant des assurances sociales.

M. Philippe Marini, président, a estimé que la dépendance constitue un risque vieillesse aggravé et que la définition du périmètre respectif des dépenses de soins et des dépenses de dépendance pourrait passer par un critère d'âge.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que, dans certains pays, lorsque la dépendance devient l'élément prépondérant de l'état de santé de la personne, les dépenses sont rattachées à une organisation spécifique.

La Cnam n'a pas évalué le coût possible de la convergence de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, celui-ci ayant fait l'objet d'une expertise par la CNSA, ce qui répond d'une certaine manière à la question relative à son utilité. Les différents membres du conseil de la CNSA ont une vision positive de l'action de cette structure et le fait de disposer d'une masse critique de personnes travaillant sur le champ médicosocial n'apparaît pas superflu.

La possibilité de confier aux conseils généraux une compétence dans le domaine de la gestion du risque dépendance soulève la question de la médicalisation de leurs interventions. Il s'agirait alors d'une décision lourde de conséquences pour les départements. En effet, sur le plan sanitaire, la gestion du risque ne peut s'effectuer que dans un environnement médicalisé, qui suppose notamment un accès au dossier médical du patient.

L'assurance maladie est, par ailleurs, très favorable à un redéploiement des lits des établissements de soins vers les établissements médicosociaux. Une telle évolution suppose toutefois de disposer de capacités de planification et d'outils permettant de gérer les conséquences de ces redéploiements pour les personnels des établissements.

M. Philippe Marini, président, a nuancé l'analyse de M. Frédéric Van Roekeghem, en relevant que, dans le cas d'établissements publics, se pose une question de mobilité des personnels, mais pas de statut.

M. Jean-Marc Aubert a précisé que cette analyse n'avait pas pour objet de démontrer qu'une telle restructuration est impossible, mais d'appeler l'attention sur la nécessité d'assurer, le cas échéant, la reconversion des personnels en leur offrant des formations adaptées.

M. Frédéric Van Roekeghem a rappelé que l'assurance maladie intervient également comme opérateur de soins et représente, notamment, 15 % de l'offre de soins de suite et de réadaptation. En cas de restructuration des services, la question essentielle posée par les syndicats est celle de la mobilité des personnels. Il ne s'agit pas là d'une simple question technique, mais bel et bien d'une question politique si l'on veut mener à bien une restructuration des établissements. Or, les outils actuels de reconversion paraissent insuffisants. Il convient, par ailleurs, de prendre en considération le fait que le taux d'encadrement administratif dans les services de soins aigus n'a pas diminué au cours des dernières années.

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur le bien-fondé de l'exercice, par l'assurance maladie, de la gestion directe de services de soins.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que ces structures ne sont plus gérées par les caisses primaires, mais par des unions de gestion régionales. En outre, une révision de la politique d'investissement de l'assurance maladie est en cours, la nouvelle stratégie consistant à renforcer les actions menées lorsque le service offert est de bonne qualité ou indispensable pour l'offre de soins, mais à se désengager lorsque l'offre de services n'est pas performante.

S'agissant des médecins coordonnateurs, l'assurance maladie conduit actuellement une opération nationale de recensement et devrait disposer d'une vision complète de la situation d'ici à la fin de l'année 2008. Ceci permettra notamment de vérifier si les objectifs qui avaient été initialement fixés sont atteints, et en particulier si ces médecins coordonnateurs ont permis d'aboutir à une régulation plus ferme des prescriptions médicamenteuses.

M. Frédéric Van Roekeghem a enfin estimé que le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite une offre de soins adaptée et une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants que celle qui existe aujourd'hui.

**Audition de MM. Raoul BRIET,
conseiller-maître à la Cour des comptes,
et Pierre JAMET,
directeur général des services du département du Rhône,
auteurs du rapport « Pour une prise en charge solidaire et responsable de
la perte d'autonomie » dans le cadre de la mission de préfiguration de la
caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
(mercredi 6 février 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 6 février 2008, la mission a entendu **MM. Raoul Briet, conseiller-maître à la Cour des comptes, et Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône, auteurs du rapport « Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie » dans le cadre de la mission de préfiguration de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).**

A titre liminaire, **M. Philippe Marini, président**, a souligné que la mission d'information poursuit ses réflexions sur l'avenir de la prise en charge de la dépendance autour de trois axes principaux : l'appel à la solidarité nationale, le recours à la prévoyance individuelle et collective ainsi que la notion de gestion de proximité. Cette démarche n'en est encore qu'à ses prémices et les grandes orientations du rapport sont loin d'être arrêtées. Il apparaît pourtant d'ores et déjà certain que la question du cinquième risque donnera lieu à des arbitrages délicats. Afin d'éclairer les choix qui seront faits par le Gouvernement, la mission s'attache en particulier à rechercher les voies et moyens d'une meilleure gouvernance reposant, d'une part, sur une définition claire des responsabilités des acteurs de la politique de la dépendance, d'autre part, sur la prise en compte des contraintes économiques et financières pesant sur les finances publiques et sur les finances sociales.

Elle a souhaité entendre M. Raoul Briet, conseiller-maître à la Cour des comptes, qui exerce par ailleurs les fonctions de président du conseil de surveillance du fonds de réserve des retraites, et M. Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône, de façon à dresser un premier bilan de la mise en œuvre opérationnelle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le rapport qu'ils avaient remis en mai 2004 à M. Jean-Pierre Raffarin, alors Premier ministre, avait en effet largement inspiré les pouvoirs publics et préfiguré la création de cette nouvelle structure.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que les auteurs avaient alors relevé plusieurs faiblesses auxquelles ils proposaient de remédier : un

mécanisme institutionnel trop cloisonné ne permettant pas de donner une réponse satisfaisante aux besoins des personnes ; une sédimentation des dispositifs sans véritable logique d'ensemble, une répartition inégale des équipements, ainsi qu'une insuffisance générale des procédures de suivi et de pilotage. Avec le recul du temps, il convient donc de se demander si la réforme mise en œuvre en 2004 a permis de lever toutes ces difficultés.

Après avoir observé que ce rapport, élaboré conjointement avec Raoul Briet, n'est effectivement pas resté lettre morte, dans la mesure où bon nombre de ses préconisations ont été reprises par les pouvoirs publics, **M. Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône**, s'est félicité que la création de la CNSA ait enfin rendu possible le recensement de l'ensemble des crédits affectés, au sens large, à la dépendance. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est une « bonne » institution qui a également fait la preuve qu'elle sait travailler en réseau, grâce à un dialogue désormais fructueux avec les conseils généraux et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elle a ainsi trouvé sa place au sein de l'architecture institutionnelle de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Le bilan de la CNSA apparaît en revanche plus nuancé sur d'autres points. Les différents systèmes informatiques, en particulier, nécessiteraient d'être améliorés. En outre, la création, sous la forme de groupements d'intérêt public (Gip), des MDPH s'est traduite par une certaine « pagaille » administrative, en raison notamment des problèmes de mise à disposition de personnels. Les conseils généraux se plaignent également de ne plus avoir, compte tenu de l'effacement du rôle des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), d'interlocuteurs représentant l'Etat au niveau local. A ces modalités d'organisation passablement complexes, il convient d'ajouter la persistance de cloisonnements budgétaires dommageables. Dans ce contexte, les personnels des MDPH parviennent cependant à respecter dans l'ensemble le délai légal de quatre mois prévu pour apporter des réponses aux demandes formulées par les personnes handicapées.

Evoquant le sujet de la convergence des modes de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, **M. Pierre Jamet** s'est inquiété du manque de places d'hébergement pour les enfants handicapés. Par ailleurs, l'articulation entre les secteurs sanitaire et médicosocial mériterait également d'être améliorée, dans la mesure où le maintien à domicile des personnes dépendantes n'est pas toujours possible et où les structures intermédiaires nécessaires font défaut. Il faudrait également réfléchir à une meilleure utilisation des plateaux de soins de suite et de réadaptation qui accueillent tous les types de publics, alors qu'il serait nécessaire de prévoir des structures adaptées pour les personnes en situation de dépendance. La CNSA dispose de crédits expérimentaux qui peuvent être affectés à ce type d'investissement.

M. Pierre Jamet a regretté que les conseils généraux aient des difficultés à faire entendre leurs préoccupations lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros). Il a regretté également la

faible implication des régions dans le domaine de la formation des personnes handicapées.

Sur le plan financier, il a estimé que les crédits affectés aux départements, pour faire face à la montée en charge de la prestation de compensation du handicap, ainsi qu'aux MDPH, pour assurer leur fonctionnement, demeureront encore suffisants en 2008. Mais il faudra probablement trouver des ressources nouvelles supplémentaires à partir de 2009 et plus encore en 2010. A ces difficultés s'ajouteront les effets cumulés, au fil du temps, du désengagement relatif de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : les conseils généraux assument en effet désormais 65 % du coût de cette prestation, soit bien davantage que leur quote-part de 50 % initialement prévue.

Replaçant le débat actuel sur la création d'un cinquième risque dans une perspective historique à plus long terme, **M. Raoul Briet, conseiller-maître à la Cour des comptes**, s'est félicité de constater que la couverture des besoins de la population en matière de dépendance se soit considérablement améliorée au cours des deux dernières décennies. Il a noté en particulier que des moyens financiers substantiels ont été dégagés par la puissance publique, tandis que se développait progressivement le recours à la prévoyance individuelle et collective. Dans ce contexte, les questions très controversées, il y a une dizaine d'années encore, portant sur les aspects institutionnels de la prise en charge de la dépendance, ou sur l'alternative entre une gestion décentralisée par les conseils généraux et la constitution d'une nouvelle branche de la sécurité sociale, n'ont pas disparu. Mais l'aspect émotionnel de ces discussions a fortement diminué, ce qui devrait faciliter les décisions que les pouvoirs publics seront amenés à prendre.

M. Raoul Briet a considéré que la création de la CNSA a non seulement permis de dépasser ces questions de principe, mais s'est traduite par l'émergence d'une conception moderne de la protection sociale. De fait, celle-ci doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Et indubitablement, la création de la CNSA a débouché sur une architecture de gouvernance originale, conjuguant la gestion décentralisée, par les conseils généraux, d'une prestation nationale avec le support et l'appui d'un acteur national fort et légitime assurant la diffusion des bonnes pratiques ainsi que l'évaluation et la péréquation financière du dispositif.

En ce qui concerne la convergence de la prise en charge des personnes handicapées, d'une part, des personnes âgées, d'autre part, il a estimé que le problème des limites d'âge n'a pas encore disparu. Pour autant, l'effort d'harmonisation en cours fondé sur une approche transversale de la perte d'autonomie produira ses effets progressivement, sans toutefois aller jusqu'à aboutir à un traitement uniforme de ces deux populations.

Sur le plan institutionnel, il a regretté que les pouvoirs publics aient effectué, en quelque sorte, des « demi-choix » puisque les solutions retenues ont cherché à ménager les places de l'Etat et de l'assurance maladie. Cette

démarche s'inscrit en retrait par rapport aux conclusions du rapport de 2004 qui plaident en faveur d'une clarification des responsabilités entre les acteurs publics de la politique de la dépendance. Pour autant, si le paysage institutionnel reste « embrouillé », il l'était plus encore auparavant.

M. Raoul Briet a ensuite souligné que le problème du financement du cinquième risque ne saurait être envisagé indépendamment des perspectives globales de financement de notre système social, aujourd'hui caractérisées par de forts déficits ainsi que par un endettement significatif et dont le redressement n'est pas encore acquis.

Au lieu de raisonner suivant une logique qui se bornerait à identifier les besoins de financement additionnels, à plus ou moins long terme, du seul secteur de la perte d'autonomie, il conviendra de réfléchir à l'évolution future de l'ensemble des finances sociales. Cette démarche suppose de définir des priorités. A ce titre, il s'est demandé s'il convient de maintenir, quel que soit le niveau de revenus des assurés sociaux, une prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins médicaux des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). Ne serait-il pas préférable de répartir différemment les ressources publiques pour financer des efforts supplémentaires dans d'autres domaines, à commencer par celui de la perte d'autonomie ? Sur ce sujet, il a renvoyé au rapport qu'il a rédigé, en 2007, avec Bertrand Fragonard, sur l'instauration d'un « bouclier social ».

M. Raoul Briet a également considéré qu'il faut distinguer l'affirmation d'un droit universel à compensation ouvert à tous, de la manière dont s'exercera ce droit. L'appel à la solidarité nationale dépend du degré de dépendance des assurés sociaux et de leurs besoins. Mais il ne semblerait pas illégitime de prendre également en compte leurs revenus et le niveau de leur patrimoine.

En ce qui concerne la prise en considération du patrimoine, il a jugé préférable que celle-ci intervienne *a priori*, dans le cadre du calcul du droit à prestation, plutôt qu'*a posteriori* sous forme d'une récupération sur succession.

Revenant sur le débat qui s'est déroulé au Sénat dans le cadre de l'examen de la loi de finances pour 2008, à l'occasion de la discussion d'un amendement tendant à prévoir la réintroduction d'un recours sur la succession des personnes dépendantes ayant perçu l'Apa, **M. Philippe Marini, président**, a précisé que sa position sur cette question a quelque peu évolué à la faveur des auditions des dernières semaines. Il a ainsi suggéré d'offrir aux assurés sociaux le choix entre deux options :

- ou bien accepter par avance que la collectivité puisse recouvrer sur leur patrimoine, à l'occasion du règlement de leur succession, au-delà d'un certain seuil, une partie des sommes engagées pour couvrir la charge des dépenses de dépendance, cette première solution garantissant un taux de prise en charge maximum par l'Apa ;

- ou bien refuser cette solution et accepter, en contrepartie, un niveau plus réduit de prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie.

Dans ce dernier cas, en pratique, la personne sera incitée à mobiliser elle-même ses revenus et son patrimoine pour acquérir une couverture assurantielle en complément de l'Apa.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a estimé également que ce débat n'est pas sans lien avec la question du développement de l'assurance individuelle, d'autant plus que les contraintes financières seront telles à l'avenir que la solidarité nationale ne suffira jamais à couvrir la totalité des besoins de la population. Dans ces conditions, il faudrait peut-être envisager une nouvelle mesure fiscale afin d'encourager le développement de la prévoyance individuelle et collective.

M. Raoul Briet a exprimé la conviction personnelle que l'on n'évitera pas, en matière de dépendance, d'accentuer la sélectivité de l'attribution des prestations financées par la solidarité nationale. Si l'accès à l'Apa doit demeurer universel, il convient sans doute d'en attribuer le bénéfice en priorité à ceux qui en ont le plus besoin, ce qui suppose d'effectuer un ciblage non seulement en fonction du degré de dépendance, mais aussi en fonction des niveaux de revenus et de patrimoine. D'une façon générale, l'allocation des ressources publiques doit être aussi pertinente que possible et la proposition avancée par M. Philippe Marini participe à l'évidence de cet objectif.

Dans ce contexte budgétaire difficile, la prévoyance individuelle et collective sera logiquement amenée à occuper une place significative à l'avenir. Mais cette dynamique se heurte à certaines limites. A ce titre, **M. Raoul Briet** a souligné que le rythme de développement de l'épargne retraite reste encore relativement lent, alors que la dépendance apparaît, aux yeux de la population, comme une perspective à la fois lointaine et déplaisante, ce qui ne favorise pas le recours à des mécanismes de couverture contre ce risque. Puis il a observé que les assureurs proposent essentiellement une sortie en rente, alors que les souscripteurs préféreraient manifestement se voir garantir un certain niveau de prestations de service. Enfin, se plaçant cette fois sur le plan des principes, il a fait part de ses réserves sur l'idée qui consisterait à définir un nouveau champ de protection sociale sur la base d'un système facultatif.

M. Philippe Marini, président, a relativisé la distinction opérée dans les contrats d'assurance dépendance entre les prestations en nature et les sorties en rente : dans les deux cas, il s'agit en effet de couvrir un besoin qui trouve sa traduction en termes monétaires. En termes économiques, le raisonnement est donc identique.

M. Raoul Briet a fait part de son accord sur cette observation. De surcroît, il ne semblerait pas impossible sur le plan technique, pour les assureurs, de s'engager à plus ou moins long terme sur un certain niveau de

services à la personne. Ce type de produit est simplement plus difficile à mettre en œuvre et à gérer qu'une sortie en rente.

Puis il a jugé, d'une façon générale, que la prévoyance individuelle et la prévoyance collective se développeront d'autant plus aisément dans notre pays que les pouvoirs publics auront clairement défini le socle de la solidarité nationale. Ces deux notions ne paraissent d'ailleurs nullement contradictoires, mais à l'inverse complémentaires.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir s'il y a des limites au principe de convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Revenant sur la complexité et le manque de lisibilité des circuits de financement de la perte d'autonomie, il a ensuite observé que l'assurance maladie consacre 17 milliards d'euros au titre des dépenses des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans souffrant d'affection de longue durée, alors que la CNSA ne dégage que 3 milliards d'euros de ressources propres pour la couverture des prestations destinées à la perte d'autonomie. Puis il s'est interrogé sur l'articulation, à l'avenir, des responsabilités et des financements entre les conseils généraux et la CNSA, mais également entre ces acteurs et les organismes de sécurité sociale, d'une part, l'Etat et les futures agences régionales de santé (ARS), d'autre part.

M. Pierre Jamet a estimé que la convergence de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes résulte d'une conjonction de différents facteurs : la nécessité commune d'une approche individuelle des besoins à prendre en charge, la définition dans les deux cas d'un plan de vie pour chaque assuré social, le recours à la solidarité nationale sur le plan financier. Dans un domaine aussi important que celui du logement, les besoins sont également les mêmes. Toutefois, il ne s'agit pas forcément d'aligner les barèmes des prestations accordées à ces deux populations, même si cette perspective pourrait être envisagée à terme.

Sur la question du champ de compétence des ARS, il a estimé que les conseils généraux ont besoin d'un interlocuteur fort au niveau local, doté d'une vision pluridisciplinaire et habilité à engager les services de l'Etat. Mais cette perspective supposerait aussi une clarification du champ des compétences des différents acteurs institutionnels.

M. André Lardeux a rappelé que la commission des affaires sociales du Sénat avait, en son temps, beaucoup hésité sur l'idée consistant à donner un statut de Gip aux MDPH. Avec le recul, force est de constater que les modalités opérationnelles de mise en œuvre de ces nouvelles structures ont confirmé ces craintes. Dans ces conditions, ne faudrait-il pas procéder à l'intégration pure et simple des MDPH au sein des services départementaux ?

M. Michel Moreigne s'est demandé pourquoi le Gouvernement n'a plus recours à la faculté dont il dispose de moduler par voie réglementaire le plafonnement du coût des dépenses d'Apa pour les départements les plus pauvres, dans une fourchette comprise entre 20 % et 30 % de leur potentiel fiscal. Depuis plusieurs années déjà, ce plafond est en effet maintenu à 30 %.

Cette situation est d'autant plus choquante que, dans le même temps, la CNSA a réalisé des excédents qui auraient pu bénéficier à ces départements.

M. Guy Fischer s'est inquiété de la perspective d'une augmentation inexorable du reste à charge des familles, dans un contexte de raréfaction des ressources publiques et de développement accru des mécanismes assurantiels privés.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir s'il existe bien sur le territoire national un déficit de structures d'accueil pour les jeunes handicapés, comme l'affirme M. Pierre Jamet, alors que les difficultés semblent plutôt se concentrer sur l'accueil des jeunes adultes handicapés.

M. Philippe Marini, président, a demandé un complément d'information sur l'apport des médecins coordonnateurs ainsi que sur les partenariats existants entre les établissements sociaux et médicosociaux et la médecine de ville. Puis il s'est interrogé sur l'idée qui consisterait à coupler le développement des contrats d'assurance dépendance avec la diffusion des supports existants d'épargne retraite.

Après avoir mis en avant les limites du statut juridique des MDPH sous forme de Gip, **M. Pierre Jamet** a estimé qu'il serait facilement envisageable, sur le plan technique, d'en confier la responsabilité aux conseils généraux, à condition toutefois de prévoir un budget annexe à cet effet. Une telle simplification serait particulièrement bienvenue pour la gestion des fichiers informatiques. En revanche, le choix du statut du Gip a présenté indiscutablement l'avantage de favoriser l'implication du tissu associatif. Il faut donc conserver cet acquis.

M. Pierre Jamet a ensuite regretté le décalage existant entre le suivi statistique très précis effectué par les conseils généraux au titre des dépenses d'Apa, qui intervient par exemple au mois le mois dans le cas du département du Rhône, et la lenteur de l'exploitation, deux ans plus tard, des remontées statistiques au niveau national.

Il a confirmé que les jeunes handicapés sont confrontés à des difficultés d'hébergement. Puis il a souligné l'importance du rôle joué par les médecins coordonnateurs au sein des équipes de gériatrie. S'agissant enfin du niveau du reste à charge des familles, il a observé que certains bénéficiaires de l'Apa ne mobilisent pas en totalité le plan d'aide auquel ils ont droit, ce qui confirme l'existence d'un problème dans ce domaine.

M. Raoul Briet a considéré qu'il n'y a pas de fatalité à l'augmentation du reste à charge des familles. Mais il faudrait sans doute davantage cibler l'effort de la solidarité nationale sur ceux qui en ont le plus besoin, ne serait-ce qu'en raison des contraintes démographiques et financières pesant sur notre système de protection sociale. Et dans ce contexte difficile, il semble également opportun de développer conjointement l'épargne retraite et l'assurance dépendance sous forme de produits communs.

**Audition de MM. Gérard PELHATE, président,
et Gérard SOUMET, directeur de l'action sanitaire et sociale
et des services aux personnes,
de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)
(mercredi 6 février 2008)**

Au cours de sa séance du matin du mercredi 6 février 2008, la mission a entendu **MM. Gérard Pelhate, président, et Gérard Soumet, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes, de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA).**

Après avoir rappelé que les travaux de la mission d'information visent, en amont du processus de décision, à nourrir les réflexions du Gouvernement sur le projet de loi en cours de préparation sur le cinquième risque, **M. Philippe Marini, président,** a souhaité connaître le sentiment de la mutualité sociale agricole (MSA) :

- d'une part, sur l'efficacité du système de prise en charge de la perte d'autonomie ainsi que sur les améliorations qui pourraient lui être apportées ;

- d'autre part, sur l'expérience spécifique du régime agricole en matière d'organisation de « réseaux gérontologiques ».

M. Gérard Pelhate, président de la CCMSA, a considéré que le dispositif de prise en charge de la dépendance, tel qu'il a été conçu en 2001, à l'occasion du remplacement de la prestation spécifique dépendance (PSD) par l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), constitue un progrès considérable. L'évolution du nombre des bénéficiaires, ainsi que le développement, tant quantitatif que qualitatif, des services proposés aux assurés sociaux témoignent d'une dynamique pour le moins spectaculaire. Les départements ruraux et ceux dont la population comprend une forte proportion de ménages modestes sont d'ailleurs ceux qui ont, proportionnellement, le plus bénéficié de cette montée en charge très rapide.

Il a souligné, en revanche, que le niveau actuel de l'Apa demeure trop faible pour les personnes souffrant d'une perte d'autonomie importante, notamment celles classées dans les groupes iso-ressources (Gir) 1 et 2, très majoritairement accueillies dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Mais ce phénomène de solvabilisation insuffisante des assurés sociaux touche également les personnes ayant des retraites faibles ou même moyennes.

M. Gérard Pelhate a jugé anormal que le financement d'une prestation universelle comme l'Apa repose en réalité à hauteur de 70 % sur la fiscalité locale. Ce constat peu satisfaisant, ainsi que les perspectives inéluctables de vieillissement de la population française, dont le régime

agricole mesure pour sa part d'ores et déjà les conséquences, devraient conduire les pouvoirs publics à reconsidérer les sources actuelles de financement de la dépendance. Dans cet objectif, la MSA propose :

- d'améliorer le financement public, par le biais notamment d'un renforcement de l'effort contributif des retraités eux-mêmes ;

- de rendre plus sélectifs les barèmes de l'Apa au regard du revenu des bénéficiaires, afin de dégager les moyens financiers nécessaires pour augmenter les plans d'aide des assurés sociaux qui en ont le plus besoin ;

- d'introduire une part complémentaire d'assurance afin de limiter le reste à charge des familles.

M. Gérard Pelhate a également suggéré d'encourager la préservation des solidarités familiales en envisageant des incitations fiscales spécifiques. Ainsi serait-il opportun d'ouvrir le bénéfice des avantages fiscaux du chèque emploi service universel (Cesu) aux membres d'une famille prenant en charge le financement des services dont l'un de ses parents a besoin.

M. Gérard Pelhate a ensuite souligné que le risque de devenir dépendant s'inscrit tout naturellement dans le cadre du socle de solidarité fondant la sécurité sociale, puisqu'il s'agit d'un aléa de la vie frappant inégalement les assurés sociaux. Et généralement, la personne concernée ne pourra que difficilement y faire face avec les seules ressources de sa retraite.

Dans le contexte créé par le processus de vieillissement de la population française, il a jugé logique la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale destinée à prendre en charge les personnes âgées dépendantes, ainsi que les personnes handicapées. Pour autant, la MSA n'ignore pas que les compétences confiées aux conseils généraux au titre de l'Apa et de la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi que la création récente de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), rendent sans doute cette perspective improbable. Il convient donc plutôt de raisonner sur un schéma institutionnel fondé sur une répartition des rôles entre un opérateur national, la CNSA, et les conseils généraux, en leur qualité d'acteurs locaux de proximité.

La CNSA serait ainsi chargée, comme elle le fait déjà aujourd'hui, de piloter et de réguler les conditions de mise en œuvre de la nouvelle prestation par les conseils généraux, tout en assurant une péréquation financière entre ces derniers, afin de veiller à l'égalité de traitement des bénéficiaires sur le territoire national. Dans cette configuration, les agences régionales de santé (ARS) pourraient alors constituer ses relais régionaux, en lieu et place des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass).

La mutualité sociale agricole souhaite que soit consacré, dans le nouveau dispositif, le rôle qu'elle joue, aux côtés de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) et du régime social des

indépendants (RSI), en partenariat avec eux, dans le domaine de la prévention de la dépendance.

Au sujet de la question de la convergence de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes sur la base d'une prestation unique d'accès à l'autonomie, **M. Gérard Pelhate** a souligné qu'en sa qualité de « guichet unique » de protection sociale en milieu rural, la MSA a toujours exprimé son attachement au principe de la continuité dans le temps des droits et des prestations des assurés sociaux. De fait, la barrière d'âge de soixante ans, que 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 propose d'abolir prochainement, continue à poser des difficultés pratiques considérables aux personnes handicapées et à leurs familles.

D'une façon générale, la MSA ne souhaite pas que l'on aboutisse à une prestation unique sur la base d'un panier de biens ou de services identique pour les deux populations. Elle juge, en revanche, prioritaire :

- de mettre en œuvre le principe de compensation de la perte d'autonomie en adoptant des outils harmonisés d'évaluation des besoins ;
- de fusionner les dispositifs actuellement en vigueur dans le cadre de l'Apa et de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en créant des maisons de l'autonomie.

Au sujet de la question des modalités de financement futures de la prise en charge de la dépendance, **M. Gérard Pelhate** a écarté la perspective de recourir à des mécanismes restrictifs, à l'instar de ceux existants dans le cadre de l'aide sociale départementale. Il a ainsi refusé la création d'une condition de ressources pour l'accès à la prestation, la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ou la réintroduction d'un recours sur succession, auquel l'Apa avait précisément mis un terme. Sur ce dernier point, en particulier, un retour en arrière semble difficilement concevable.

Pour autant, le financement de la dépendance ne saurait reposer sur la seule mise à contribution de la population active, ce qui aboutirait, compte tenu des perspectives démographiques défavorables, à faire peser progressivement sur les jeunes générations une charge insupportable. La MSA estime donc justifié d'augmenter de 0,9 point le taux de contribution sociale généralisée (CSG) des retraités imposables au titre de l'impôt sur le revenu, afin de l'aligner sur celui des actifs.

M. Gérard Pelhate a ensuite réaffirmé qu'un recentrage du bénéfice de l'Apa sur les publics prioritaires doit permettre de mieux aider les personnes les plus dépendantes ainsi que celles qui disposent d'une retraite d'un niveau faible ou moyen. Cette orientation supposerait de prévoir un niveau de prestations de base et complémentaire limitant fortement le reste à charge des bénéficiaires. Il serait sans doute utile de s'inspirer pour cela du système du bouclier sanitaire envisagé dans le cadre de l'assurance maladie par le rapport Briet-Fragonard.

M. Gérard Pelhate a souligné que la MSA est particulièrement soucieuse de contribuer au maintien à leur domicile des personnes âgées. Elle s'est donc attachée à soutenir le développement de réseaux gérontologiques expérimentaux, organisés autour d'une prise en charge globale des bénéficiaires. Cette démarche nécessite de confier un rôle de coordination au médecin généraliste traitant, et repose sur une meilleure articulation des secteurs sanitaire et social, ainsi que sur le renforcement de la coopération entre l'hôpital et les soins de ville.

Le bilan de ces expérimentations apparaît tout à fait positif. Depuis 2000, plus de 6 000 personnes âgées ont été prises en charge par les dix-neuf réseaux gérontologiques soutenus par la MSA et plus de 1 500 professionnels de santé, dont environ 700 médecins, y ont adhéré. On enregistre tout à la fois une diminution du nombre de journées d'hospitalisation, des dépenses d'hospitalisation et de médicaments, ainsi que du coût total mensuel par patient. Dans le rapport qu'elle a consacré en 2006 à l'utilisation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv) et à la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), l'inspection générale des affaires sociales a d'ailleurs fort justement rendu hommage à la qualité du travail ainsi réalisé.

M. Gérard Pelhate a précisé que l'engagement de soutenir le développement des réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire national figure dans le plan d'action stratégique de la MSA ainsi que dans sa convention d'objectifs et de gestion (Cog) pour la période 2006-2010. Ce soutien ne prend toutefois pas la forme d'un financement direct par la mutualité sociale agricole dans la mesure où la couverture des frais de fonctionnement de ces réseaux est assurée par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) qui a pris la suite du Faqsv et de la DNDR. La MSA apporte essentiellement un appui méthodologique, logistique et juridique, tout en faisant bénéficier ces réseaux gérontologiques de son expertise et des services à la personne qu'elle développe.

M. Gérard Pelhate s'est en revanche inquiété de voir cette dynamique potentiellement entravée par l'absence de visibilité à moyen terme attachée à ce mode de financement. Au lieu d'une enveloppe révisable chaque année en fonction des montants accordés au Fiqcs, la MSA souhaite donc que les pouvoirs publics réfléchissent à la façon de pérenniser les moyens mis à la disposition de ces réseaux qui apparaissent comme des solutions moins coûteuses que l'hospitalisation ou le placement en institution.

M. Gérard Pelhate a souligné ensuite la nécessité d'améliorer la prévention de la dépendance. La MSA propose ainsi des programmes de stimulation cognitive (Pac Eureka) ainsi que des ateliers-santé (« les ateliers du bien vieillir ») sur l'ensemble du territoire. Il faut aussi agir en priorité lorsque les assurés sociaux traversent une période de grande fragilité, comme à la fin d'une hospitalisation, lors d'une dépression nerveuse ou à l'occasion de la perte d'un conjoint ou d'un proche. La MSA et la caisse nationale

d'assurance vieillesse (Cnav) ont conçu et signé une convention de partenariat pour répondre à ce type de situation.

Après avoir remercié M. Gérard Pelhate pour l'intérêt et la qualité pédagogique de son exposé, **M. Gérard Miquel, vice-président**, a souligné l'importance de mieux prendre en compte la spécificité des territoires ruraux dans la définition de la politique de prise en charge de la perte d'autonomie.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si la MSA a évalué plus précisément l'impact des réseaux gérontologiques dont elle soutient le développement, ainsi que l'efficacité de son action tendant à prévenir le vieillissement des personnes âgées.

M. Gérard Pelhate a répondu qu'il apparaît délicat de procéder à un chiffrage très précis des économies ainsi réalisées. Pour autant, les effets positifs de cette politique constituent une certitude et la MSA fournira à la mission d'information du Sénat les données complémentaires, établies par un cabinet d'audit, dont elle dispose à ce sujet.

M. Gérard Soumet, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes de la CCMSA, a souligné en particulier que les ateliers de réactivation de mémoire présentent le grand mérite de redonner aux assurés sociaux l'envie de s'intéresser à leur environnement immédiat.

M. Gérard Miquel, vice-président, s'est inquiété de la difficulté à transformer et à agrandir les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa), dont le développement a été soutenu par la MSA. En effet, assurer leur viabilité financière suppose d'augmenter leur capacité d'accueil et le vieillissement des personnes qu'elles hébergent impose un effort d'aménagement.

M. Gérard Pelhate a précisé que les instances de la MSA travaillent sur ce sujet. Mais le concept même de Marpa, consistant à promouvoir de petites unités de vie, demeure toujours pertinent et ne doit pas être altéré. La mutualité sociale agricole envisage d'ailleurs de créer cent nouvelles Marpa qui viendront s'ajouter aux cent trente maisons déjà existantes. La réponse au vieillissement des personnes âgées dépendantes consiste essentiellement à encourager le travail en réseau en milieu rural et la MSA n'envisage pas de transformer ces Marpa en des Ehpad accueillant plus de soixante personnes.

M. Guy Fischer a souhaité savoir si la principale préoccupation de la MSA consiste à éviter que le reste à charge des assurés sociaux ne s'accroisse, notamment par les personnes classées en Gir 1 et 2.

M. Gérard Pelhate a estimé que le principe d'équité conduit nécessairement à rechercher une plus grande maîtrise du reste à charge des familles. Sans revenir sur le principe d'une prestation universelle offerte à tous, il faudrait probablement lier davantage le niveau de la prise en charge assumée par la solidarité nationale aux revenus des personnes âgées dépendantes.

**Audition de MM. Claudy LEBRETON, président,
et Louis de BROISSIA, premier vice-président,
de l'assemblée des départements de France (ADF)**
(mercredi 6 février 2008)

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 6 février 2008, la mission d'information a entendu **MM. Claudy Lebreton, président, et Louis de Broissia, premier vice-président, de l'assemblée des départements de France (ADF).**

M. Philippe Marini, président, a souligné que la mission compte, parmi ses membres, plusieurs présidents et vice-présidents de conseils généraux, ce qui témoigne de sa forte sensibilité pour les questions relatives au rôle et aux compétences des départements.

Il a indiqué que la mission souhaite connaître l'analyse des départements sur la prise en charge actuelle de la dépendance, le montant des sommes versées par ces derniers au titre de la dépendance, les disparités régionales constatées - tant du point de vue de l'offre des services proposés aux personnes âgées dépendantes que de celui du coût net incombant aux conseils généraux -, la coordination des actions des différents intervenants sur le terrain, enfin, l'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'articulation de son rôle avec celui des départements.

Il a, par ailleurs, indiqué que la mission sera attentive aux propositions d'amélioration suggérées par l'assemblée des départements de France (ADF), tant du point de vue de la gouvernance que des conditions de prise en charge de la dépendance, rappelant, à cet égard, les propos du Président de la République lors de son intervention du 18 septembre 2007, au Sénat, sur la complexité et l'opacité du dispositif actuel.

M. Claudy Lebreton a rappelé que l'ADF s'exprimerait, dans le cadre de cette audition, à plusieurs voix grâce à la participation de M. Louis de Broissia, premier vice-président, et à la présence de M. Bernard Cazeau, président de la commission des politiques sociales et familiales au sein de l'ADF, particulièrement chargée des personnes retraitées et âgées, et des personnes en situation de handicap.

Il a tout d'abord indiqué que le problème auquel l'ADF se trouve confrontée n'est pas simplement celui de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ou handicapées. Cette question est certes légitime : elle concerne environ 5 à 6 % des personnes hébergées dans les établissements pour personnes âgées et retraitées. La préoccupation de l'ADF est aussi celle du « bien vieillir dans notre société », c'est-à-dire celle de la mise en place de

politiques de prévention de la dépendance, ce que les départements ont d'ailleurs commencé à faire en direction des personnes retraitées ou proches de la retraite.

Il a ensuite insisté sur la réactivité de l'administration territoriale départementale s'agissant de l'application des textes relatifs à l'action sociale des départements, en dépit, parfois, des retards pris dans la publication des décrets d'application. Il a cité l'exemple de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (Apa), pour laquelle les départements ont pu procéder au versement des prestations dès le 2 janvier 2002, soit moins de six mois après sa création par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001. Les enjeux ont été les mêmes s'agissant du revenu minimum d'insertion (RMI), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

M. Claudy Lebreton a également souligné l'hétérogénéité des politiques départementales, ainsi qu'en témoigne, notamment, l'évaluation conduite par l'ADF sur la mise en place des MDPH : bien que la forme juridique retenue soit celle du groupement d'intérêt public (Gip), certains départements, au moins dans un premier temps, ont eu tendance à considérer ces structures comme des services départementaux, alors que le Gip suppose un partenariat avec les associations, les syndicats et les services administratifs nationaux.

Cette hétérogénéité des politiques départementales est en réalité intrinsèquement liée au principe de décentralisation, qui est synonyme de différences, ce que les concitoyens, voire les élus, ont tendance à oublier. En effet, la décentralisation induit des choix politiques d'organisation et de priorités différents selon les collectivités. Cette diversité résulte également des situations démographiques, économiques, financières et fiscales différentes des départements.

S'agissant de l'Apa, il a jugé satisfaisante la façon dont l'allocation est mise en œuvre, estimant que les enjeux actuels dépassent la simple question de l'application des textes en vigueur en la matière. **M. Claudy Lebreton** a insisté sur deux problèmes principaux :

- d'une part, la professionnalisation des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment celle des auxiliaires de la vie sociale et, plus généralement, celle de l'ensemble des acteurs du secteur médicosocial ;

- d'autre part, la répartition de la charge supportée, au titre de l'Apa, par l'Etat, via la CNSA, et les départements. Bien que les débats parlementaires au moment de l'examen de la loi instituant l'Apa laissent envisager une prise en charge pour moitié par l'Etat et, pour l'autre, par les départements, ces derniers supportent en réalité aujourd'hui en moyenne 60 % du financement de cette allocation, contre 40 % pour l'Etat. Dans certains cas, la part prise en charge par l'Etat représente moins de 30 %. Dans d'autres

départements, comme le département de la Creuse, celle-ci représente entre 40 et 45 % du financement de l'Apa.

S'agissant de la PCH, la montée en charge du dispositif est moins importante que prévu, ce qui résulte du nombre restreint de familles qui, percevant l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), ont exercé leur droit d'option en faveur de la PCH.

M. Claudy Lebreton a évalué à 6 milliards d'euros les dépenses en faveur des personnes âgées supportées par les départements et à 4 milliards d'euros celles en direction des personnes handicapées.

Abordant la question de la gouvernance de la prise en charge de la dépendance, il a indiqué que l'ADF est favorable aux propositions formulées par la CNSA dans son rapport d'activité pour 2007, c'est-à-dire notamment à la mise en place d'une cinquième branche de la sécurité sociale avec un financement assis sur la fiscalité nationale et départementale. En revanche, l'ADF ne s'est pas encore prononcée sur la question de la part de la prise en charge de la dépendance devant relever de l'assurance privée.

L'ADF plaide, par ailleurs, pour une approche convergente de la prise en charge des aides aux personnes handicapées et des aides aux personnes âgées dépendantes, telle que la préconise la CNSA.

A titre liminaire, **M. Louis de Broissia** a indiqué que les cent deux conseils généraux sont aujourd'hui confrontés à de nouvelles responsabilités. Il a ainsi rappelé le contexte général dans le lequel s'inscrit le débat actuel sur la prise en charge de la dépendance en dressant un bref historique des textes législatifs ayant transféré aux départements des compétences en matière d'action sociale :

- les lois de décentralisation de 1981 et 1982 qui ont confié aux départements une première responsabilité universelle, celle de la protection de l'enfance : les départements ont, depuis lors, l'obligation légale d'accueillir les enfants en situation de grande fragilité. Actuellement près de 300 000 enfants en situation de danger seraient ainsi concernés ;

- la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 qui crée l'Apa. A cet égard, **M. Louis de Broissia** a, de nouveau, souligné la mise en œuvre très rapide de ce texte par les départements. La création de l'Apa, qui a connu un succès plus important que prévu, répondait à une évolution forte de la société : d'une part, la dégradation du tissu familial et l'éclatement des familles multigénérationnelles ; d'autre part, le passage d'une logique d'aide sociale facultative à une logique d'aide sociale universelle. Sur ce dernier point, il a souligné la revendication clairement affichée de l'ADF pour une approche universelle et personnalisée de la personne en difficulté.

M. Louis de Broissia a ensuite indiqué que les législateurs successifs ont eu tendance à considérer que les départements sont suffisamment réactifs, professionnels et motivés pour prendre en charge les grandes évolutions sociétales récentes. Ainsi, pour une part majeure de leur budget, les

départements ne sont pas des collectivités libres de leur choix, mais des collectivités qui appliquent des règles de solidarité nationale selon des modalités de financement souvent imprécises, ainsi qu'en témoignent :

- la répartition du financement de l'Apa entre l'Etat et les départements : les travaux parlementaires laissaient penser à une répartition à parts égales ; en réalité l'Etat en supporte en moyenne seulement 32 % ;

- la protection de l'enfance, pour laquelle aucun système de péréquation n'est prévu et la compensation insatisfaisante ;

- la prise en charge du handicap : si la PCH fait l'objet d'une compensation quasi intégrale, la mise en place des MDPH pose plus de difficultés ;

- enfin, les dépenses supportées au titre du RMI, compensées à hauteur de 94 % seulement.

M. Louis de Broissia a fait part de son sentiment selon lequel l'Etat, dès lors qu'il est confronté à des risques sociétaux lourds, transfère la prise en charge de ces risques aux départements sans établir des règles de péréquation financière précises. C'est pourquoi les conseils généraux, étant donné leur diversité, demandent de nouvelles règles de péréquation qui ne reposent pas uniquement sur la prise en compte de la richesse des collectivités, mais aussi sur leur situation démographique, notamment le vieillissement de leur population, et sur leurs atouts économiques.

Il a estimé que, si la dépendance n'est pas prise en compte par la solidarité nationale, les départements ne pourront plus, à terme, remplir que cette mission, au détriment de leur action menée en matière d'éducation, d'aménagement du territoire ou de leur partenariat avec les communes et groupements de communes, facteur important de la cohésion territoriale.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité que l'ADF fasse part de son expérience quotidienne en matière de gestion de l'Apa, qu'il s'agisse du point de vue des équipes médicosociales, des populations concernées, ou de ses aspects budgétaires.

Il s'est ensuite interrogé sur plusieurs points :

- le décalage conséquent entre le tendanciel moyen de progression du nombre de personnes âgées dépendantes (+ 1 % par an), tel qu'il a été établi notamment dans le rapport de Mme Hélène Gisserot de mars 2007, et le taux de croissance effectivement constaté ces dernières années (+ 8 %) pour le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

- la coordination des acteurs intervenant dans la prise en charge de la dépendance et l'articulation des compétences entre les conseils généraux, la CNSA et la sécurité sociale ;

- la tarification tripartite des établissements sociaux et médicosociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes : faut-il conserver la tarification tripartite ou s'orienter vers une tarification unique, ce qui reviendrait à

transférer aux départements la totalité des compétences en matière de fixation des tarifs dans ce type d'établissement, y compris le tarif soins versé par l'assurance maladie ;

- le champ de compétences des futures agences régionales de santé (ARS) : celles-ci doivent-elles avoir des compétences dans le secteur médicosocial ?

- les limites éventuelles de la mise en place d'une approche convergente de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- les causes du retard de la politique de conventionnement tripartite des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), certaines personnes auditionnées ayant jugé que ces retards pouvaient être, en partie, imputés aux conseils généraux ;

- la prise en compte du patrimoine dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, soit au moment du calcul des prestations, soit par la mise en place d'un dispositif de recours sur succession ;

- enfin, l'application différenciée de la grille Aggir sur le territoire.

Après avoir indiqué que l'ADF fera parvenir à la mission des réponses écrites au questionnaire qui lui a été adressé, **M. Claudy Lebreton** a, de nouveau, insisté sur le caractère inévitablement différencié des politiques départementales, cette différenciation résultant de la logique même de la décentralisation qui amène les départements à opérer des choix politiques spécifiques, conformément au principe de libre administration. A titre de comparaison, il a cité l'exemple de la gratuité des transports scolaires pratiquée dans certaines collectivités et pas dans d'autres. Le retour à une gestion par l'administration nationale déconcentrée ne serait pas forcément le gage d'une application uniforme des textes en vigueur sur le territoire. Il a jugé que le succès de la décentralisation tient à la réactivité des collectivités territoriales et à la proximité des élus locaux, tout en soulignant que l'hétérogénéité des politiques menées par les départements tient davantage à leur histoire qu'à des clivages partisans.

S'agissant de l'évolution tendancielle des dépenses relatives à l'Apa, **M. Claudy Lebreton** a rappelé que la montée en charge de cette allocation a été beaucoup plus rapide que prévu, ce qui témoigne de l'attente forte des personnes directement concernées par ce dispositif, mais également de leur famille, dans la mesure où cette allocation touche à la fois la personne dépendante mais également son environnement familial. L'évolution des dépenses liées à l'Apa tient à deux phénomènes : d'une part, l'allongement de l'espérance de vie et donc l'augmentation du nombre des personnes dépendantes, d'autre part, la survenance d'accidents brutaux qui peuvent provoquer une perte d'autonomie. L'évolution tendancielle des dépenses d'Apa doit également être analysée au regard d'un phénomène nouveau : les demandes de correction des groupes iso-ressources (Gir) dans lesquels sont

classées les personnes dépendantes, afin de tenir compte de l'évolution de leur état de dépendance. Or ces demandes de correction induisent des dépenses supplémentaires pour les départements, même si le nombre de bénéficiaires reste stable par ailleurs.

M. Louis de Broissia a, de nouveau, souligné la réactivité remarquable des conseils généraux dans la mise en œuvre de l'Apa, ce dont l'Etat et ses services déconcentrés n'auraient certainement pu être capables. Cette réponse, plus ou moins rapide selon les départements, résulte de l'effet d'entraînement que provoque la décentralisation : chaque département est amené à observer ce que font les autres collectivités.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a considéré que ce discours ne plaide pas en faveur de la mise en place d'une cinquième branche de sécurité sociale.

M. Louis de Broissia a indiqué que l'ADF est favorable à la création d'une cinquième branche qui financerait des opérations mises en œuvre par les départements avec les spécificités qui les caractérisent.

Il a également précisé que le succès de l'Apa s'explique par l'absence de mécanisme de récupération sur succession. L'ADF n'est, à cet égard, pas favorable à la mise en place d'un tel dispositif s'agissant de cette allocation.

M. Claudy Lebreton a indiqué que la mise en place des MDPH a été plus complexe que celle de l'Apa en raison de la multiplicité des partenaires intervenant dans ces structures. En particulier, les associations représentatives des familles et des personnes handicapées n'étaient pas complètement acquises à l'idée que les MDPH soient gérées par les départements.

S'agissant de leur forme juridique, l'ADF était opposée au groupement d'intérêt public (Gip). Elle aurait préféré la mise en place d'établissements publics départementaux, sous une forme juridique similaire à celle retenue pour les centres communaux d'action sociale (CCAS). Le recours à cette forme juridique aurait permis de régler, en partie, le problème du statut du personnel mis à disposition dans ces structures ; aujourd'hui les personnes employées dans les MDPH relèvent de régimes juridiques très différents (fonctionnaires de l'Etat mis à disposition, fonctionnaires territoriaux, personnes employées directement par le Gip).

Une autre difficulté dans la mise en place des MDPH tient aux conceptions divergentes que les départements et la CNSA ont à l'égard de ces structures : la CNSA a eu tendance à considérer les MDPH comme des services extérieurs dépendant d'elle, destinés à mettre en œuvre une politique nationale, alors que l'ADF mettait en avant une culture de décentralisation et la libre administration. Aujourd'hui, le partage des compétences semble poser moins de difficultés. A cet égard, une convention devrait bientôt être signée entre l'ADF et la CNSA.

S'agissant des conventions tripartites, il a considéré que, malgré certaines difficultés dans leur application tripartite, le principe d'une tarification distinguant les dépenses de soins, de dépendance et d'hébergement

fonctionne assez bien et est relativement cohérent. Si ce dispositif doit être réformé, il convient néanmoins de préparer en amont ces changements, afin d'assurer une appropriation des nouvelles règles par les différents partenaires. L'ADF n'est pas favorable aux propositions de la mission de préfiguration de la CNSA de 2004 conduite par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet consistant à transférer aux départements la totalité des compétences en matière de fixation des tarifs dans ce type d'établissement, y compris le tarif soins versé par l'assurance maladie.

M. Louis de Broissia a mis en garde contre la tendance politique forte qui consiste à demander aux départements de prendre en charge les politiques de santé et donc les dépenses de soins afférentes. A cet égard, il a rappelé que la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie va davantage dans le sens d'une « recentralisation » des politiques de santé.

S'agissant des ARS, **M. Claudy Lebreton** a indiqué que l'ADF s'interroge sur les avantages qui pourraient résulter, pour les départements, de leur participation à ces structures. Il est vraisemblable que si la question était posée, une majorité de l'ADF prônerait une représentation des départements au sein des ARS, notamment afin de leur permettre de participer aux discussions sur la réorganisation de la carte hospitalière. Mais les départements ne veulent pas intervenir dans la définition de la politique de santé.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a considéré qu'il faut que les départements participent aux travaux de ces structures mais sans en être membres et qu'ils refusent toute prise de responsabilité dans le domaine sanitaire.

M. François Autain a estimé que ces deux aspects sont néanmoins très liés.

S'agissant de l'approche convergente de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, **M. Claudy Lebreton** a indiqué que l'ADF est favorable à la position de la CNSA sur ce point, dans la mesure où la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées relève d'une politique familiale et qu'il est possible de rapprocher les services qui interviennent dans la prise en charge de ces deux publics.

Il a indiqué que, selon un rapport d'audit sur l'évolution des dépenses des départements, la capacité de désendettement moyenne des départements s'échelonne sur une période de douze à vingt ans. Trois dépenses pèsent particulièrement sur les budgets des départements : les dépenses relatives à l'Apa, le RMI et la PCH.

M. Charles Guené a estimé que l'ADF semble mener ses réflexions sur la prise en charge de la dépendance dans l'absolu, c'est-à-dire sans réellement tenir compte de la contrainte budgétaire forte à laquelle les pouvoirs publics sont confrontés. S'agissant de la gouvernance, il a indiqué

que l'ADF paraît être sur une position défensive, alors que l'idée n'est pas de retirer la compétence des départements en matière de prise en charge de la dépendance. Il a précisé que si la mise en place d'un cinquième risque peut apparaître comme une bonne solution, elle pourrait néanmoins déresponsabiliser les individus et ainsi être source de dépenses supplémentaires. De même a-t-il considéré qu'une approche convergente de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées entraînera nécessairement un nivellement par le haut des dispositifs et donc un accroissement des dépenses. Il s'est enfin interrogé sur les réticences de l'ADF à la prise en compte du patrimoine dans la prise en charge des personnes dépendantes, que ce soit lors du calcul des prestations ou par le biais de la mise en place d'un dispositif de récupération sur succession.

M. Michel Moreigne a indiqué que, quelle que soit la solution retenue, il y a une forte probabilité pour que les conseils généraux continuent d'être des contributeurs importants du financement de la dépendance. La principale préoccupation doit aujourd'hui porter sur la péréquation. Il est un aspect de la péréquation qui, jusqu'à présent, n'a pas fonctionné : alors que le Gouvernement a la possibilité de fixer, par décret, la charge nette des départements dans une fourchette comprise entre 20 et 30 % de leur potentiel fiscal, cette disposition n'a pas été appliquée. **M. Michel Moreigne** a ainsi souhaité savoir si l'ADF entend soulever cette question auprès de la CNSA et du Gouvernement et plaider en faveur de la mise en œuvre d'une réelle péréquation verticale. A cet égard, il s'est interrogé sur les moyens d'influence dont dispose la CNSA en la matière.

M. François Autain a, tout d'abord, abordé la question de la répartition de la charge induite par la mise en place de l'Apa entre l'Etat et les départements, précisant que, contrairement à ce que pouvaient laisser penser les débats parlementaires de l'époque, les départements contribuent davantage que l'Etat en la matière. Il a également rappelé les propos de M. Raoul Briet qui, lors de l'audition de la matinée, a indiqué que les crédits alloués aux départements au titre de l'Apa sont suffisants. Il a dès lors souhaité connaître les causes des disparités constatées d'un département à l'autre s'agissant de l'attribution de cette allocation : ces différences sont-elles le fruit de choix politiques différents ou d'une carence de l'Etat ?

Il s'est ensuite interrogé sur la proposition de la CNSA, à laquelle l'ADF adhère, tendant à la mise en place d'une cinquième « branche », soulignant que les intervenants n'ont pas utilisé le terme de « cinquième risque ». Il a souhaité savoir si la CNSA pourrait être l'embryon de cette cinquième branche et quelles seraient les ressources de celle-ci.

Après avoir indiqué qu'il n'était pas opposé à ce qu'un lien soit établi entre le patrimoine et la dépendance, **M. François Autain** a suggéré l'instauration d'une taxe sur le patrimoine, par exemple une taxe additionnelle à l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF). Ce dispositif serait plus juste qu'un mécanisme faisant dépendre l'Apa du niveau de patrimoine de la personne âgée dépendante.

M. Guy Fischer a souligné la difficulté d'avoir une connaissance parfaite du processus de formation des prix de l'hébergement en Ehpad, ce qui est source de difficultés pour les familles. C'est pourquoi il s'est interrogé sur l'opportunité du maintien du mécanisme de tarification tripartite actuellement en vigueur.

Il a, par ailleurs, souhaité savoir si l'ADF dispose d'une étude sur les restes à charge supportés par les familles. A cet égard, il s'est interrogé sur les conséquences pour les familles de la mise en place de la proposition formulée par **M. Philippe Marini, président**, lors de l'audition de la matinée, visant à laisser le choix aux personnes dépendantes disposant d'un certain niveau de patrimoine entre deux options : bénéficier d'une prestation à taux minoré ou bénéficier d'une prestation à taux plein avec une récupération sur succession.

En réponse à M. Charles Guéné, **M. Claudy Lebreton** a indiqué qu'un effort important doit être fait en matière de prévention de la dépendance, ce qui suppose des financements supplémentaires.

Il a souligné que les départements n'ont pas demandé à être compétents en matière de dépendance et qu'à cet égard, ils subissent en réalité des dépenses pour lesquelles ils n'ont aucune marge de manœuvre. S'il est décidé de confier la gestion d'un éventuel cinquième risque à un autre organisme que les départements, l'ADF ne s'y opposerait pas, même si une telle solution ne serait pas forcément source d'une plus grande efficacité.

Plusieurs questions doivent être tranchées lorsqu'est abordée la question de la mise en place d'un cinquième risque ou d'une cinquième branche : la dépendance est-elle un risque ou une évolution normale de l'état de santé des individus ? La maladie d'Alzheimer doit-elle être considérée comme une pathologie ou une perte d'autonomie ?

Il a indiqué que l'ADF serait favorable à un financement de l'Apa, à parts égales, entre l'Etat et les départements. Il a précisé qu'une réelle péréquation ne sera pas possible tant que ne sera pas créé un fonds national de péréquation alimenté par une ressource nationale pérenne. En termes de ressources, il serait normal qu'à l'avenir une partie de la contribution sociale généralisée (CSG) finance l'action sociale des départements.

L'ADF souhaiterait que les départements ne soient pas de simples contributeurs au financement des prestations versés, mais soient au cœur de l'action et de la mise en œuvre de ces dispositifs.

M. Claudy Lebreton a relevé deux principaux facteurs du développement de l'assurance dépendance : d'une part, la peur du futur des individus, d'autre part, le fait que ces derniers ne croient plus à la solidarité nationale.

Il a indiqué ne pas disposer d'éléments sur la question des restes à charge des familles et des personnes concernées.

M. Claudy Lebreton a précisé qu'il n'est pas favorable à la mise en place d'un dispositif de récupération sur succession, dans la mesure où un tel mécanisme induirait des disparités en fonction de l'origine de la dépendance des personnes âgées : si la situation de dépendance résulte d'une maladie, la prise en charge de l'individu relèvera de la solidarité nationale, alors que si la dépendance trouve son origine dans le seul vieillissement de la personne, il sera fait appel à son patrimoine.

M. Charles Guené a précisé que des solutions articulant, d'une part, la solidarité nationale, d'autre part, la prise en compte du patrimoine dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont possibles.

Faisant référence à la proposition de M. Philippe Marini, président, **M. François Autain** a indiqué qu'il semble difficile de concilier la mise en place d'un droit universel à la prise en charge de la perte d'autonomie et l'instauration d'un mécanisme demandant aux personnes concernées de choisir le mode de financement de ce droit.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a indiqué que la proposition de M. Philippe Marini, président, ne remet pas en cause, selon lui, l'idée d'un socle universel de solidarité nationale et s'applique uniquement à la part complémentaire de la prise en charge de la dépendance.

Table ronde avec les représentants des usagers
(mercredi 6 février 2008)

Au cours de sa séance de l'après-midi du mercredi 6 février 2008, la mission a organisé une table ronde réunissant **Mmes Marie-Thérèse d'Argenson, présidente de l'association Vieillir dans la dignité et le bien-être en Ile-de-France (Vedibe-IDF) et secrétaire de la fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef), Janine Dujay-Blaret, première vice-présidente de la fédération nationale des clubs d'aînés ruraux (FNCAR), membre du conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), vice-présidente du comité nationale des retraités et personnes âgées (CNRPA), MM. Benoît Jayez, secrétaire général adjoint de l'union confédérale des retraités Force-ouvrière (FO), membre du conseil de la CNSA, Guy Le Rochais, vice-président délégué de l'union nationale associations Alzheimer (France Alzheimer), membre du conseil de la CNSA, Mme Marie-Béatrice Levaux, présidente de la fédération nationale des particuliers employeurs (Fepem), membre suppléant du conseil de la CNSA, M. Paul Maloisel, membre du conseil d'administration de la fédération nationale des associations de retraités (Fnar), membre suppléant du conseil de la CNSA, et Mme Marie Rozet, présidente de la fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat (Fenara), membre suppléant du conseil de la CNSA.**

M. Bernard Cazeau, vice-président, a présenté les trois thèmes abordés dans le cadre de la table ronde :

- le « vécu » sur le terrain, et plus particulièrement le débat sur la qualité des aides apportées aux personnes âgées dépendantes et sur le libre choix entre une prise en charge en établissement ou à domicile ;

- l'architecture institutionnelle de la prise en charge de la dépendance, ainsi que le périmètre du cinquième risque ;

- enfin, la question du financement de la prise en charge de la dépendance et, plus particulièrement, le problème du reste à charge pour les familles.

Abordant le premier thème de discussion, il a indiqué que la mission souhaite, en particulier, recueillir le point de vue des usagers sur l'offre et la qualité actuelle de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, sur l'adaptation des réponses apportées aux différents types de dépendance, sur le statut et le soutien des aidants familiaux et, enfin, sur la maltraitance.

A titre liminaire, **Mme Janine Dujay-Blaret, première vice-présidente de la FNCAR et membre de la CNSA**, a indiqué qu'elle intervenait notamment en sa qualité de vice-présidente du comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), instance consultative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées. Elle a appelé de ses vœux la mise en place d'une prestation dépendance accordée en dehors de tout critère lié à l'âge et, ainsi, la suppression de la barrière des soixante ans. Il convient d'assurer la convergence entre la prise en charge des personnes âgées dépendantes et celle des personnes handicapées, conformément d'ailleurs aux orientations de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette convergence n'implique pas que la prise en charge soit identique.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a estimé que cette question trouverait davantage sa place dans le cadre du deuxième thème de la table ronde.

Mme Marie-Thérèse d'Argenson, présidente de l'association Vedibe-IDF et secrétaire de la Fnapaef, après avoir présenté le rôle de la fédération nationale des associations de personnes âgées et de leur famille (Fnapaef), a énuméré les principaux problèmes auxquels sont confrontées les personnes s'occupant de leurs proches :

- le manque de personnel, et en particulier de personnel qualifié, notamment dans la prise en charge des maladies d'Alzheimer et de Parkinson. Le besoin de formation, nécessaire pour prévenir le risque de maltraitance, existe également pour les familles qui interviennent à domicile auprès de leurs parents dépendants ;

- l'insuffisante articulation entre les différentes formes de prise en charge. L'intégration en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) reste insuffisante et nécessiterait de recourir à une personne référente chargée de veiller à la mise en place d'un véritable « projet de vie » ;

- la faible qualité des plats offerts dans le cadre de la restauration collective et l'inadaptation du temps consacré aux repas, ce qui se traduit parfois par la dénutrition de certaines personnes âgées.

S'agissant du choix offert aux personnes âgées dépendantes entre maintien à domicile et accueil en établissement, elle a noté le manque de places disponibles en Ehpad et le coût élevé des structures privées, qui avoisine 4 000 euros mensuels en certains endroits, alors que le montant mensuel moyen des retraites s'élève à 1 200 euros. Or ces facteurs sont déterminants dans le choix du mode de prise en charge et, pour nombre de personnes, il est aujourd'hui impossible d'accéder à une place en Ehpad. Il serait, par ailleurs, souhaitable de développer les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Mme Marie-Thérèse d'Argenson a par ailleurs estimé que l'égalité territoriale n'existe pas. Les communes attribuent notamment parfois aux

personnes âgées des aides extra-légales, ce qui entraîne des disparités à travers le pays.

Elle a souligné les difficultés rencontrées par les aidants familiaux. Ceux-ci, parfois eux-mêmes assez âgés, ne peuvent pas et ne doivent pas être considérés comme le pilier de l'aide : leur rôle est avant tout d'apporter aux personnes dépendantes le soutien affectif et psychologique que les professionnels ne sont pas toujours en mesure de leur fournir.

Tout en soulignant l'intérêt des dispositifs d'accueils temporaires de jour et de nuit, elle a fait valoir qu'ils ne sont pas adaptés aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui ont avant tout besoin d'un maintien des repères. Le développement des « baluchons Alzheimer », c'est-à-dire d'organisations dans lesquelles des personnes accompagnent le malade à domicile, constitue une voie intéressante et l'on peut regretter que cet objectif ne figure plus au sein du plan Alzheimer que vient d'annoncer le Président de la République.

Un immense travail de formation des personnels reste, par ailleurs, à mener dans le domaine de l'accompagnement en fin de vie et dans celui des soins palliatifs, aussi bien en établissement qu'à domicile. Le développement d'Ehpad au sein des établissements de santé n'est pas une voie à suivre, dans la mesure où ces derniers ont une culture technique, alors que les personnes ont d'abord besoin de chaleur humaine. Il conviendrait, par ailleurs, de développer des structures intermédiaires comme les logements-foyers, en les réadaptant aux besoins des personnes accueillies.

Enfin, sur le problème particulier de la maltraitance, **Mme Marie-Thérèse d'Argenson** a souligné que celle-ci peut prendre des formes multiples. Le fait de ne pas accorder les bons moyens d'accompagnement peut ainsi lui être assimilé. Dans les Ehpad, le rôle des directeurs d'établissement est également essentiel. Enfin, dans les établissements où le pourcentage de malades d'Alzheimer accueillis est élevé (il est de 70 % à certains endroits), il faut aussi prendre soin de la situation des autres malades résidents, qui risquent de se retrouver en situation d'isolement croissant.

M. Guy Le Rochais, vice-président délégué de l'union nationale associations Alzheimer (France Alzheimer), membre du conseil de la CNSA, a rappelé que 60 à 70 % des personnes dépendantes vivent toujours à domicile. S'agissant plus particulièrement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il convient de distinguer différents stades de dépendance. En effet, cette maladie ressemble à un escalier dont les différentes marches représentent les multiples stades, chacun nécessitant des offres et des réponses de plus en plus médicalisées.

L'offre actuelle de prise en charge de la maladie d'Alzheimer n'est pas suffisamment souple aujourd'hui, de même que l'articulation entre les domaines sanitaires et médicosociaux est trop faible.

La notion d'accueil de jour recouvre en réalité des réalités différentes - accueil thérapeutique de jour, accueil de répit, accueil temporaire, accueil de nuit... L'accueil thérapeutique de jour constitue une solution intéressante, mais on en dénombre moins de 700 places aujourd'hui en France. Le coût d'une structure d'accueil thérapeutique de jour peut être évalué à près de 250 000/300 000 euros pour quinze personnes par jour.

Par ailleurs, près de 80 % des lits temporaires sont en pratique transformés en lits d'hébergement permanents, ces lits étant difficiles à gérer pour les directeurs d'établissement. Il conviendrait de prévoir une ligne budgétaire spécifique pour financer ces dispositifs, qui correspondent à une forte demande des familles, en complément du maintien à domicile. Ce terme de « maintien » à domicile apparaît d'ailleurs impropre et il serait préférable de parler de « bien vivre » à domicile. D'autres expériences, comme celles des « baluchons Alzheimer », présentent un intérêt, dans cette perspective de complémentarité.

M. Guy Le Rochais a également noté la faiblesse du taux d'encadrement des personnes accueillies en Ehpad, même si les moyens ne constituent pas la seule difficulté. La question du temps d'accompagnement est également essentielle : ainsi, on peut estimer à 120 secondes seulement par jour le temps de parole accordé aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer hébergées en Ehpad.

S'appuyant sur un exemple concret, il s'est déclaré défavorable au développement d'Ehpad au sein des établissements de santé, en mettant en évidence la différence de coût entraînée par le passage du secteur sanitaire au secteur médicosocial au sein d'un même lieu.

Sur ce dernier point et au vu du manque de places au sein des établissements spécialisés, **M. Guy Fischer** s'est interrogé sur la transformation, à l'avenir, des hôpitaux en structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes par redéploiement des lits des établissements de soins vers les établissements du secteur médicosocial. S'agissant de la prise en charge à domicile, il a rappelé l'abnégation et parfois les souffrances que ce mode de garde représente pour les familles s'occupant d'un proche dépendant.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si les représentants des usagers estiment préférable de favoriser le maintien à domicile par rapport à l'accueil en Ehpad. Il s'est également interrogé sur l'existence de différences de traitement de la prise en charge des personnes dépendantes entre le milieu urbain et les zones rurales.

Mme Marie-Béatrice Levaux, présidente de la Fepem, membre suppléant du conseil de la CNSA, a estimé indispensable, pour l'avenir, de porter une attention particulière aux mouvements démographiques : en effet, les personnes retraitées ont tendance à ne pas prendre leur retraite à l'endroit où elles ont vécu et à privilégier certaines régions, ce qui a un impact sur les politiques menées par les conseils généraux. Il est donc important d'avoir ces mouvements présents à l'esprit, afin de permettre une meilleure

compréhension des spécificités territoriales et une prise en compte de ces spécificités par les pouvoirs publics nationaux et locaux.

S'agissant du maintien à domicile, elle a indiqué que les qualifications des professionnels salariés doivent évoluer en fonction du stade de dépendance de leur employeur. Certaines personnes peuvent ainsi avoir à faire face au glissement de leurs tâches d'assistance ménagère vers un véritable accompagnement médical, ce qui justifierait une professionnalisation de leurs actes. Elle a prôné en ce sens un assouplissement de la frontière -qu'elle a qualifiée de « Ligne Maginot » - entre les domaines sanitaire et médicosocial afin de sécuriser les actes d'aide à domicile.

Abordant le deuxième thème de la table ronde, consacré à l'architecture institutionnelle de la prise en charge de la dépendance, ainsi qu'au périmètre du cinquième risque, **M. Bernard Cazeau, vice-président**, s'est demandé quelles sont les conséquences des cloisonnements administratifs et institutionnels sur la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il s'est ensuite interrogé sur l'opportunité de favoriser l'émergence d'un interlocuteur unique pour résoudre ces problèmes ainsi que, plus généralement, sur l'alternative entre la mise en place d'une cinquième branche ou d'un cinquième risque de protection sociale afin de couvrir les besoins de la population en matière de perte d'autonomie.

Après avoir rappelé qu'il intervient dans cette table ronde en qualité de membre du conseil de la CNSA, mais également comme membre du bureau du comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA), **M. Benoît Jayez, secrétaire confédéral adjoint de l'union confédérale des retraités FO et membre du conseil de la CNSA**, a résolument pris position en faveur de la création d'un cinquième risque de protection sociale. Conformément aux orientations présentées par le rapport annuel 2007 de la CNSA, il s'agit de mettre en œuvre une prestation de compensation de la perte d'autonomie, sans distinction d'âge des assurés sociaux, avec un financement reposant sur la solidarité nationale. Il faut pour cela concevoir un mode de gouvernance alliant un pilotage national avec une gestion de proximité.

Il a ensuite estimé que le débat actuel sur l'amélioration de la prise en charge de la dépendance doit permettre d'aller au-delà des progrès enregistrés à l'occasion de la création de l'Apa, il y a quelques années. Puis, faisant référence à l'amendement déposé au Sénat à l'occasion de l'examen de la loi de finances pour 2008, il s'est déclaré totalement opposé à la perspective de la réintroduction éventuelle d'un recours sur la succession des bénéficiaires de l'Apa : il ne faudrait pas revenir à la situation qui prévalait à la fin des années quatre-vingt-dix, lorsque les personnes âgées hésitaient à demander le bénéfice de la prestation spécifique dépendance (PSD) de crainte de voir amputé, après leur décès, le patrimoine qu'elles souhaitent laisser à leurs enfants.

M. Benoît Jayez a estimé que la nouvelle prestation de compensation de la perte d'autonomie qui sera prochainement mise en œuvre nécessitera de clarifier les frontières avec le champ d'intervention de l'assurance maladie.

Toutefois, procéder à une distinction claire entre les soins médicaux pris en charge par la Cnam et les dépenses liées à la dépendance ne sera pas un exercice facile pour des pathologies invalidantes comme les scléroses en plaques ou la maladie de Parkinson.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a précisé que l'amendement auquel faisait référence M. Benoît Jayez dans son propos, trouvait sa place dans les débats budgétaires de la fin de l'année 2007 et n'a pas été adopté. Il ne constituait donc pas une prise de position engageant l'ensemble du Sénat.

Mme Janine Dujay-Blaret a exprimé à son tour son attachement au principe d'une prise en charge collective de la perte d'autonomie, quel que soit l'âge des assurés sociaux. La prestation nouvelle qu'il convient de créer pour y pourvoir doit compléter la couverture des dépenses de soins des personnes dépendantes et s'ajouter aux revenus de remplacement dont elles bénéficient. D'une façon générale, il faut envisager une compensation universelle de la perte d'autonomie sur la base d'une réponse individualisée.

M. Bernard Cazeau, vice-président, a souhaité avoir des précisions sur le mode de financement qu'un tel schéma de prise en charge implique : les besoins des personnes dépendantes doivent-ils être couverts par la solidarité nationale jusqu'à concurrence de 100 % des dépenses nécessaires ?

Mme Janine Dujay-Blaret n'a pas écarté cette hypothèse, tout en observant que les personnes malades doivent, d'une façon ou d'une autre, être aidées par la collectivité nationale. Puis elle a considéré que l'objectif principal consiste à assurer une prise en charge correcte des usagers, la responsabilité de trouver les financements nécessaires pour y faire face incombant aux responsables politiques et en particulier à la représentation nationale.

Mme Marie-Béatrice Levaux a estimé que les réflexions en cours sur les personnes âgées dépendantes doivent certes porter sur la mise en œuvre du principe de solidarité, mais ne doivent pas omettre de s'interroger sur les moyens de mobiliser les jeunes générations. Comment leur faire prendre en compte le risque de dépendance ? De ce point de vue, la mise en place d'accords de prévoyance collectifs est une bonne chose.

M. Guy Le Rochais s'est interrogé sur la pertinence du terme, très souvent employé dans le débat public, de cinquième risque. Loin d'être une simple question sémantique, l'appellation qui sera choisie par les pouvoirs publics pour désigner le contenu de la future réforme est en effet susceptible d'avoir des conséquences importantes à plus ou moins long terme.

Puis il s'est prononcé à son tour en faveur d'un dispositif combinant un pilotage national par la CNSA, une gestion de proximité confiée aux conseils généraux ainsi qu'un mode de financement fondé sur la solidarité nationale. Après avoir fait part de son hostilité à l'égard de toute tentative qui consisterait à réintroduire un recours en récupération sur la succession des

personnes dépendantes, il a affirmé son soutien à la création d'une cinquième branche destinée à prendre en charge le problème de la dépendance.

Ce choix de principe soulève néanmoins plusieurs questions que les pouvoirs publics devront trancher. Il s'agit tout d'abord de déterminer les places respectives de l'assurance individuelle, de la prévoyance collective et du financement public, que le conseil d'administration de la fondation Alzheimer souhaite pour sa part voir atteindre 100 % des besoins des assurés sociaux. Il convient également de décider si le niveau de la participation de la collectivité doit être établi en fonction des coûts réels auxquels la personne dépendante doit faire face ou sur la base de son niveau de revenu : c'est évidemment la première solution qui devrait s'imposer. Il s'agira pour finir d'examiner la répartition de l'effort public entre l'Etat, les collectivités territoriales et la sécurité sociale.

M. Guy Le Rochais a enfin proposé une évolution de la grille Aggir ainsi que le déplafonnement du plan d'aide de l'Apa pour les personnes dépendantes souffrant de démence.

Répondant ensuite à une demande de précision de **M. Alain Vasselle, rapporteur, Mme Marie-Thérèse d'Argenson** s'est prononcée en faveur d'une convergence de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, estimant notamment que rien ne peut justifier que le nombre d'heures d'aide à domicile pris en charge soit sensiblement plus élevé dans un cas que dans l'autre.

Mme Janine Dujay-Blaret s'est exprimé dans le même sens, tout en indiquant que la convergence par le haut qu'elle appelle de ses vœux ne conduit pas à nier pour autant les spécificités de ces deux populations. Il convient avant tout de réduire le reste à charge des assurés sociaux, de leurs familles et tout particulièrement de leurs conjoints, afin de donner à tous des conditions de vie décentes.

Abordant le dernier thème de la table ronde, **M. Bernard Cazeau, vice-président**, a souhaité connaître le coût moyen restant à la charge des personnes âgées concernées et de leur famille. Il s'est également interrogé sur le caractère peu redistributif des aides accordées et leur ressenti sur le terrain. De façon plus générale, il a indiqué que la mission voudrait connaître le point de vue des usagers sur la répartition souhaitable entre prise en charge socialisée du risque dépendance et couverture individuelle de celui-ci.

M. Paul Maloisel, membre du conseil d'administration de la fédération nationale des associations de retraités (Fnar), a rappelé que l'une des causes de l'échec de la prestation spécifique dépendance (PSD) tenait à la mise en place d'un dispositif de récupération sur succession, ce mécanisme ayant dissuadé les personnes concernées de demander le bénéfice de cette prestation. Pourtant les sommes servies au titre de la PSD et effectivement récupérées étaient relativement faibles. Mme Martine Aubry, alors ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, avait même envisagé de fixer à 100 000 euros le montant de l'actif successoral net

au-delà duquel la récupération sur succession aurait été effectuée. Il est donc souhaitable, afin de conserver le libre choix des familles, de ne pas mettre en place un tel dispositif s'agissant de l'Apa.

Se pose néanmoins la question des seuils de revenus des individus : il pourrait sembler anormal qu'un bénéficiaire disposant d'un niveau de patrimoine et de revenus élevé se trouve dans la même situation qu'une personne disposant de moindres ressources. L'expérience montre toutefois que les personnes des classes socioprofessionnelles les plus élevées ne recourent pas à ce type d'allocation, ainsi qu'en témoigne un rapport récent sur les « outrances du RMI ».

En tout état de cause, les modalités de prise en charge de la dépendance doivent être clairement expliquées aux individus, afin que ces derniers n'aient pas le sentiment de voir remis en cause le fruit de leurs efforts réalisés en vue de transmettre un patrimoine à leurs héritiers.

M. Paul Maloisel a enfin souligné les difficultés d'application d'un mécanisme de recours sur succession dans le cas des familles polyparentales, mettant en exergue le caractère psychologique - et non pas seulement financier - des questions soulevées par la mise en place d'un tel mécanisme.

Mme Marie Rozet, présidente de la Fenara, a également insisté sur le fait que la solidarité familiale ne relève pas de la seule sphère financière, mais également de la sphère affective, soulignant, à cet égard, les conséquences d'ordre psychologique qu'un mécanisme de récupération sur succession peut entraîner sur les familles.

Elle a, par ailleurs, précisé que les personnes âgées dépendantes, propriétaires pour 60 % d'entre elles, sont attachées à leur patrimoine, acquis parfois au prix d'importantes privations. Il est donc essentiel de ne pas affecter ce patrimoine, afin, notamment, de ne pas appauvrir les classes moyennes qui ont fait la richesse de notre pays.

Elle a enfin mis en garde contre les phénomènes de seuils, s'il était décidé de tenir compte des conditions de ressources des individus dans le calcul des prestations : il est important, d'une part, de mettre en place des mécanismes progressifs ; d'autre part, de bien distinguer la valeur intrinsèque du patrimoine et les revenus que celui-ci procure à son propriétaire. En tout état de cause, la résidence principale ne doit pas être prise en compte pour l'évaluation du patrimoine.

Mme Marie-Thérèse Hermange a souhaité savoir si était disponible une étude comparative des coûts de prise en charge à domicile et en établissement de personnes présentant des pathologies équivalentes.

S'agissant de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, **M. Guy Le Rochais** a indiqué que le coût global pour la collectivité a été évalué, en 2005, à 10 milliards d'euros : 10 % représentent des dépenses de soins - donc *a priori* prises en charge intégralement -, 90 % des dépenses médicosociales - supportées pour moitié par les familles. Le coût

annuel de la prise en charge médicale, hors forfait soins, s'élève à 4 200 euros par malade et par an (11 000 euros en incluant le forfait soins). Le coût social d'une prise en charge à domicile est compris entre 23 000 et 24 000 euros par an, contre plus de 27 000 euros dans le cas d'une prise en charge en établissement. Les familles supportent 62 % du coût de la prise en charge d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'assurance maladie 22 % et les conseils généraux 16 %. Le reste à charge pour les familles est compris entre 7 000 et 10 000 euros, soit l'équivalent de sept mois de retraite pour une femme et quatre mois de retraite pour un homme. Pour des revenus compris entre 650 euros mensuels et 2 500 euros mensuels, l'Apa peut être perçue entre 0 et 90 % de son montant plafond. Le temps des aidants consacré à la prise en charge d'une personne dépendante à domicile correspond à un équivalent temps plein (ETP). En établissement, il est de deux à trois heures par jour.

Mme Béatrice Levau a insisté sur la nécessité d'avoir une approche globale de la problématique de la dépendance, qui ne soit pas focalisée sur l'Apa, mais qui tienne compte de l'ensemble des dispositifs mis en place en la matière, et notamment des réductions et des crédits d'impôts accordés au titre des emplois à domicile.

Elle a souligné la problématique des restes à charge des familles qui ne s'apprécie pas seulement en termes financiers, mais également en nombre d'heures non prises en charge et assumées *de facto* par les aidants familiaux, indiquant qu'en la matière, une solvabilisation accrue serait légitime. En particulier, elle a souligné le fait que le crédit d'impôt pour l'emploi à domicile n'a pas été ouvert aux personnes âgées dépendantes retraitées, mais uniquement aux actifs. Elle a estimé qu'il ne faudrait pas, alors qu'est engagée une réflexion sur les niches fiscales, que l'emploi d'une personne à domicile, dans le cadre de la prise en charge d'une personne dépendante, soit considéré comme une de ces niches qu'il serait légitime de supprimer.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si, s'agissant des mesures fiscales à envisager pour favoriser l'emploi de personnes à domicile, il convient de privilégier le crédit d'impôt ou la déduction fiscale du salaire et des charges de la personne employée.

Mme Marie-Béatrice Levau a indiqué qu'elle fournira à la mission une réponse écrite à cette question.

M. François Autain s'est étonné du coût plus élevé de la prise en charge en établissement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer par rapport à une prise en charge à domicile.

M. Guy Le Rochais a indiqué que les évaluations chiffrées qu'il a exposées ne tiennent compte que des aides existantes et non des besoins réels. S'il était tenu compte des besoins réels sur une période de vingt-quatre heures et de l'aide apportée par les familles, le coût d'une prise en charge à domicile serait plus important que celui d'une prise en charge en établissement, notamment en raison des coûts salariaux.

Il a enfin souligné que le coût de la convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées sera plus élevé si l'alignement se fait sur la PCH.

**Audition de MM. Patrick KANNER, président,
et Daniel ZIELINSKI, délégué général,
de l'Union nationale des centres communaux
d'action sociale (Unccas)**
(mardi 8 avril 2008)

Au cours de sa séance du mardi 8 avril 2008, la mission a entendu **MM. Patrick Kanner, président, et Daniel Zielinski, délégué général, de l'union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas).**

A titre liminaire, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a rappelé que la mission commune d'information a procédé, au cours des mois de janvier et de février, à de nombreuses auditions qui ont permis d'aborder les différentes problématiques liées à la prise en charge de la dépendance et à la création du cinquième risque. La mission a ensuite profité de la suspension des travaux parlementaires pour effectuer trois déplacements : deux à l'étranger - Londres et Berlin - pour apprécier les dispositifs mis en place dans d'autres Etats membres de l'Union européenne, et un troisième dans le département du Loiret afin de confronter les travaux de la mission à l'expérience concrète des conseils généraux et des professionnels locaux.

Il a tout d'abord souhaité connaître le rôle de l'Unccas, ainsi que les actions menées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il a ensuite demandé quelle appréciation l'Unccas porte sur le dispositif actuel de prise en charge de la dépendance, sa gouvernance, ses modalités de financement, ainsi que ses perspectives de réforme.

M. Patrick Kanner, président de l'Unccas, a précisé que la structure qu'il préside regroupe 3 400 adhérents (centres communaux d'action sociale [CCAS] et centres intercommunaux d'action sociale [Cias]), ce qui représente environ 40 millions d'habitants. L'Unccas constitue ainsi une structure unique en ce qu'elle comprend aussi bien les centres communaux d'action sociale de petites et de moyennes que de grandes communes, contrairement à d'autres organismes comme les associations représentatives des communes qui sont multiples, en fonction de la taille des municipalités et de leur localisation.

Il a ensuite indiqué que si l'Unccas fédère les CCAS, ces derniers restent souverains de leurs décisions et positionnements politiques. En ce sens, l'Unccas constitue plus une confédération qu'une fédération, même si ses membres essaient de bâtir ensemble des positions communes.

Précisant les missions de l'Unccas, **M. Patrick Kanner**, a souligné qu'étant donné le rôle historique des CCAS dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, l'Unccas siège dans plusieurs organismes compétents en la matière : la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le comité national d'organisation sanitaire et sociale (Cnoss), le comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) et le comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA).

S'agissant des actions menées par les centres communaux d'action sociale, une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montre que 14 % des communes de 5 000 à 10 000 habitants et 36 % des communes de plus de 10 000 habitants mènent des actions en direction des personnes handicapées à côté des associations, souvent présentées comme les principaux acteurs en ce domaine.

Les CCAS interviennent ainsi dans l'instruction des dossiers de demande d'action sociale (allocation aux adultes handicapés [AAH], allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH] et allocation compensatrice de tierce personne [ACTP]), assurant le lien avec les familles.

Les CCAS peuvent également créer et gérer, pour le compte des communes, des établissements et services sociaux et médicosociaux intervenant dans le champ du handicap et de la dépendance (services d'aide à domicile [SAD], services de soins infirmiers à domicile [Ssiad], foyers de vie, foyers d'hébergement, instituts médicaux éducatifs [IME], établissements et services d'aide par le travail [Esat]).

Enfin, les CCAS sont impliqués dans la politique d'accessibilité aux bâtiments publics qui constitue une priorité de nombreuses communes.

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, **M. Patrick Kanner** a souligné que l'Unccas est un acteur ancien au sens politique du terme. Elle a notamment participé à la rédaction du « Livre noir sur la prestation spécifique dépendance (PSD) » qui a mis en évidence les limites de ce dispositif, ainsi qu'à celle du « Livre blanc sur la dépendance ». L'Unccas a également été très vigilante lors de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), qui devait, selon elle, constituer une première étape vers la mise en place d'un système global de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

M. Patrick Kanner a indiqué que la position politique de l'Unccas sur la prise en charge de la dépendance est simple : étant donné les besoins croissants et inéluctables en la matière, elle considère qu'une réponse publique universelle est indispensable. Une réponse globale doit être apportée à une question qui concerne l'ensemble des citoyens.

M. Patrick Kanner a estimé qu'une « fenêtre pour être audacieux » est ouverte dans ce domaine, ce qui suppose la mise en place d'un dispositif de prise en charge universel, dont les prestations seraient financées par la solidarité nationale et dont la gestion serait assurée par les collectivités de

proximité, le département et les CCAS. L'Unccas plaide ainsi pour la création d'un cinquième risque porté par une cinquième branche de la protection sociale financée par une ressource pérenne, de préférence la contribution sociale généralisée (CSG) qui est, à ses yeux, l'impôt le plus solidaire. L'Unccas n'ignore cependant pas le débat sur le poids des prélèvements obligatoires et son impact sur la compétitivité économique de la France.

M. Patrick Kanner a ensuite donné quelques chiffres sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le département du Nord : ce département recense environ 75 000 bénéficiaires de l'Apa, soit un budget pour le conseil général de 200 millions d'euros. Les recettes attendues de la CNSA à ce titre s'élèvent, quant à elle, à 56 millions d'euros. Par comparaison, le département des Alpes-Maritimes consacre 100 millions d'euros aux dépenses d'Apa ; la contribution de l'Etat, par le biais de la CNSA, représente 35 millions d'euros. Selon les données de l'Assemblée des départements de France (ADF), le concours moyen de l'Etat aux dépenses d'Apa est de 36,66 %. Ainsi, les départements les plus démunis, qui sont également le plus souvent touchés par le vieillissement de la population, sont confrontés à un phénomène de ciseaux : l'allongement de la durée de vie se traduit par une charge fiscale nouvelle, ce qui suppose un alourdissement de l'impôt local, dont les limites de l'assiette sont pourtant connues.

Pour l'Unccas, il est enfin indispensable que la prise en charge de la dépendance s'adresse à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie sans condition d'âge, que cette perte d'autonomie résulte du vieillissement ou de la survenance d'un handicap.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si d'importantes disparités quantitatives et qualitatives existent dans l'offre d'aides et de services proposés par les CCAS. Il s'est ensuite interrogé sur l'appréciation que l'Unccas porte, d'une part, sur le système actuel de prise en charge à domicile - par rapport aux attentes et aux besoins des usagers et à la qualification des intervenants -, d'autre part, sur les différents plans nationaux mis en œuvre pour faire face aux conséquences du vieillissement.

M. Patrick Kanner a indiqué que les disparités dans l'offre de soins et de services sont quasiment inéluctables et tiennent au fait que chaque CCAS est porteur des décisions politiques plus ou moins volontaristes des élus locaux. Néanmoins une certaine harmonie de l'offre de soins et de services est observée dans les grandes villes grâce notamment à l'action des centres locaux d'information et de coordination (Clic). En revanche, il en va différemment en milieu rural en raison essentiellement du manque de moyens financiers. Dans ces zones, les CCAS ne constituent pas une réponse satisfaisante. C'est pourquoi l'Unccas incite, dans les espaces ruraux, à la création de centres intercommunaux d'action sociale, qui permettent une mutualisation des moyens sans pour autant faire perdre aux communes leur pouvoir de décision. Actuellement, l'Unccas dénombre 150 Cias structurés au niveau national. L'exemple de Carcassonne montre que la mise en place de structures

intercommunales permet de porter des projets qui seraient restés autrement irréalisables.

M. Daniel Zielinski, délégué général de l'Unccas, a rappelé les deux principaux apports de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale :

- d'une part, la capacité de créer plus facilement des Cias qui sont le plus souvent les supports à la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou d'unités Alzheimer. En effet, avec plus de 60 % de communes comptant moins de 500 habitants, l'intercommunalité est indispensable pour mutualiser les moyens financiers et humains ;

- d'autre part, la faculté pour les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de se voir attribuer une compétence en matière sociale, ce qui peut constituer une première étape dans la structuration de l'aide à domicile en milieu rural, avant la création éventuelle ultérieurement d'un Cias.

S'agissant de la question des personnels du secteur médicosocial, les CCAS sont confrontés à des besoins croissants liés notamment aux nombreux départs en retraite : ceux-ci devraient toucher 145 000 personnes environ, qui relèvent pour l'essentiel du statut de la fonction publique territoriale, mais aussi du secteur contractuel.

M. Daniel Zielinski a indiqué que les besoins quantitatifs et qualitatifs à venir nécessiteront également une meilleure qualification des personnels concernés. C'est pourquoi, l'Unccas a signé deux conventions : l'une avec la CNSA sur la professionnalisation des acteurs du secteur médicosocial ; l'autre avec l'agence nationale de services aux personnes (ANSP) sur l'analyse des besoins en formation.

Répondant à la question sur la prise en charge à domicile, **M. Daniel Zielinski** a indiqué que face aux besoins croissants en la matière, les aides à domicile vont poser aux collectivités territoriales un problème de financement important. A ce sujet, il s'est inquiété d'un certain désengagement de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav), qui, avec les caisses régionales d'assurance maladie (Cram), est compétente pour la prise en charge des personnes âgées les moins dépendantes, c'est-à-dire des personnes relevant des groupes iso-ressources (Gir) 5 à 6, contrairement au traitement de la « grande dépendance » (Gir 1 à 4) qui relève aujourd'hui pour l'essentiel de l'Apa. Or, les actions de prévention menées en direction des personnes classées en Gir 5 et 6 sont essentielles, dans la mesure où elles permettent de retarder l'entrée dans la « grande dépendance » et donc de réduire les coûts induits par la prise en charge de ces personnes. Les communes doivent en conséquence aujourd'hui prendre le relais des Cram qui ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. **M. Daniel Zielinski** a ainsi indiqué que si la courbe d'investissement de la Cnav est en réduction, celle des communes augmente de façon importante.

Après avoir insisté à son tour sur la nécessité d'agir en matière de prévention, **M. Patrick Kanner** a souligné le manque de lisibilité des plans nationaux mis en place successivement pour améliorer la prise en charge de la dépendance. Ces plans se sont accumulés sans réelle cohérence d'ensemble ni évaluation des résultats obtenus. A cet égard, l'Unccas attend de la création du cinquième risque une plus grande clarté du dispositif actuel.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur la coordination des personnes et organismes intervenant auprès des personnes âgées dépendantes, le rôle de l'Unccas en la matière et l'articulation des responsabilités administratives et financières des différents acteurs institutionnels, notamment des conseils généraux et de la CNSA. Il a souhaité savoir si la mise en place des futures agences régionales de santé (ARS) permettra une amélioration de la gouvernance et apportera une réponse aux problèmes actuels de frontière entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial. S'agissant des restes à charge pour les familles, il a demandé s'il est réaliste d'envisager leur stabilisation, voire leur réduction au cours des prochaines années. Plus généralement, il a évoqué la question du financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et celle de l'articulation entre la solidarité nationale et les dispositifs d'assurance privée.

Citant l'exemple de la ville de Versailles, **M. Patrick Kanner** a indiqué que les CCAS ont toujours joué un rôle important en matière de coordination. Ils sont ainsi pleinement impliqués dans les Clic. L'action de coordination des Clic nécessite néanmoins des moyens humains importants. Par exemple, chaque Clic du département du Nord reçoit des subventions de la part du conseil général permettant le financement de deux ou trois équivalents temps pleins (ETP).

S'agissant du recours à l'assurance privée pour assurer le financement de la dépendance, **M. Patrick Kanner** a indiqué qu'il ne pourrait être que résiduel, rappelant l'attachement de l'Unccas à un mode de financement par la solidarité.

Il a précisé que la création d'une éventuelle cinquième branche doit permettre essentiellement de compenser la partie sociale de la perte d'autonomie et qu'il est possible de distinguer ce qui relève, d'une part, du secteur sanitaire, d'autre part, du champ médicosocial.

M. Daniel Zielinski a indiqué que les futures ARS pourront néanmoins être un moyen de renforcer la coordination entre le secteur hospitalier et le secteur médicosocial. C'est pourquoi, les CCAS demanderont à être représentés en leur sein si ces nouvelles structures se voient attribuer des compétences médicosociales. Il manque en effet aujourd'hui, à l'exception de quelques départements, comme les Alpes-Maritimes, de telles structures de dialogue, où l'aspect sanitaire et l'aspect médicosocial sont traités ensemble.

Il a ensuite rappelé qu'au titre de leur mission d'aide sociale facultative inscrite dans la loi, les CCAS sont potentiellement investis, sur leur territoire, d'un rôle de gestion des structures de coordination et de concertation

réunissant les acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les CCAS peuvent ainsi être porteurs ou être associés à divers dispositifs tels que les maisons de la solidarité, les Clic, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou les futures maisons de l'autonomie. Il a néanmoins attiré l'attention sur la nécessité d'éviter la création d'une nouvelle structure de coordination qui ne ferait qu'engendrer une superposition de dispositifs sans tenir compte de ce qui existe et fonctionne déjà de façon satisfaisante. Les guichets de proximité existants aujourd'hui ont en effet montré leur intérêt dès lors qu'ils s'inscrivent dans une logique de maillage territorial et de coordination des acteurs.

Par ailleurs, l'obligation réglementaire annuelle pour les CCAS de procéder à l'analyse des besoins sociaux (ABS) fait de ces structures des acteurs importants de la coordination des actions menées en matière de prise en charge de la dépendance. C'est pourquoi l'Unccass incite au rapprochement de l'analyse des besoins sociaux réalisée par les CCAS des schémas gérontologiques départementaux. A terme, un lien entre ces données et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) est également à envisager.

S'agissant du développement du recours à l'assurance privée, **M. Daniel Zielinski** a mis en garde contre le risque de voir les personnes, qui n'auront pas les moyens de contracter une assurance, se retourner vers les CCAS. Les aides facultatives des CCAS seraient alors nécessairement sollicitées par ces nouveaux publics pauvres.

Mme Bernadette Dupont s'est interrogée sur les actions menées par les communes en matière de prise en charge des personnes handicapées, notamment s'agissant de la création d'établissements spécialisés, ainsi que sur l'articulation du rôle des CCAS et des MDPH.

M. Patrick Kanner a rappelé que l'Unccas avait demandé que les CCAS soient représentés au sein de la commission des droits et de l'autonomie des MDPH, mais que cette requête n'avait pas été acceptée. Les CCAS y sont cependant généralement présents, mais par la volonté des conseils généraux, qui, pour des raisons matérielles, sont le plus souvent obligés de décentraliser l'instruction des demandes d'aide sociale.

S'agissant des actions menées par les communes dans le champ du handicap, il a rappelé que les communes ne sont pas directement habilitées à créer des établissements spécialisés et doivent passer par un établissement public, au premier chef leurs CCAS. Elles peuvent néanmoins aujourd'hui se lancer dans divers programmes en faveur des personnes handicapées. Ainsi, une ville de plus de 10 000 habitants sur trois développe des actions en direction de ce public.

M. Daniel Zielinski a indiqué que 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 n'a pas fait des CCAS un membre de droit des MDPH, bien que M. Paul Blanc, rapporteur du projet de loi au nom de la

commission des affaires sociales du Sénat, ait à l'époque indiqué que les CCAS étaient, à ses yeux, des interlocuteurs essentiels. Les CCAS jouent néanmoins le rôle de « primo-accueil » en informant les personnes concernées ou leur famille. L'Unccas a récemment fait procéder à une enquête sur les relations entre les MDPH et les CCAS, qui montre que la coordination s'est développée sur le terrain.

M. Daniel Zielinski a précisé que, par ailleurs, les CCAS ont été sollicités pour apporter un complément financier aux MDPH, alors même qu'ils n'étaient pas représentés au sein de leurs instances de décision. L'intervention des CCAS en matière de prise en charge des personnes handicapées varie d'un département à l'autre : si leur action est forte dans le département du Puy-de-Dôme, elle est en revanche plus limitée, pour des raisons historiques, dans le département du Nord.

Après avoir rappelé l'importance de l'analyse des besoins sociaux réalisée par les CCAS comme outils d'aide à la décision des élus, **M. Patrick Kanner** a indiqué que l'accueil des personnes atteintes de handicaps psychiques par les CCAS n'est pas encore pleinement satisfaisant. Aussi bien l'Unccas a-t-elle réalisé un guide spécifique destiné aux CCAS.

M. Eric Doligé a souhaité savoir si l'Unccas dispose d'éléments chiffrés lui permettant d'affirmer que le recours à l'assurance privée en matière de prise en charge de la dépendance induira une augmentation des dépenses des CCAS. L'Unccas préconisant un financement par la solidarité nationale, il s'est demandé quelle devait être la part supportée par chacun des acteurs institutionnels, notamment la CNSA et les départements.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître le point de vue de l'Unccas sur une éventuelle convergence de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

M. Patrick Kanner a rappelé que l'article 13 de 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, pose le principe d'une suppression de la distinction entre les personnes handicapées en fonction de l'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médicosociaux.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé que l'origine et la nature de la perte d'autonomie sont différentes selon qu'il s'agit de personnes handicapées ou de personnes âgées dépendantes.

M. Patrick Kanner a indiqué que le législateur s'est interrogé en 2005 sur la compensation du handicap et non sur l'origine et la nature de celui-ci, soulignant que, dans tous les cas, l'individualisation de la prise en charge est essentielle.

Il a précisé, par ailleurs, qu'un financement de la compensation du handicap, quel que soit l'âge, nécessiterait un point de CSG supplémentaire.

M. Daniel Zielinski a indiqué qu'il n'est pas possible de chiffrer l'augmentation à venir des dépenses des CCAS au titre de la prise en charge de la grande dépendance en cas de recours à un financement pour partie assurantiel de cette prise en charge. En revanche, il est possible d'affirmer que le montant des crédits consacrés aux mesures de prévention est en nette augmentation.

Il a indiqué, par ailleurs, que l'Unccas mène actuellement une réflexion sur les modalités de versement des aides facultatives communales, afin d'éviter, comme cela peut être le cas aujourd'hui, que des personnes bénéficiant de ces aides aient un reste à vivre plus important que les personnes qui n'y ont pas droit. L'Unccas réfléchit également à l'entrée dans le dispositif des aides facultatives des nouveaux publics pauvres, notamment les veuves touchant une pension de réversion ou les personnes percevant de faibles retraites.

**Audition de Mmes Marie-Eve JOËL,
directrice du Laboratoire d'économie et de gestion
des organisations de santé (Legos) à l'Université de Paris Dauphine,
Agnès GRAMAIN, professeur à l'Université de Nancy,
et Sandrine DUFOUR, maître de conférences
à l'Université de Paris Dauphine
(mardi 8 avril 2008)**

Au cours de sa séance du mardi 8 avril 2008, la mission a entendu **Mmes Marie-Eve Joël, directrice du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos) à l'Université de Paris Dauphine, Agnès Gramain, professeur à l'Université de Nancy, et Sandrine Dufour, maître de conférences à l'Université de Paris Dauphine.**

M. Alain Vasselle, rapporteur, a tout d'abord rappelé que le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos) a été créé en 1973 par le professeur Emile Levy et qu'il développe l'essentiel de ses travaux de recherche, d'enseignement et d'expertise sur l'analyse économique des secteurs sanitaires et sociaux, et notamment sur l'économie du vieillissement.

Il a ensuite présenté les différents intervenants, ainsi que leurs thèmes de recherche, et a souhaité que les intervenants puissent présenter une synthèse de leurs travaux.

Mme Marie-Eve Joël, directrice du Legos à l'Université de Paris Dauphine, a mis en évidence le problème du dénombrement des personnes âgées dépendantes, toujours difficile, d'une part, en raison des divergences entre les grilles d'analyse utilisées et leurs objectifs, d'autre part, en raison de la difficulté d'apprécier l'état des personnes peu dépendantes, enfin, parce que tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne voient pas leur maladie diagnostiquée. L'étude Paquid (personnes âgées Quid) estime ainsi que 400 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic en ce sens. Il existe ainsi un « halo » de la dépendance, comme il existe un « halo » du chômage. Or ceci a une conséquence directe sur l'évaluation des financements nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Elle a opéré une distinction entre les dépendances d'origine physique et les dépendances d'origine psychique, le poids des responsabilités pesant sur l'aidant familial étant plus élevé dans ce second cas. En effet, un aidant familial et un professionnel ne suffisent pas pour s'occuper d'une personne atteinte de dépendance d'ordre psychique : une aide familiale de deuxième

ordre est nécessaire. La rationalisation de la prise en charge de ces personnes, c'est-à-dire la définition du panier de soins offerts, est également plus difficile à apprécier. Or, on observe une proportion croissante de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer hébergées en maisons de retraite, ce qui conduit à s'interroger sur ce qui devrait être financé : rééducation cognitive, type de bien-être... Cette question des dépendances psychiques est d'autant plus complexe que ces patients sont en général atteints de plusieurs pathologies.

Mme Marie-Eve Joël a ensuite observé que l'aide professionnelle apportée aux personnes âgées dépendantes ne se substitue pas à l'aide informelle apportée par les familles. Celles-ci n'aident pas moins leurs parents aujourd'hui qu'hier, même si elles peuvent les aider différemment. La question de la reconnaissance de cette aide informelle se pose de plus en plus et relève de la politique familiale autant que de la politique vieillesse. **Mme Marie-Eve Joël** a estimé que le débat entre « faire » et « faire faire », qui implique des questions de formation, de rémunération et de reconnaissance des compétences, n'est pas clos et qu'il convient de ne pas décourager les solidarités familiales.

S'agissant de la couverture actuelle de la prise en charge du risque dépendance par l'assurance privée, elle a indiqué que Mme Sandrine Dufour a mené une étude portant sur un échantillon de trente-quatre contrats couvrant environ 1,5 million de personnes. Les nouveaux contrats proposés tendent à garantir la dépendance partielle et offrent de plus en plus de services. Lorsque l'on analyse les garanties dans le détail, une personne âgée de soixante ans désirant souscrire un contrat dépendance doit, en moyenne, verser 300 euros par an pour obtenir une rente de 600 euros par mois en cas de dépendance totale et verser 450 euros par an pour obtenir une telle rente en cas de dépendance partielle. Ces contrats reposent toutefois sur une définition stricte de la dépendance, impliquant une irréversibilité de l'état de santé, sont subordonnés à une sélection médicale et incluent des franchises importantes ainsi que des délais de carence. Dans ces conditions, le risque dépendance est assurable, mais le développement de l'assurance dépendance n'apparaît pas comme la « solution miracle » pour permettre la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Mme Marie-Eve Joël a ensuite mis en évidence les problèmes de gouvernance de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et a indiqué que celle-ci ne repose pas uniquement sur les acteurs médicosociaux, en soulignant notamment l'importance du gré à gré et du travail au noir en ce domaine.

S'agissant des expériences internationales, elle a observé que les études comparatives menées dans différents pays de l'Union européenne ont aujourd'hui des ambitions limitées, mais qu'il ne semble pas exister de « bon modèle » directement importable en France. Une politique claire de prise en charge des « gros risques » semble toutefois permettre de faire valoir des raisonnements davantage fondés sur les rationalités économiques en ce qui concerne la prise en charge des autres pathologies. A cet égard, le discours

collectif français est souvent porteur d'un idéal élevé, pour lequel les arguments économiques sont perçus comme revenant à brider les pratiques professionnelles des acteurs médicosociaux. Par ailleurs, les expériences de « case manager » et de réseaux de soins coordonnés méritent une attention particulière, même s'il n'existe pas de doctrine et de pratique uniques.

En conclusion, elle a jugé nécessaire de faire avancer les réflexions sur la rationalité économique du sujet âgé pour pouvoir progresser dans le débat sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elle a également mis en évidence les questions de maltraitance financière.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la mission commune d'information venait d'effectuer deux déplacements, l'un au Royaume-Uni, l'autre en Allemagne, pays ayant développé des modèles de prise en charge très différents : filet minimal de sécurité pour le premier, modèle de développement d'un risque structuré par le biais d'une branche de sécurité sociale pour le second. Il a souhaité savoir si un modèle européen pourrait faire, plus facilement que d'autres, l'objet d'une adaptation en France, et disposer, le cas échéant, d'éléments bibliographiques complémentaires.

Mme Marie-Eve Joël a estimé que la Suède peut constituer un modèle intéressant, dans la mesure où la couverture des « gros risques », comme la dépendance psychique, y est garantie. Une fois que la population est assurée de voir les pathologies les plus lourdes prises en charge, il est plus aisé de faire valoir des raisonnements davantage fondés sur les rationalités économiques en ce qui concerne la prise en charge des autres pathologies.

Mme Agnès Gramain, professeur à l'université de Nancy, a précisé que ses travaux de recherche portent sur les aides informelles et la gouvernance locale. S'agissant des aides informelles, on constate que l'aide apportée par les familles est un phénomène commun en Europe, même si la forme de ce soutien et son intensité peuvent varier selon les pays considérés, notamment si l'on analyse le taux de cohabitation intergénérationnelle et le taux de prise en charge professionnelle des personnes âgées dépendantes. Les personnes âgées dépendantes vivant seules ont également un comportement différent de celles vivant en couple, les premières faisant preuve d'une rationalité économique plus marquée.

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur le classement des différents pays du point de vue de la solidarité.

Mme Agnès Gramain a distingué trois catégories de pays :

- l'Espagne et l'Italie, pays où la solidarité et la cohabitation intergénérationnelles sont fortes et où l'on observe une distinction entre le comportement des fils et des filles : alors que les premiers cohabitent toujours avec leurs parents, les filles ont tendance à rompre cette cohabitation à un moment donné, puis à cohabiter à nouveau lorsque leurs parents deviennent dépendants ;

- la France, l'Allemagne et la Suède, où la solidarité est d'abord le fait des femmes, plus investies que les hommes, mais où la cohabitation intergénérationnelle est assez faible, les enfants habitant près de leurs parents, mais pas chez eux ;

- les Pays-Bas, où l'on n'observe quasiment pas de cohabitation intergénérationnelle, les personnes âgées vivant soit seules, soit en couple, mais où l'on constate une égalité parfaite d'implication des hommes et des femmes du point de vue de l'aide apportée à leurs parents dépendants.

Mme Sandrine Dufour, maître de conférences à l'Université de Paris-Dauphine, a indiqué qu'elle avait mené une étude pour le compte de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur la situation française en matière d'assurance dépendance.

Elle a observé que le marché français de l'assurance dépendance est fortement concentré, même si l'on note à la fois une croissance du nombre d'acteurs impliqués, qui atteint aujourd'hui la trentaine, et un développement du marché lui-même, contrairement à la situation rencontrée aux Etats-Unis. Elle a précisé que, dans leur démarche commerciale, les assureurs ou les banques visent d'abord les clients qu'ils détiennent déjà.

Les nouveaux contrats proposés tendent de plus en plus à assurer également la dépendance partielle, ce qui ne va pas sans poser de difficultés aux assureurs, lesquels retiennent une définition stricte de la dépendance, en imposant la notion d'irréversibilité du phénomène et en recourant à un croisement de grilles d'analyses. Le développement de services proposé par les contrats se fait sur des bases forfaitaires et les prestations offertes sont dans l'ensemble assez légères pour les assureurs. Ceux-ci s'attachent à maîtriser le risque, en ayant notamment recours à la sélection médicale, afin de le rendre assurable.

Mme Sandrine Dufour a, par ailleurs, mis en évidence la difficulté de combiner les produits d'assurance dépendance avec d'autres produits d'assurance existants. Elle a souligné que la commercialisation de ces produits prend du temps, notamment en raison des difficultés psychologiques à s'imaginer dépendant. Le fait que les sommes investies dans ces contrats soient perdues en cas d'absence de réalisation du risque dépendance constitue également un obstacle, ce qui explique le développement de produits mêlant épargne et protection contre la dépendance.

M. Philippe Marini, président, a observé que, du point de vue assurantiel, la dépendance peut être conçue soit comme étant liée à la maladie (ce qui conduit à essayer d'identifier toutes les dépenses éligibles, mais s'écarte du système assurantiel pur pour s'apparenter à un système administré, si l'on excepte l'aspect de sélection médicale), soit comme un élément supplémentaire du risque vieillesse (ce qui conduit à rechercher une rente supplémentaire). Il a estimé qu'un choix entre ces deux approches est nécessaire.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si le plan Alzheimer annoncé par le Président de la République répond aux remarques de Mme Marie-Eve Joël sur la prise en charge de la dépendance psychique. Il lui a, en particulier, demandé de préciser son analyse concernant l'articulation de ce plan avec les autres dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il a également souhaité connaître son point de vue sur la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et sur l'articulation entre secteur sanitaire et secteur médicosocial.

Il s'est ensuite interrogé sur les places respectives de la solidarité nationale et des dispositifs d'assurance individuelle et s'est demandé si des dispositifs d'incitation fiscale spécifiques doivent être envisagés afin de développer l'assurance individuelle.

Enfin, il s'est demandé si la notion de convergence de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, introduite par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est pertinente, et jusqu'à quel point.

Mme Marie-Eve Joël a estimé que le plan Alzheimer constitue une réponse nationale qui doit ensuite être déclinée au niveau local, ce qui n'est pas simple.

S'agissant de l'articulation entre le secteur médical et le secteur médicosocial, elle a jugé qu'une partie des difficultés provient de la formation des personnels sociaux et médicosociaux et de leur poids relatif dans le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Mme Agnès Gramain a indiqué que le secteur médicosocial devrait être représenté au sein des ARS, en raison des nombreuses passerelles entre les financements médicaux et les financements médicosociaux.

Concernant l'articulation entre solidarité nationale et assurance individuelle, **Mme Sandrine Dufour** a estimé qu'il convient au préalable de définir le périmètre de la prise en charge publique afin de permettre aux assureurs de se positionner. Elle a précisé que, du point de vue assurantiel, les états de dépendance les plus graves sont relativement plus faciles à couvrir que les états intermédiaires.

Mme Marie-Eve Joël s'est ensuite déclarée favorable au principe de convergence de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, mais a estimé que cette convergence interviendra lentement.

M. Philippe Marini, président, s'est demandé si la même carence physique doit forcément être prise en charge de la même manière quel que soit l'âge considéré. En effet, en Angleterre, l'approche qui prévaut en termes de prise en charge des personnes handicapées au cours de leur vie active est celle de leur réinsertion sur le marché du travail. L'approche est en revanche

différente, s'agissant d'une personne qui se trouve en fin de vie. On pourrait donc imaginer d'opérer une distinction entre « logique de compensation » pour les personnes âgées dépendantes et « logique de reconversion » pour les personnes handicapées.

Mme Agnès Gramain a jugé qu'il convient de distinguer, du point de vue de l'assurance, l'analyse des ressources et celle des dépenses. En effet, une personne atteinte d'un handicap au cours de sa vie active voit ses ressources amputées, ce qui n'est pas le cas d'une personne à la retraite. En revanche, dans les deux cas, les personnes supportent des dépenses supplémentaires du fait de leur handicap. Il est donc essentiel de bien distinguer les deux cas de figure d'un point de vue actuariel.

Mme Marie-Eve Joël a estimé qu'une logique de prise en charge individualisée des personnes permettrait de concilier ces différentes approches. De ce point de vue, elle a considéré que la notion de convergence actuellement mise en avant s'apparente davantage à une convergence de gestion.

Mme Bernadette Dupont a souhaité obtenir des précisions complémentaires sur les modalités de définition de la dépendance retenues dans les contrats d'assurance.

Mme Sandrine Dufour a indiqué que différents critères sont généralement retenus pour établir l'état de dépendance permettant à l'assuré de bénéficier d'une rente. La commercialisation des produits d'assurance dépendance est longue, dans la mesure où ils nécessitent un temps important de présentation du risque et de ses conséquences, qui peuvent apparaître lointaines et mal identifiées.

M. Philippe Marini, président, a estimé qu'il paraît logique et assez facilement compréhensible de proposer au souscripteur d'un produit d'épargne-retraite une couverture supplémentaire du risque dépendance. Il a, par ailleurs, fait état des expériences anglaises de prêt viager hypothécaire et de couverture des besoins immédiats (immediate needs), permettant à une personne déjà dépendante d'obtenir une garantie de prise en charge par l'assureur en mobilisant une partie de son patrimoine, afin de ne pas constituer une charge pour ses héritiers.

Mme Agnès Gramain a estimé que le risque pour les personnes ne porte pas seulement sur la prise en charge de l'état de dépendance lui-même, mais aussi sur le coût des services de prise en charge et est donc fonction de l'évolution des salaires. Or l'évolution du marché du travail, en particulier du segment des aides à la personne, apparaît très incertaine. Un accès à des services par le biais des assurances souscrites serait préférable, dans la mesure où il couvrirait à la fois le risque de dépendance en tant que tel et celui du coût de prise en charge. Il est toutefois très difficile d'extrapoler les besoins de services et l'évolution des coûts de personnel à horizon de vingt ans, ce qui explique le recours aux rentes.

Mme Bernadette Dupont a observé que, même si l'on parvient à inciter les jeunes générations à s'assurer, il conviendra de prendre en compte les personnes des générations plus anciennes, qui n'ont pu s'assurer auparavant et pour lesquelles les primes d'assurance sont désormais prohibitives.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que la mobilisation du patrimoine est alors envisageable. Il a observé que, si l'on suit certaines analyses relatives à l'évolution du marché du travail sur le segment de la dépendance et au renchérissement prévisible de la main-d'œuvre, la situation de ces générations plus âgées n'est pas nécessairement la plus défavorable.

**Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ,
présidente du conseil d'administration de la caisse nationale
d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav)**
(mardi 8 avril 2008)

Au cours de sa séance du mardi 8 avril 2008, la mission a entendu **Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav).**

A titre liminaire, **M. Philippe Marini, président**, a souligné que la mission a non seulement besoin de connaître les modalités de l'action sanitaire et sociale réalisée par la Cnav au titre de la dépendance des personnes âgées, mais également de comprendre comment ces interventions s'articulent avec celles des nombreux autres acteurs de cette politique publique.

Il a ensuite constaté que depuis la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) au profit des personnes âgées relevant des groupes iso-ressources (Gir) 1 à 4, la branche vieillesse de la sécurité sociale a choisi de recentrer ses aides sur les assurés les moins dépendants. Puis il s'est interrogé, d'une façon générale, sur les positions du conseil d'administration de l'assurance vieillesse au sujet du dispositif actuel de prise en charge de la dépendance, de sa gouvernance, de son mode de financement et de ses perspectives de réforme.

Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la Cnav, a tout d'abord confirmé que l'assurance vieillesse a effectivement été conduite à adopter une politique volontariste en matière de prévention de la perte d'autonomie. Par là même, il s'est agi de tirer les conséquences de la création de l'Apa et des responsabilités nouvelles confiées à cette occasion aux conseils généraux. Jusqu'alors, en effet, les organismes de sécurité sociale disposaient d'un champ de compétence beaucoup plus large en ce qui concerne les personnes âgées.

Elle a souligné que les actions de prévention permettent de retarder l'âge d'entrée en dépendance des assurés. Grâce aux caisses régionales d'assurance maladie (Cram) qui jouent dans ce domaine un rôle efficace de relais territoriaux de la Cnav, la branche vieillesse dispose de la possibilité d'accorder aux retraités qui en ont besoin des aides individuelles, mais également collectives. Cette politique prend la forme aussi bien d'actions de maintien à domicile que de plans individualisés, élaborés sur la base d'un panier de prestations comme la téléassistance, le portage des repas, la livraison des courses, les sorties culturelles, les déplacements accompagnés ou

l'amélioration des logements. En définitive, il s'agit de développer par tous les moyens possibles les liens sociaux.

Mme Danièle Karniewicz a précisé que l'assurance vieillesse s'attache aussi à venir en aide aux assurés sociaux qui reviennent à leur domicile après une hospitalisation, à améliorer l'information des retraités ainsi qu'à favoriser, grâce à des partenariats, la création de projets immobiliers innovants et diversifiés. Au total, la Cnav a consacré, en 2007, 370 millions d'euros à l'action sanitaire et sociale, dont 321 millions pour le maintien à domicile et près de 50 millions d'euros en matière d'aide aux lieux de vie collectifs. Le régime général transfère par ailleurs 40 millions d'euros par an à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa).

Après s'être félicitée du très fort taux de satisfaction (90 %) exprimé par les bénéficiaires de ces aides, elle a insisté sur le bilan des différentes actions de partenariat conduites par le régime général d'assurance vieillesse. Ce travail en commun est réalisé avec les conseils généraux, la Mutualité sociale agricole (MSA), l'association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc), l'Association des régimes de retraite complémentaire (Arrco), l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (Ircantec), mais également avec les centres d'examen de santé. Il permet tout à la fois d'améliorer la prévention, de dégager des financements supplémentaires et d'évaluer avec précision les besoins des retraités.

M. Philippe Marini, président, a souhaité obtenir davantage de précisions sur la nature des 370 millions d'euros que la Cnav consacre à l'action sanitaire et sociale. Il s'est demandé en particulier quels sont les critères sur la base desquels sont choisis les projets sélectionnés par l'assurance vieillesse, alors même que les besoins à satisfaire dans ce domaine apparaissent quasi infinis.

Constatant que l'action sanitaire et sociale de la Cnav répond à une demande d'accompagnement très forte des personnes âgées les plus fragiles, **Mme Danièle Karniewicz** a précisé qu'après avoir développé dans un premier temps les heures d'aide ménagère, la branche vieillesse de la sécurité sociale met désormais l'accent sur la mise en œuvre d'aides personnalisées, dont le champ ne se limite pas aux seuls problèmes médicaux, mais prend également en compte leurs besoins sociaux. Pour ce faire, elle s'appuie sur le réseau des Cram, dont l'action combine ces deux dimensions.

M. Philippe Marini, président, s'est interrogé sur l'articulation des interventions des organes centraux de la Cnav, d'une part, de ses relais locaux, d'autre part. Il s'est demandé en particulier si l'instruction des dossiers confiée aux Cram permet de prendre en compte toute la spécificité de la situation des personnes âgées dépendantes.

Mme Marie-Thérèse Hermange a fait valoir que cette interrogation conduit à reposer la question des contours de la définition de la notion de dépendance. Si l'on en venait, comme elle le souhaite, à y faire figurer le

handicap, les barrières d'âge cesseraient d'interférer dans le champ de cette politique publique.

Mme Danièle Karniewicz a indiqué, dans la mesure où la Cnav ne dispose d'aucune compétence en matière de handicap, qu'elle n'est pas à même de se prononcer sur ce point. S'agissant, en revanche, des personnes âgées, le travail réalisé conjointement avec les Cram repose sur des procédures efficaces qui ont fait leurs preuves, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins des assurés sociaux, domaine essentiel dans lequel les relais locaux de l'assurance vieillesse disposent d'experts compétents.

Faisant référence à des expériences concrètes vécues par les acteurs de terrain, **Mme Marie-Thérèse Hermange** a souhaité savoir si la Cnav se préoccupe aussi des conséquences indirectes, pour les personnes dépendantes, de pathologies comme le diabète. Dans ce cas de figure, prévenir la perte d'autonomie des assurés sociaux les plus fragiles nécessiterait aussi que les soins de pédicurie soient remboursés par la sécurité sociale.

Mme Danièle Karniewicz a précisé que ce type de démarche, dont l'objet consiste à mieux anticiper sur l'évolution de l'état de santé des assurés, fait partie des préoccupations prioritaires de l'action sanitaire et sociale menée par la Cnav. La problématique du retard de l'entrée en dépendance des personnes âgées s'appuie désormais sur des études très précises.

M. Philippe Marini, président, a fait valoir que les priorités des Cram peuvent varier d'une caisse à l'autre. Il s'est dès lors demandé quels modes de gouvernance l'assurance vieillesse a choisi de mettre en place pour encadrer l'action de ses relais locaux.

Mme Danièle Karniewicz a précisé que le conseil d'administration détermine les grandes lignes de l'action sanitaire et sociale de la caisse, les Cram bénéficiant ensuite d'une importante délégation de pouvoirs pour leur mise en œuvre. En pratique, la Cnav alloue 320 millions d'euros par an aux caisses régionales d'assurance maladie, mais elle veille à répartir cette enveloppe entre les différentes régions.

D'une façon générale, **M. Auguste Cazalet** s'est félicité du rôle positif joué par l'assurance vieillesse en matière de prévention du risque de perte d'autonomie.

Faisant référence aux inquiétudes exprimées lors de son audition par le président de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas), **M. Philippe Marini, président**, a souhaité savoir si la Cnav envisage effectivement de supprimer, ou de réduire, ses aides aux personnes âgées faiblement dépendantes.

Après avoir souligné le caractère totalement infondé de ces craintes, **Mme Danièle Karniewicz** a rappelé que les organismes de sécurité sociale se sont vu attribuer, en 1967, la mission de prendre en charge les personnes âgées et ce, quel que soit leur état de santé. La création de l'Apa a introduit une rupture importante en transférant aux conseils généraux d'importantes

compétences en matière de perte d'autonomie. Poursuivre dans cette voie, en regroupant au sein des finances départementales l'ensemble des crédits d'action sociale, notamment ceux versés par la Cnav aux personnes relevant des Gir 5 et 6, induirait un risque de confusion des rôles. Les conseils généraux pourraient être amenés, compte tenu de l'ampleur des besoins à satisfaire, à concentrer leurs interventions sur la seule prise en charge de la dépendance et à limiter ainsi les actions de prévention, qui sont pourtant indispensables.

Mme Marie-Thérèse Hermange a estimé qu'il faudra démentir au plus vite les inquiétudes infondées exprimées par le président de l'Unccas.

Faisant référence aux propos sévères tenus par le Président de la République lors de son intervention du 18 septembre 2007, **Mme Danièle Karniewicz** a souligné que les instances de la Cnav se sont elles aussi inquiétées et depuis longtemps de la complexité et de l'opacité du système de prise en charge des assurés sociaux. Après avoir insisté sur l'ampleur et la diversité des attentes exprimées par les familles, elle a constaté que les proches des malades manquent en particulier de repères et d'information pour le traitement des dossiers administratifs : très souvent, les enfants de ces personnes ne savent pas à qui s'adresser et craignent d'avoir à assumer seuls la lourde charge de s'occuper de leurs parents.

Puis elle a considéré que l'égalité des droits des assurés sociaux n'est pas assurée sur le territoire national : deux personnes dépendantes souffrant d'une même pathologie ne sont pas nécessairement évaluées, ni surtout prises en charge de la même manière suivant les départements. Même si l'action des organismes de sécurité sociale demeure sans doute perfectible, elle garantit un bien meilleur respect du principe d'universalité des droits.

M. Philippe Marini, président, a souhaité savoir quelle est la nature exacte des rapports existant entre la Cnav, d'une part, les personnes dépendantes et leur famille, d'autre part. S'agit-il tout autant de contacts indirects établis par le biais des Cram que de relations directes liées aux demandes de liquidation des droits à la retraite des assurés sociaux ?

Mme Danièle Karniewicz a confirmé que tel est bien le cas, tout en soulignant que l'assurance vieillesse connaît bien la population des personnes en perte d'autonomie dont elle s'occupe. A ce titre, elle a précisé que 75 % des bénéficiaires des aides de la Cnav vivent seuls, 71 % ont des revenus inférieurs à 1 000 euros, 59 % sont veufs et 26 % n'ont plus de lien social. Elle a indiqué en outre que l'âge moyen d'accès aux prestations est de quatre-vingts ans, que 45 % d'entre eux n'accèdent que très difficilement à leur logement et que 36 % ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois.

M. Philippe Marini, président, a souhaité recueillir des précisions complémentaires sur les modes d'intervention de la Cnav *via* ses relais locaux, les Cram.

Mme Danièle Karniewicz a répondu que l'action sanitaire et sociale de la Cnav s'appuie pour une large part sur les structures associatives, notamment dans le domaine du maintien à domicile. Ce constat fait d'ailleurs l'objet de débats au sein du conseil d'administration de la Cnav, certains membres considérant que les familles devraient pouvoir choisir librement les prestataires auxquels elles ont recours, en concluant directement avec eux des accords de gré à gré. Mais le rôle très important occupé aujourd'hui par les associations est le produit d'une longue histoire et résulte du poids des habitudes. Il n'est donc pas facile de promouvoir une démarche nouvelle.

Faisant référence au récent déplacement réalisé par la mission dans le département du Loiret, **M. Philippe Marini, président**, a souligné que les acteurs de terrain rencontrés à cette occasion par les sénateurs ont insisté sur la nécessité de mieux contrôler ces structures associatives et de susciter une certaine concurrence entre elles, afin de les inciter à améliorer leurs prestations. En Allemagne aussi, d'ailleurs, on retrouve une segmentation très forte de l'organisation de la prise en charge des personnes dépendantes entre les établissements d'origine confessionnelle, ceux dépendant des communes et ceux plus ou moins affiliés aux organisations syndicales. Chacune de ces grandes familles d'intervenants dispose d'une large autonomie, mais dans le cadre d'une relation contractuelle avec l'assurance maladie gérant la cinquième branche de sécurité sociale.

Mme Danièle Karniewicz s'est félicitée, d'une façon générale, de la solidité des liens familiaux dans notre pays, tout en observant que ce sont quasi exclusivement des femmes qui s'arrêtent de travailler pour s'occuper de leurs proches devenus dépendants. Elle a considéré que le développement, par ailleurs sans doute souhaitable, de relations directes, entre les familles et les prestataires de service, nécessite une réflexion approfondie.

M. Philippe Marini, président, a jugé que si les aidants familiaux venaient à être rémunérés dans notre pays, ce type d'accords de gré à gré pourrait aussi conduire à des abus.

Sur la question du financement de la politique de la dépendance, **Mme Danièle Karniewicz** a fait part de l'attachement des membres du conseil d'administration de la Cnav au développement d'un socle de solidarité collectif très solide : l'assurance dépendance doit être obligatoire, collective et universelle, ne serait-ce que pour éviter que l'accès aux prestations ne soit différent sur l'ensemble du territoire national.

Après avoir indiqué qu'il comprend parfaitement cette préoccupation, **M. Philippe Marini, président**, a toutefois fait valoir qu'il existe d'importantes différences entre les personnes dépendantes vivant en milieu urbain ou en zone rurale, de même que les différences de contexte familial ou sociologique ne peuvent être niées.

Mme Danièle Karniewicz a considéré qu'il convient effectivement de développer une approche très pointue de la prévention de la perte d'autonomie. Les besoins d'aide des assurés sociaux seront de toute évidence

très importants au cours des prochaines décennies et nécessiteront un effort significatif. Toute la question consiste donc à savoir s'il convient de privilégier une réponse individuelle ou collective pour y faire face. Face à ce défi, le conseil d'administration de la Cnav est convaincu de l'intérêt de développer un système de solidarité obligatoire et universel.

Bien que les travaux de la mission ne soient pas achevés et que ses conclusions soient loin d'être arrêtées, **M. Philippe Marini, président**, a exprimé sa conviction qu'il faudra probablement adopter une approche du risque de la dépendance sur la base de plusieurs piliers, selon une architecture relativement proche de celle de l'assurance vieillesse. La proximité entre ces deux domaines apparaît en effet plus forte qu'avec les politiques du handicap ou de la maladie. Au total, la dépendance peut être définie comme un risque vieillesse aggravé avec des pathologies chroniques créant des problèmes de solvabilité supplémentaires.

Mme Marie-Thérèse Hermange a estimé que l'approche défendue par la présidente de la Cnav tendant à instaurer une assurance dépendance obligatoire universelle rend d'autant plus nécessaire de disposer enfin d'une évaluation comparative du coût des pathologies à l'origine de la perte d'autonomie, selon que les assurés sociaux vivent en collectivité ou dans leur logement. Il s'agit en particulier d'établir avec certitude si une personne prise en charge à domicile coûte moins cher à la collectivité nationale que si elle se trouvait prise en charge dans un établissement d'hébergement.

Notant également que près de 26 % des bénéficiaires des aides de la Cnav n'entretiennent quasiment plus de liens sociaux, elle a souhaité savoir s'il était possible de disposer d'une projection démographique, à l'horizon d'une trentaine d'années, sur l'évolution prévisible du nombre de personnes vivant seules.

Mme Danièle Karniewicz a estimé que la mutation des structures familiales, du nombre des mariages et de la fréquence des divorces rend probablement un tel exercice prospectif difficile à réaliser. Mais le problème de l'isolement constitue une réalité qui doit être prise en compte par la Cnav.

Après avoir souligné, sur la base des données recueillies par la caisse, que le maintien des assurés sociaux à leur domicile le plus longtemps possible apparaît sans aucun doute comme la solution la moins onéreuse pour la collectivité, elle s'est inquiétée du reste à charge très élevé que doivent acquitter les personnes âgées dépendantes, alors qu'elles ne disposent en moyenne que d'une retraite d'un montant relativement faible. En ce qui concerne le débat portant sur l'opportunité d'instituer un recours sur la succession des assurés sociaux, elle a fait part des fortes réserves exprimées par la plupart des membres du conseil d'administration de la Cnav. Il s'agit en effet d'éviter que des personnes ne renoncent à l'aide à laquelle elles auraient droit, uniquement dans le but de préserver l'héritage de leurs enfants.

Enfin, elle a estimé que le souci consistant à établir une ligne de partage claire entre les dépenses de santé et celles imputables à la dépendance ne doit pas conduire à minimiser le champ d'intervention de la Cnam : un assuré social qui a cotisé toute sa vie à l'assurance maladie doit pouvoir bénéficier de la prise en charge des soins dont il a besoin.

Revenant sur le débat relatif à la mise à contribution du patrimoine des personnes dépendantes, **M. Philippe Marini, président**, a fait valoir qu'il convient également de prendre en compte l'intérêt de la société sur ce sujet, d'autant plus que la perspective d'une augmentation continue du niveau des cotisations sociales ne serait absolument pas compatible avec la préservation de la compétitivité de notre économie.

Face au défi de la dépendance, **Mme Danièle Karniewicz** a jugé que le choix principal que les pouvoirs publics doivent effectuer consiste, ou bien à laisser nos concitoyens se débrouiller seuls, ou bien à mettre en place une assurance collective obligatoire.

M. Philippe Marini, président, a considéré qu'il ne s'agit pas d'opposer la solidarité nationale aux mécanismes assurantiels, mais de bâtir un système à trois piliers, à l'instar de ce qui existe déjà en matière de retraite. Au surplus, il sera de plus en plus difficile à l'avenir de faire abstraction de la valeur du patrimoine des assurés sociaux pour déterminer les conditions d'accès aux prestations.

Relativisant le rôle joué par les retraites « surcomplémentaires », **Mme Danièle Karniewicz** a estimé que les Français ne peuvent actuellement véritablement compter que sur le régime de base de l'assurance vieillesse, ainsi que sur l'Agirc et l'Arcco.

M. Philippe Marini, président, a fait valoir *a contrario* que le troisième étage de notre système de retraite connaît aujourd'hui une montée en charge significative. D'ici à une génération, il sera en mesure de jouer un rôle significatif.

Mme Danièle Karniewicz a jugé qu'il convient au préalable de définir un socle de solidarité très solide entre tous les assurés. Il sera alors possible de concevoir des mécanismes individuels, mais qui ne pourront jouer qu'un rôle subsidiaire en matière de couverture du risque de perte d'autonomie.

M. Philippe Marini, président, a ensuite relevé qu'à l'occasion de son récent déplacement en Allemagne, les membres de la mission ont écouté avec intérêt un député du Bundestag leur exposer dans le détail les multiples techniques utilisées par certains assurés sociaux pour organiser leur insolvabilité avant de faire appel à la collectivité.

Après avoir constaté que de tels phénomènes existent et traduisent une évolution sensible des mentalités, **Mme Danièle Karniewicz** a réaffirmé la préoccupation prioritaire de la Cnav consistant à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

**Audition sur le projet Prisma d'amélioration de la continuité des soins
et des services reçus par les personnes âgées dépendantes**
(mardi 27 mai 2008)

Au cours de sa séance du mardi 27 mai 2008, la mission a procédé à l'audition du **professeur Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges Pompidou**, et de **MM. Bernard Garro, sous-directeur de l'action sociale à la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases) de la ville de Paris, Jean-Marc Mazurier, directeur de l'association d'aide médicosociale à domicile pour les personnes âgées et les malades du XX^e arrondissement (Amsad), Albert Servadio, médecin généraliste, responsable du réseau gériatrique de l'Est parisien (Agep) et Dominique Somme, praticien hospitalier sur le projet Prisma d'amélioration de la continuité des soins et des services reçus par les personnes âgées dépendantes.**

Après avoir rappelé que l'idée d'organiser la présente audition avait été suggérée aux sénateurs par les participants à la table ronde du 23 janvier dernier, **M. Gérard Miquel, président**, a présenté brièvement le « Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien à domicile » (Prisma).

Ce projet vise à améliorer la continuité des soins et des services apportés aux personnes âgées dépendantes par le biais d'un renforcement de la coordination entre les différents acteurs intervenant dans ce domaine et la mise en place de « gestionnaires de cas ». Il s'agit d'une expérimentation nationale lancée au printemps 2006, qui est désormais menée sur trois territoires différents, dont le XX^e arrondissement de la ville de Paris. Le professeur Saint-Jean est responsable de la conception du programme, dont il va présenter les détails.

M. Gérard Miquel, président, a souligné que les membres de la mission sont également désireux de connaître l'opinion des personnes auditionnées sur l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées, en général, ainsi que sur la grille autonomie gérontologie groupes isoressources (Aggir) en particulier.

Le professeur Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges Pompidou, a précisé que le projet Prisma est fondé sur la notion de coordination des institutions ainsi que des opérationnels de terrain. L'objectif consiste effectivement à améliorer la continuité des soins et des services que les personnes âgées de soixante ans et plus, les handicapés ou les malades dits en « situation complexe » reçoivent à leur domicile.

Tous les acteurs concernés, notamment les structures hospitalières, les services d'aides et de soins, les centres locaux d'information et de coordination (Clic), les réseaux de santé, ainsi que le secteur psychiatrique, seront amenés à travailler ensemble. Cette démarche supposera également d'élaborer et de valider des outils communs, comme le Smaf (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) en matière d'évaluation. Trois sites d'expérimentation ont été retenus : le premier à Paris, le second dans une zone à dominante rurale du sud de l'Essonne et le dernier en milieu urbain, dans le Haut-Rhin.

La coordination « psycho-socio-sanitaire », telle qu'elle est envisagée ici, constitue un modèle de fonctionnement « imbriqué » au système de soins et de services d'un territoire donné. L'instauration d'un guichet unique pour les patients et leurs aidants sera complétée par la création de deux acteurs opérationnels : le « pilote local » et le « gestionnaire de cas ».

Outre la mise en œuvre d'une problématique de gestion de cas complexes pour les personnes dépendantes, le projet Prisma repose également sur un second volet axé sur des recherches menées à partir d'analyses documentaires, d'observations des participants, ainsi que d'entretiens individuels et collectifs.

Le professeur Olivier Saint-Jean a indiqué que le gestionnaire de cas constitue l'interlocuteur unique de la personne âgée dépendante ainsi que de son médecin traitant. Il a pour mission d'assurer le lien avec tous les professionnels travaillant à son chevet et d'exercer un suivi dans le temps, y compris pendant les périodes d'hospitalisation. Il élabore un plan individualisé de prise en charge, en relation avec la famille. Le « pilote local » est chargé d'animer l'équipe des gestionnaires de cas et de leur apporter individuellement un appui opérationnel. L'ensemble de cette architecture s'appuie en dernier lieu sur un comité local organisationnel (Clo), institué sur proposition du comité départemental stratégique (CDS).

Après avoir observé que le projet Prisma a été lancé à l'initiative d'acteurs de terrain, il a souligné le caractère novateur de cette démarche : la recherche d'une meilleure qualité de vie des patients ne passe pas en l'espèce par l'invention de nouveaux médicaments, mais par l'amélioration de l'organisation de leur prise en charge. Cela suppose d'aller au devant des besoins des personnes dépendantes. Il s'agit donc d'un changement considérable en matière de politique gérontologique.

Il s'est félicité ensuite des progrès réalisés depuis vingt-cinq ans dans ce domaine. Mais les mesures progressivement mises en œuvre par les pouvoirs publics se sont également traduites par une sédimentation de différents dispositifs aboutissant *in fine* à des cloisonnements institutionnels préjudiciables. Les personnes âgées dépendantes sont ainsi tributaires de l'intervention de nombreux acteurs, dont le financement est assuré de surcroît par des sources de financement différentes. Ce problème conduit à rechercher des solutions dans deux directions opposées : ou bien forcer les structures

compétentes à collaborer et à partager leurs prérogatives, ou bien encore définir un « pilote » pour améliorer la coordination de l'ensemble, ainsi que le propose avec plus de souplesse le projet Prisma.

M. Bernard Garro, sous-directeur de l'action sociale à la Dases de la ville de Paris, a constaté que si la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a bel et bien renforcé les compétences des conseils généraux en matière de coordination gérontologique, d'autres acteurs interviennent auprès des personnes âgées dépendantes, à commencer par les caisses de sécurité sociale et les structures sanitaires. Promouvoir le travail en commun suppose donc de partir des réalités du terrain.

Dans ce contexte, le XX^e arrondissement de la ville de Paris a été choisi comme l'un des trois lieux d'expérimentation en raison de l'ancienneté et de la densité des collaborations déjà existantes. Le projet a été soutenu par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comme par la direction générale de la santé (DGS). Outre l'intérêt de procéder à une comparaison avec les résultats qui seront observés dans l'Essonne et le Haut-Rhin, ainsi que l'opportunité de tester l'outil d'évaluation Smaf, Prisma doit servir d'exemple en matière de prise en charge des « cas complexes ». Ce terme désigne les personnes âgées très dépendantes suivies au quotidien par de nombreux intervenants différents.

M. Jean-Marc Mazurier, directeur de l'Amsad du XX^e arrondissement, a précisé à titre liminaire que son association s'occupe d'environ 1 500 personnes dépendantes par an, âgées en moyenne de quatre-vingt-quatre ans. Sur ce total, on dénombre environ cinq à six cents « cas complexes ».

Puis il a constaté l'ampleur des difficultés actuelles en matière de coordination avec les structures hospitalières. En pratique, la qualité des relations établies par l'association dépend beaucoup d'initiatives personnelles et apparaît largement tributaire de la volonté des uns et des autres de travailler ensemble. Dans ce contexte, la valeur ajoutée du projet Prisma consistera précisément à développer des liens et à faciliter la communication avec les hôpitaux, les médecins traitants, ainsi que l'ensemble des acteurs de la politique de maintien des personnes âgées à domicile. L'Amsad dispose à cet effet du concours de professionnels aussi différents que des ergothérapeutes, une psychologue, ainsi qu'une gériatre. Elle s'attachera également à travailler dans le domaine de la diététique.

Puis il a estimé qu'il faut sortir de la complexité des modes actuels d'organisation qui débouchent sur une méconnaissance générale du fonctionnement et des problématiques des uns et des autres, chacun des acteurs ne percevant pas l'effet de synergie d'un travail en commun. Le volet administratif du traitement des dossiers prend ainsi souvent le pas sur la qualité de la prise en charge des patients.

M. Jean-Marc Mazurier a précisé que le champ de l'outil Smaf utilisé dans le cadre du projet Prisma apparaît beaucoup plus large que la grille Aggir. Ce nouvel instrument présente en effet l'avantage de prendre en compte des aspects sanitaires, ainsi que l'environnement familial de la personne.

Faisant référence à son expérience de trente-cinq années d'exercice professionnel dans le XX^e arrondissement, **M. Albert Servadio, médecin généraliste, responsable du réseau gériatrique de l'Est parisien**, a constaté qu'il existe sur ce territoire des habitudes de travail en commun bien plus fortes qu'ailleurs. En dépit de cet acquis très positif, les services sociaux, ainsi que les hôpitaux, découvrent régulièrement l'existence de personnes âgées dépendantes vivant totalement abandonnées, dans des conditions dignes du XVIII^e siècle. Le projet Prisma doit permettre d'agir davantage en amont, en détectant plus tôt des cas aussi dramatiques.

En ce qui concerne l'expérimentation conduite dans le XX^e arrondissement, **M. Dominique Somme, praticien hospitalier**, a indiqué que le comité local organisationnel fonctionne depuis le mois de septembre 2006 et que la formation des gestionnaires de cas a débuté en octobre 2007. Une convention officialisant la création d'un groupement de coordination sociale et médicosociale a également été signée le 13 mai 2008 afin de créer le cadre juridique approprié. Dans l'Essonne et le Haut-Rhin, en revanche, le lancement de la mise en œuvre de ce processus a été engagé plus récemment.

Il a ensuite considéré d'une façon générale qu'il convient de sortir d'un mode d'organisation en « tuyaux d'orgue », où chacun des acteurs se préoccupe essentiellement du respect de ses propres impératifs plutôt que des attentes du malade. Pour ce faire, le projet Prisma a prévu que les gestionnaires de cas bénéficient d'une formation axée sur l'évaluation des personnes et la gestion de l'information, tout en comportant une dimension éthique, ainsi qu'un module destiné à favoriser leur aptitude à la négociation. Le succès de cette démarche supposera également la collaboration des autorités de tutelle.

En ce qui concerne la prochaine mise en place des agences régionales de santé (ARS), **M. Dominique Somme** a considéré, bien que les contours de cette réforme ne soient pas encore connus, qu'elle représente néanmoins un espoir de parvenir à un renforcement des liens entre les secteurs sanitaires et sociaux. Une structure comme le comité départemental stratégique pourrait d'ailleurs constituer un instrument très utile dans une telle perspective.

Il a souligné les limites de l'outil Aggir, bien que les recommandations du docteur Colvez aient permis d'améliorer son utilisation par les acteurs de terrain. La multiplicité des autorités de tutelle pose en outre de réels problèmes de gouvernance, que le projet Prisma s'efforce de dépasser en s'inspirant de l'expérimentation qui a fait ses preuves au Canada, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le professeur Olivier Saint-Jean a souligné que cette démarche a bénéficié de l'appui de la CNSA. L'importance des délais de mise en œuvre - deux ans et demi - mérite d'être relativisée, dans la mesure où ils ont été deux fois plus importants au Canada. De tels délais ne constituent d'ailleurs pas réellement une surprise, compte tenu du fait que le projet Prisma a été lancé avant que ses modalités de financement ne soient entièrement définies : seule la couverture des dépenses de recherche et de méthodologie a été arrêtée dès l'origine. Pour le reste, l'ensemble des participants ont été conduits à dégager des moyens sur leurs propres ressources, dans l'attente que l'expérimentation engagée débouche sur des économies effectives.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir si le projet Prisma est déjà opérationnel sur le terrain.

M. Dominique Somme a indiqué que tel n'est pas encore le cas.

Prenant acte qu'un travail indispensable a été réalisé en amont du lancement de cette expérimentation nationale, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a toutefois regretté que le législateur doive prochainement se prononcer sur le projet de loi relatif à la dépendance, sans disposer des résultats de l'évaluation de Prisma.

Le professeur Olivier Saint-Jean a fait valoir que ce projet s'appuie néanmoins sur une littérature scientifique importante, ainsi que sur plusieurs exemples réussis de mise en œuvre à l'étranger, notamment en Amérique du Nord, en Italie et en Angleterre. On espère ainsi démontrer qu'il est possible en France de mieux utiliser les ressources publiques, d'augmenter le taux de satisfaction des assurés sociaux et d'enrayer la dérive consistant à accueillir les personnes âgées dépendantes dans les services d'urgence des hôpitaux.

M. Dominique Somme a estimé qu'au-delà même des avantages intrinsèques de Prisma, l'enjeu principal de ce dossier consiste à identifier les obstacles qui entravent la transposition dans notre pays de ce modèle de coordination qui a déjà fait ses preuves ailleurs.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est demandé si ces nouvelles modalités de coordination gérontologique nécessiteraient la modification de diverses dispositions législatives ou réglementaires.

Faisant référence au précédent des centres locaux d'information et de coordination (Clic), **M. Bernard Garro** a considéré qu'une mesure législative, même d'ordre assez général, serait la bienvenue. A défaut d'un encouragement de ce type, la réaction spontanée des différentes institutions parties prenantes risque en effet de n'être guère favorable à une initiative comme le projet Prisma.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité obtenir des précisions sur les problèmes de coordination rencontrés avec les établissements hospitaliers.

M. Jean-Marc Mazurier a confirmé que la qualité des échanges d'informations avec les hôpitaux dépend beaucoup de la nature des contacts établis directement entre les acteurs de terrain, ce qui a d'ailleurs conduit son association à faire appel à une ancienne assistante sociale connaissant personnellement tous les intervenants de l'arrondissement. Mais il s'agit, à l'évidence, d'une solution quelque peu empirique.

M. Albert Servadio s'est félicité de ce que l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) soit partie prenante dans le projet Prisma. Pour autant, la coordination entre le secteur social et le secteur sanitaire connaît au quotidien des difficultés réelles, en particulier au niveau du flux de sortie des patients. Il n'est pas rare en effet que certaines personnes soient accueillies après une hospitalisation, pour des soins de suite ou en maison de retraite médicalisée, dans des structures situées à trente ou quarante kilomètres de leur domicile.

M. Dominique Somme a souligné que la réussite du projet Prisma reposera sur l'implication de l'ensemble des acteurs, ainsi que sur la définition d'un chef de projet.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est demandé si l'on retrouve dans l'Essonne et le Haut-Rhin les mêmes problèmes que ceux rencontrés à Paris.

M. Dominique Somme a répondu que si les difficultés apparaissent identiques sur le plan « stratégique », le poids des spécificités locales fait néanmoins ressortir des différences importantes. Le secteur choisi pour conduire l'expérimentation dans le sud de l'Essonne est ainsi caractérisé par sa très grande dimension, puisqu'il recouvre pas moins de trente-cinq communes. La situation est donc très différente de celle observée dans le XX^e arrondissement de Paris.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité avoir des précisions sur le rôle du pilote local dans le cadre du projet Prisma.

M. Dominique Somme a indiqué que le travail de ce dernier consiste à prendre le relais du chef de projet, en encadrant et en animant le réseau des gestionnaires de cas, ainsi qu'en veillant à la remontée des informations au niveau du comité départemental stratégique.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité savoir ce que recouvre exactement la notion de guichet unique.

M. Dominique Somme a précisé que ce guichet unique prend la forme d'un système d'aiguillage de l'ensemble des demandes potentielles des personnes âgées dépendantes vers un lieu unique de traitement où sera effectuée une « validation de la situation complexe ». Mais à ce niveau aussi, on constate des différences significatives entre les trois sites choisis pour l'expérimentation du projet Prisma. En ce qui concerne le XX^e arrondissement de Paris, le guichet unique a été organisé au niveau du Clic, qui jouait déjà un rôle important sur le plan opérationnel. Les autres guichets ne disparaîtront pas pour autant, leur rôle consistant désormais à transmettre les informations

nécessaires. A l'inverse, dans le cas du Haut-Rhin, le choix a été fait de conserver différents guichets, mais le traitement des dossiers a été réorganisé suivant une procédure validée en commun par l'ensemble des structures compétentes. *In fine*, le résultat devrait donc être le même qu'à Paris, même si l'approche diffère quelque peu.

Après avoir pris acte des réserves formulées à l'encontre de la grille Aggir par les animateurs du projet Prisma, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est demandé par quel instrument d'évaluation il conviendrait de la remplacer le cas échéant. Faudrait-il envisager de créer un autre outil national suffisamment précis pour éviter des distorsions de prise en charge sur le territoire national, ou donner à l'inverse davantage de marges de manœuvre aux conseils généraux ? Convviendrait-il d'adopter un même module de formation pour les évaluateurs ? En quoi consiste la valeur ajoutée de l'outil Smaf ? Comment faire en sorte que la puissance publique, d'une part, les assureurs, les mutuelles et les institutions de prévoyance, d'autre part, combinent leurs interventions respectives en utilisant des référentiels communs pour reconnaître la dépendance ?

Le professeur Olivier Saint-Jean a regretté que la grille Aggir ne présente pas toutes les qualités suffisantes, aussi bien pour évaluer avec précision l'état d'une personne que pour apprécier les ressources qui lui sont nécessaires pour concevoir un plan d'aide approprié. De fait, les frontières entre les différents Gir apparaissent relativement ténues. Les résultats obtenus sur la base de la grille Aggir dépendent également beaucoup des évaluateurs et ne sont donc pas « reproductibles » en raison de leur degré de subjectivité. Une personne peut être classée aisément, suivant les cas, dans deux Gir différents, ce qui pose problème. Au total, Aggir constitue un instrument pour une bonne part obsolète, qui mériterait de faire l'objet d'un débat scientifique.

M. Albert Servadio a confirmé ces critiques, tout en précisant qu'il a constaté sur plusieurs centaines de cas l'existence de distorsions importantes entre le résultat de cette grille et l'état réel des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

M. Dominique Somme a précisé que l'outil Smarf utilisé au Canada a été élaboré avec une grande rigueur scientifique et présente des qualités éminentes. Cet instrument de mesure de la dépendance, qui a d'ailleurs été inventé en France avant d'être validé à Cambridge en Grande-Bretagne, apparaît très fiable. Les résultats auxquels il aboutit sont reproductibles d'un utilisateur à un autre. Par ailleurs, l'accent a été fort justement mis au Québec sur la rigueur de la formation préalable nécessaire pour utiliser cet outil, y compris pour les formateurs eux-mêmes.

En ce qui concerne les plans d'aide individualisée, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a souhaité savoir ce que prévoit le projet Prisma quant à l'articulation des prestations légales et extra-légales, lorsque ces dernières existent.

M. Dominique Somme a confirmé que cette question pose effectivement problème. Un important travail a été conduit à ce sujet avec la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), le département ainsi que le centre d'action sociale de la ville de Paris afin de bâtir la meilleure articulation possible entre les sources de financement.

M. François Autain a souhaité savoir quelles sont les appréciations des participants au projet Prisma au sujet de l'Apa d'une part, des différents plans mis en œuvre au cours des dernières années en faveur des personnes dépendantes, d'autre part.

Le professeur Olivier Saint-Jean a considéré qu'en dépit des lenteurs administratives et des besoins restant à satisfaire, la politique gérontologique a accompli des progrès considérables au cours des vingt-cinq dernières années. Ainsi, par exemple, plus de la moitié des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgence comportent désormais un service gériatrique, ce qui aurait semblé être une perspective purement utopique au début des années quatre-vingt. Le simple fait de chercher à promouvoir une meilleure coordination afin d'améliorer la continuité des soins rendus aux personnes dites en « situation complexe » représente une évolution encourageante. D'une façon générale, la politique d'aide au maintien à domicile a permis d'obtenir des résultats performants, y compris au plan international. Mais à l'inverse, la situation des personnes dépendantes vivant en institution apparaît beaucoup moins satisfaisante. En définitive, la mise en œuvre de l'Apa a représenté une étape décisive dans ce processus d'amélioration étalé sur de nombreuses années.

M. Bernard Garro a souligné qu'au même titre que la création de l'Apa, les événements tragiques de la canicule de 2003 ont suscité une large prise de conscience dans le corps social. Il en est résulté une évolution culturelle importante de l'ensemble des acteurs du dossier, permettant aux personnels sociaux, médicosociaux et sanitaires de travailler ensemble. Mais la coordination de toutes ces structures n'est pas une tendance spontanée, ni un exercice aisé à mener à bien.

M. François Autain s'est demandé si les futures agences régionales de santé (ARS) doivent être compétentes en matière médicosociale.

Le professeur Olivier Saint-Jean a jugé cette évolution indispensable.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité avoir des précisions sur la façon dont Prisma est financé.

M. Albert Servadio a indiqué que la sécurité sociale a autorisé l'Agep à affecter au projet un salarié à temps plein.

MM. Jean-Marc Mazurier et **Bernard Garro** ont précisé que la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (Ddass) et le conseil général de Paris ont chacun mis à disposition de cette démarche expérimentale l'équivalent d'une personne travaillant à mi-temps.

Le professeur Olivier Saint-Jean a fait valoir que le coût, au demeurant modique, du projet sera de toute manière beaucoup moins onéreux que les médicaments inutiles aujourd'hui prescrits aux personnes dépendantes, dont certains représentent un coût de 1 200 à 2 400 euros par an pour l'assurance maladie. A contrario, un gestionnaire de cas peut raisonnablement prendre en charge entre trente et quarante personnes considérées comme des « cas complexes », ce qui est appréciable.

M. François Autain s'est félicité de ces propos qui rejoignent ses convictions personnelles et s'inscrivent à l'inverse des idées reçues souvent développées au sein de la commission des affaires sociales.

Le professeur Olivier Saint-Jean a estimé qu'il conviendrait effectivement d'entamer une réflexion sur la question de l'expertise scientifique en matière d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

M. Dominique Somme a indiqué que le projet Prisma fait également l'objet d'un soutien de la part de l'AP-HP, qui lui consacre l'équivalent d'une personne à plein temps. La direction générale de la santé, ainsi que la CNSA, fournissent également leur assistance.

Après avoir formulé une appréciation d'ensemble très positive sur le bilan de l'Apa, **M. Gérard Miquel, président**, a jugé très intéressante l'expérimentation décrite par les personnes auditionnées. Il a ensuite souhaité savoir s'il est envisageable de développer le projet Prisma dans des départements ruraux faiblement peuplés.

M. Jean-Marc Mazurier a considéré que la principale difficulté rencontrée par la politique de maintien à domicile consiste à faire face au défi de la professionnalisation des personnels. A titre d'illustration, l'association Amsad emploie au total 310 salariés, dont 210 aides à domicile et 80 personnes assurant des soins aux patients. Mais il est très difficile de trouver des candidats pour ce type de travail à Paris, même si l'on parvient à réunir les financements correspondants. La nécessaire augmentation des qualifications implique également une revalorisation des salaires, ce qui pose la question des financements publics disponibles pour y faire face. Aujourd'hui, les ressources de l'Amsad proviennent essentiellement du conseil général, de l'assurance maladie et des caisses de retraite, mais 12 % des dépenses sont prises en charge par les bénéficiaires eux-mêmes.

Il a jugé tout à fait possible d'expérimenter le projet Prisma dans les départements ruraux à faible densité de population. Les spécificités démographiques de ces territoires nécessiteront toutefois d'adapter en conséquence l'organisation du projet et occasionneront inévitablement des coûts supplémentaires.

M. Bernard Garro a confirmé que la professionnalisation des personnels se répercute logiquement sur le prix de revient de l'aide à domicile et représente in fine un coût pour les financeurs publics. Dans ce contexte, le plafonnement de l'Apa constitue un problème, dans la mesure où beaucoup de

personnes âgées classées en Gir 1 et 2 doivent se contenter de bénéficier de l'assistance d'un aide familial au lieu de disposer du concours d'un prestataire extérieur.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a estimé que la question des conséquences de la professionnalisation des personnels conduit à s'interroger tout à la fois sur le mode de financement mixte des aides soignantes, ainsi que sur les règles de tarification tripartite des établissements pour personnes âgées dépendantes. De la même manière, on peut se demander si certaines dépenses ne font pas l'objet d'une double facturation, dans la mesure où le forfait soins n'exclut pas que certains résidents en institution continuent à faire appel à leur ancien médecin traitant.

Sur la base de son expérience personnelle, **M. Albert Servadio** a considéré que le nombre moyen de visites des médecins libéraux en maison de retraite médicalisée (1,2 par mois) n'apparaît pas supérieur aux chiffres observés en ville. En revanche, l'accès à certains actes médicaux, notamment les soins de kinésithérapie, est à l'évidence beaucoup plus facile dans ces institutions.

M. Dominique Somme a souligné que le problème de la fragmentation du financement de la politique menée en faveur des personnes âgées dépendantes présente des conséquences tout à fait préjudiciables. Par ailleurs, l'absence de perspective d'évolution des carrières professionnelles nuit à l'attractivité de ce secteur professionnel.

M. Bernard Garro a également fait valoir la pénibilité du travail d'aide à domicile. L'existence d'un vaste bassin d'emplois en Ile-de-France rend de surcroît les recrutements plus difficiles à Paris qu'ailleurs en France.

M. Gérard Miquel, président, a observé que beaucoup de ces salariés sont employés à temps partiel.

M. Dominique Somme a considéré que les conséquences négatives de la fragmentation des financements sont encore plus sensibles dans le cas des personnes modestes, notamment celles vivant en milieu rural.

**Audition de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail,
des relations sociales, de la famille et de la solidarité,
et de Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**
(mercredi 28 mai 2008)

Au cours de sa séance du mercredi 28 mai 2008, la mission a procédé à l'audition de **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité**, et de **Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**.

M. Philippe Marini, président, a rappelé que la mission a entendu, une première fois, le 16 janvier dernier, les deux ministres, alors qu'elle commençait ses travaux. Au cours de cette audition, le Gouvernement, qui entamait, lui-même, ses réflexions sur la prise en charge de la dépendance, s'était engagé à revenir devant les membres de la mission, afin de leur faire part de ses premières orientations.

Après avoir remercié M. Xavier Bertrand et Mme Valérie Létard d'avoir respecté leur engagement, il a indiqué que, depuis le mois de janvier, la mission a, elle-même, avancé dans ses travaux, grâce aux nombreuses auditions auxquelles elle a procédé et aux déplacements à l'étranger et sur le terrain qu'elle a effectués.

Il a souhaité que quatre thèmes soient plus particulièrement abordés :

- la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, et notamment les ajustements à apporter à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (Apa) à domicile ;

- la question des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à travers trois sujets : le plan « Solidarité-Grand Age », la tarification et la question sensible des restes à charge des personnes hébergées et de leur famille ;

- le mode de financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment la question de l'articulation entre, d'une part, la solidarité nationale et, d'autre part, l'effort individuel, ainsi que celle des modalités de mise en place d'un pilier assurantiel ;

- enfin, le thème de la gouvernance locale et nationale, à travers la question du mode d'association des départements aux futures agences régionales de santé (ARS) et celle des compétences de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que de la composition de son conseil.

M. Philippe Marini, président, a rappelé la grande sensibilité des membres de la mission sur trois questions particulières : le partage équitable du financement de l'Apa entre l'Etat et les départements ; la prise en compte du patrimoine dans l'évaluation et la mise en place des droits des bénéficiaires de prestations ; les modalités d'allongement de l'épargne pour mieux l'adapter aux risques vieillesse et dépendance.

Après avoir indiqué qu'il revenait, à l'instant, du Conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), où il a également exposé les premières orientations du Gouvernement, **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité**, a évoqué deux chiffres révélateurs de l'importance de la question de la prise en charge de la dépendance. Aujourd'hui, 1 300 000 personnes ont plus de quatre-vingt-cinq ans. Elles seront deux millions en 2015.

A titre liminaire, il a rappelé la finalité de la création d'un cinquième risque : le système français de sécurité sociale, mis en place en 1945 et construit autour de quatre risques (la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles, la famille, la vieillesse), n'a pas été conçu pour apporter une réponse au défi de la perte d'autonomie. Entre les prestations liées à l'état de santé et celles liées à une perte de revenu, il manque aujourd'hui un maillon qu'il convient de créer. Il s'agit d'un enjeu de société non seulement pour les toutes prochaines années, mais encore pour les décennies à venir.

Sur les modalités de mise en place de ce cinquième risque, **M. Xavier Bertrand** a tenu à préciser - sans vouloir apporter immédiatement de réponse définitive - que le cinquième risque doit reposer sur le principe de la liberté de choix des personnes en situation de perte d'autonomie. Cette liberté de choix vaut, tout d'abord, pour le mode de prise en charge : les individus doivent pouvoir choisir entre, soit rester à domicile, soit entrer en établissement, ce qui implique, d'une part, l'ouverture plus rapide de places plus nombreuses en institution, notamment de places médicalisées, à moindre coût et, d'autre part, un reste à charge allégé pour les familles, notamment pour les familles aux revenus les plus modiques et les classes moyennes.

La liberté de choix doit également s'appliquer aux modalités de financement de la prise en charge de la dépendance, afin de permettre aux individus, soit de souscrire volontairement à un mécanisme de prévoyance, soit de recourir à une prise de participation volontaire et limitée sur leur patrimoine.

Il a ensuite exposé, plus en détail, chacune des quatre orientations retenues, à ce stade de la concertation, par le Gouvernement.

Il s'agit, tout d'abord, de permettre à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie de rester à domicile chaque fois que cela est possible. Tel est, en effet, le souhait exprimé par la majorité des personnes en situation de perte d'autonomie, ainsi que par leur famille. Pour ce faire, l'ensemble des besoins d'aide de la personne doivent être pris en compte.

C'est pourquoi, le Gouvernement souhaite, comme l'y invite le rapport du Conseil de la CNSA, mettre en œuvre un droit universel à un plan personnalisé de compensation pour l'autonomie. Celui-ci devra reposer sur une prise en compte de toutes les formes d'aides concourant à la compensation (aides humaines, techniques ou domotiques, aides d'aménagement, aide aux aidants familiaux). Le rapprochement des méthodes d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie, quel que soit l'âge des personnes, constitue, en ce sens, une avancée majeure.

M. Xavier Bertrand a indiqué qu'assurer le maintien à domicile suppose également que les aides publiques permettent aux individus de faire face à leurs besoins. Or, aujourd'hui, le niveau des plans d'aide apparaît souvent inadapté pour permettre le maintien à domicile de certains bénéficiaires de l'Apa, notamment les personnes isolées sans aidant familial, les personnes les plus lourdement dépendantes et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les niveaux des plans pour ces bénéficiaires doivent être améliorés.

En ce qui concerne plus particulièrement les personnes handicapées, il a rappelé que le Gouvernement a choisi, dès 2008, d'ouvrir la prestation de compensation du handicap (PCH) aux enfants, dans un premier temps sous la forme d'un droit d'option entre la PCH et l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH). Une seconde étape doit désormais s'ouvrir. Elle se fera, en partenariat avec les conseils généraux et les associations, dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap.

Il a enfin déclaré que le maintien à domicile pose la question des aidants familiaux. Dans le même esprit que le plan Alzheimer, le Gouvernement souhaite multiplier les solutions dites « de répit » - accueils de jour, hébergement temporaire - pour soulager les personnes qui assument la lourde charge de soutenir leurs proches dépendants. Ces formules existent aujourd'hui, mais doivent désormais être réellement accessibles pour les familles.

Le deuxième objectif du cinquième risque est d'augmenter le nombre de places en établissements médicalisés et d'alléger le reste à charge pour les familles.

Sur ce sujet, **M. Xavier Bertrand** a indiqué que le Gouvernement sera particulièrement attentif à ce que le cinquième risque apporte aux familles des solutions concrètes, ce qui suppose :

- des places en nombre suffisant, en maisons de retraite ainsi qu'en établissements pour personnes handicapées, notamment en ce qui concerne les personnes atteintes d'autisme et de polyhandicap ;

- un reste à charge allégé pour les personnes aux revenus les plus modiques et les classes moyennes ;

- des établissements suffisamment médicalisés ;

- enfin, un « plan métiers » qui permette de faire face aux importants besoins de recrutement et de formation pour les années à venir.

Quant à la troisième orientation, relative aux modalités de financement du cinquième risque, **M. Xavier Bertrand** a mis en avant la nécessité d'assurer le financement de la perte d'autonomie pour aujourd'hui, mais aussi pour l'avenir.

Le cinquième risque doit d'abord reposer sur la solidarité nationale, sans que cela implique nécessairement une augmentation des impôts. Rappelant que la démographie et les besoins sociaux évoluent, il a souligné que cette évolution doit être accompagnée d'une meilleure répartition des financements au sein du système solidaire de protection sociale.

Il a indiqué que, dans cette perspective, M. Gérard Larcher, président de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, a proposé récemment, dans son rapport, de redéployer l'offre hospitalière vers les établissements et services médicosociaux.

Prenant un autre exemple, il a indiqué que le soutien à l'autonomie relève aussi de la politique de la famille. Celle-ci n'est pas seulement destinée aux enfants, elle recouvre également la question de la solidarité entre les différentes générations. Il est en effet possible, sans rien enlever de ce qui existe aujourd'hui dans la politique familiale, de relever, par son biais, de nouveaux défis, notamment celui des aidants familiaux.

En complément de la solidarité nationale, les organismes de prévoyance doivent également pouvoir intervenir dans le financement de la perte d'autonomie liée à l'âge. Afin d'éviter que cette intervention ne se fasse de manière désordonnée et sans coordination avec l'intervention publique, un vrai « partenariat public-privé » doit être mis en place. Le financement du cinquième risque devra également se faire dans le respect du principe de justice sociale, ce qui implique notamment de mieux prendre en compte les capacités contributives de chacun, comme l'y a invité le Président de la République.

Une meilleure prise en compte du patrimoine permettrait, en effet, d'assurer l'articulation entre les aides publiques et la prévoyance privée : à terme, les personnes devraient pouvoir faire, soit le choix de la prévoyance, soit celui d'une participation limitée et volontaire sur leur patrimoine. Dans cette hypothèse, deux principes-clé doivent être respectés :

- d'une part, cette participation ne peut résulter que du choix du bénéficiaire ;

- d'autre part, ce choix ne doit être ouvert qu'aux personnes les plus dotées en patrimoine.

Cette participation ne devra, en aucun cas, s'appliquer aux bénéficiaires de la PCH, dans la mesure où ces derniers sont placés dans une situation objectivement différente des personnes âgées dépendantes : leur

situation professionnelle ne leur permet pas de se constituer un patrimoine dans les mêmes conditions que les personnes valides d'âge actif.

Après avoir mentionné la quatrième et dernière orientation du Gouvernement, qui consiste à mettre en place une gouvernance renouvelée pour le cinquième risque, et laissant à Mme Valérie Létard le soin de développer ce point, **M. Xavier Bertrand** a tenu à préciser qu'il venait d'exposer, dans ses grandes lignes, la façon dont le Gouvernement envisage le cinquième risque à ce stade de la concertation. Il a souligné qu'en tout état de cause, il n'est pas question de réinstaurer un recours sur succession. Il a enfin rappelé, pour conclure, que le cinquième risque est un véritable défi de société et une obligation morale qui se situe au-delà des clivages politiques.

Après avoir souligné la qualité des travaux menés par la mission, ainsi que le souci de celle-ci de mener une étude comparative des modes de prise en charge de la dépendance en vigueur dans d'autres pays européens, **Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**, a insisté sur trois points : la politique en faveur des établissements, la gouvernance du cinquième risque et l'action en direction des professionnels de la perte d'autonomie.

Elle a, tout d'abord, souligné la nécessité d'une politique ambitieuse en direction des établissements d'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées. Cette politique doit se fixer à la fois des objectifs quantitatifs, qualitatifs et d'amélioration de gestion. Les études démographiques, les remontées territoriales d'informations à travers les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), ainsi que l'impact attendu de la politique de maintien à domicile permettent, en effet, d'évaluer les besoins de création de places pour les années à venir.

Concernant les maisons de retraite, elle a précisé qu'il faudra créer entre 5 000 et 7 500 places par an. Elle a insisté sur la nécessité que les autorisations se traduisent par des créations effectives de places pour les usagers. A cette fin, plusieurs leviers seront mis à contribution : les enveloppes anticipées, l'aide à l'investissement, l'aide à la formation professionnelle par la CNSA. Parallèlement, les procédures administratives de création de places doivent être simplifiées et inciter les porteurs de projets à proposer des formules innovantes.

S'agissant des établissements et services pour personnes handicapées, elle a annoncé que sera prochainement lancé, comme s'y était engagé le Président de la République, un plan pluriannuel de création de places avec pour objectifs, notamment, de mettre fin aux listes d'attente excessivement longues pour les familles, de mieux prendre en charge les handicaps lourds - autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement - et de tenir compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissement.

Elle a, par ailleurs, indiqué que pour l'accélérer et la rendre plus efficace, la procédure d'autorisation des établissements et services médicosociaux devra être revue, et en particulier le rôle des comités régionaux de l'organisation sociale et médicosociale (Crosms), l'objectif étant de mettre en place une procédure reposant sur des appels à projets qui permettent réellement de faire émerger des solutions innovantes. Elle a noté que cela suppose également d'autoriser plus rapidement les établissements à créer des places en raisonnant dans un cadre pluriannuel d'autorisation. De même, elle a relevé qu'il est nécessaire de pérenniser les aides à l'investissement, y compris pour les établissements nouveaux, ces aides étant indispensables pour accélérer la modernisation et la création de places nouvelles sans accroître le reste à charge des familles.

Mme Valérie Létard a précisé que l'action en faveur des établissements ne pouvait pas se résumer aux créations quantitatives de places, mais doit se doubler d'une politique ambitieuse, tant sur la qualité des soins en maison de retraite que sur le reste à charge.

Elle a indiqué que la médicalisation des Ehpad est un impératif pour le bien être des résidents, pour faciliter la coordination entre les soins de ville et la sphère hospitalière, ainsi que pour lutter contre toutes les situations de maltraitance, l'objectif du Gouvernement étant que 100 % des établissements aient pu passer en 2008 au moins une première convention avec l'Etat et le conseil général prévoyant cette médicalisation. Pour les établissements renouvelant leur convention, il s'agira d'accompagner la montée en puissance de la nouvelle tarification des soins (tarification dite « Pathos »), qui prévoit des taux d'encadrement supérieurs en personnels soignants.

Elle a précisé que le Gouvernement souhaite également promouvoir le « tarif soin global », qui doit permettre à l'établissement de mieux coordonner les différents actes de soins effectués auprès des résidents, ce qui implique notamment de poursuivre la réflexion entamée, avec les acteurs concernés, sur le rôle du médecin-coordonnateur en Ehpad.

Elle a ensuite insisté sur la nécessité d'alléger les sommes laissées à la charge des familles. Or, d'après les dernières enquêtes statistiques, le tarif d'hébergement dépasse le revenu disponible pour près de 80 % des résidents en maison de retraite. Elle a noté qu'il s'agit là d'une des premières demandes des familles et des résidents et qu'il est de son devoir de se fixer cet objectif en privilégiant la solidarité publique, sans exclure qu'à partir d'un certain niveau de revenu ou de patrimoine, l'épargne ou les solidarités familiales puissent être mobilisées lors des dernières années de vie. Or, elle a relevé que tel n'est pas le cas actuellement avec l'Apa en établissement, dont le barème ne varie quasiment pas en fonction du revenu. Elle a souhaité que soit donc réformée cette prestation afin de couvrir davantage les personnes aux plus faibles revenus.

Plus largement, comme l'y invitent de nombreux rapports, **Mme Valérie Létard** est convenue que le Gouvernement pourrait davantage articuler entre elles l'ensemble des aides à l'hébergement ou à la dépendance dont peut aujourd'hui bénéficier un résident en maison de retraite (Apa, aide sociale à l'hébergement, aides au logement, aides fiscales à l'hébergement). La réduction du reste à charge implique, par ailleurs, d'assurer une meilleure maîtrise des tarifs d'hébergement et donc de réfléchir, avec l'ensemble des acteurs du secteur, à de nouveaux outils de régulation.

Concernant les conseils généraux, elle a précisé qu'il faut les conforter dans leur rôle de maîtres d'œuvre des prestations de compensation en faveur de l'autonomie, car ils ont acquis, aujourd'hui, une légitimité incontestable comme échelon de proximité des politiques de compensation.

Au niveau régional, elle a noté que la mise en place des futures agences régionales de santé (ARS) doit être l'occasion d'avoir une vision territoriale décloisonnée des besoins sanitaires et médicosociaux. Dans le respect des compétences de chacun, il importera que les exercices de planification et de programmation de l'ARS et des conseils généraux soient étroitement coordonnés. Il devra en être de même dans les domaines de l'autorisation et de la tarification des établissements et services médicosociaux. Les partenaires sociaux et associatifs devront également occuper une place centrale dans les instances de gouvernance des ARS.

Enfin, **Mme Valérie Létard** a indiqué que la CNSA doit être érigée en véritable agence chargée du cinquième risque et, à ce titre, être l'interlocuteur des ARS en ce qui concerne la mise en œuvre territoriale du cinquième risque. Elle a noté que ses moyens d'action devraient être ceux d'un véritable opérateur national, garant de l'égalité de traitement sur tout le territoire, de la transparence de l'information et de l'échange de pratiques.

Elle a précisé que sa vision de l'action de l'Etat est celle d'un Etat stratège, c'est à-dire d'un Etat qui se recentre sur ses fonctions régaliennes. Aussi bien un pouvoir réglementaire délégué et circonscrit pourrait-il être reconnu à l'agence chargée du cinquième risque. Ces évolutions impliquent donc de renforcer l'efficacité et la gouvernance du conseil de la CNSA.

S'agissant de la troisième action prioritaire du Gouvernement, le plan des métiers en faveur de l'autonomie, elle a indiqué que l'amélioration de la prise en charge, tant à domicile qu'en établissement, nécessite de nombreux recrutements qui ne seront pas possibles sans la mise en œuvre d'un plan des métiers en faveur de l'autonomie, et que ce plan devra permettre de former de nombreux professionnels et d'ouvrir davantage de perspectives à ces personnels en leur proposant des carrières plus diversifiées.

Elle a précisé que ce plan s'appuiera sur une expérimentation réalisée avec les conseils régionaux, compétents en matière de formation professionnelle depuis la loi n° 2004 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Les gestionnaires d'établissements et de services seront également des partenaires privilégiés et, en tant qu'employeurs, devront

veiller à favoriser la professionnalisation des personnels et assurer les recrutements nécessaires. Afin de les appuyer dans cette démarche, les moyens des conseils régionaux, de l'Etat et des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) seront mobilisés.

En conclusion, **Mme Valérie Létard** a affirmé que renforcer l'attractivité des métiers du médico-social, permettre la construction de vrais parcours professionnels, et former des professionnels en nombre suffisant, sont les objectifs majeurs pour rendre effectives sur le terrain l'ensemble des orientations du cinquième risque. Elle a précisé que 400 000 emplois devront être créés.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est, tout d'abord, interrogé sur la soutenabilité financière du système proposé, alors que le coût du plan « Solidarité Grand-Age » a été évalué à 4,7 milliards d'euros, que la montée en charge de l'Apa n'est pas encore achevée et que le rythme d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes s'accélère. Il a souhaité savoir si cette coïncidence de charges à financer, qui implique des taux élevés de progression de la dépense publique, peut être assumée à niveau de prélèvements obligatoires constant, et s'est demandé s'il ne faudra pas effectuer des choix parmi les priorités affichées.

Il a ensuite demandé si l'on peut se contenter de transférer un milliard d'euros de dépenses des départements - qui correspond au financement à hauteur de 30 % des aides soignants - sur l'assurance maladie pour diminuer le reste à charge des ménages.

Evoquant la tarification inéquitable des Ehpad, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est interrogé sur la façon dont il est possible de réduire les écarts de tarifs de soins entre établissements et d'améliorer la gouvernance des dépenses à caractère médical au sein des Ehpad.

Il a également souhaité connaître la position du Gouvernement sur le champ de compétences des futures agences régionales de santé et le mode d'association des départements à ces nouvelles structures.

Enfin, il a rappelé le souci commun des membres de la mission de rétablir la parité de financement de l'Apa entre l'Etat et les départements, interrogeant les ministres sur les moyens concrets envisagés par le Gouvernement pour y parvenir.

M. Xavier Bertrand a souligné qu'il n'a jamais évoqué une mise en œuvre du cinquième risque à moyens constants et que des redéploiements de moyens n'y suffiraient pas. Le socle de solidarité nationale sera élevé, ce qui est impératif pour mener à bien une telle réforme, et, par ailleurs, une meilleure répartition des moyens au sein du système de protection sociale doit être recherchée. C'est notamment ce que préconise le rapport présenté par M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital. Ceci concerne également la politique familiale, celle-ci devant à l'avenir permettre d'intervenir au profit

des aidants familiaux, sans rien enlever aux actions actuellement menées par la branche famille, dont il convient d'avoir une vision prospective des comptes.

La prévoyance, dont il faudra préciser les garanties, complètera le socle garanti par la solidarité nationale et il est nécessaire d'examiner la possibilité d'affecter certaines sommes aujourd'hui épargnées, notamment celles investies en assurance-vie, à la couverture du risque dépendance.

Notant que des moyens supplémentaires seront nécessaires pour mener à bien cette réforme, **M. Xavier Bertrand** a indiqué qu'il conviendra d'offrir aux détenteurs de patrimoines importants la liberté d'opter pour une mise à contribution volontaire et limitée de leur patrimoine, afin d'obtenir une aide maximale. Il a également mis l'accent sur la prévention de la dépendance, qui doit être renforcée. Il a affirmé que le plan « Solidarité-Grand Age » entre dans le champ du cinquième risque et que le cadre de réforme ainsi proposé est soutenable financièrement.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur la cohérence de ce discours avec celui tenu lors de la conférence nationale des finances publiques par le Premier ministre et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, qui n'ont pas évoqué la possibilité d'augmenter les prélèvements obligatoires pour faire face à des dépenses nouvelles.

M. Xavier Bertrand a affirmé que son discours est en totale cohérence avec le discours tenu par le Gouvernement lors de la conférence nationale des finances publiques : il n'y aura pas d'augmentation des prélèvements obligatoires pour faire face au risque dépendance et les solutions imaginées devront répondre à l'impératif de la liberté de choix

M. Philippe Marini, président, a indiqué qu'il est important d'entendre le ministre affirmer qu'il n'y aura pas d'augmentation des prélèvements obligatoires.

M. Paul Blanc a déclaré partager globalement les orientations définies par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et a reconnu qu'un grand chantier tel que celui-ci nécessite une réflexion approfondie et du temps pour sa mise en œuvre. Il a toutefois estimé qu'il est urgent d'agir dans un certain nombre de cas. Il a relevé que le développement de l'assurance dépendance est une réponse de moyen/long terme, mais qu'il faut également prendre en compte la situation des personnes âgées qui n'ont pas constitué d'épargne. S'agissant des créations de places nouvelles en établissement, il a noté que certains dossiers sont déjà prêts, mais sont actuellement bloqués, car les décisions des comités régionaux de l'organisation sociale et médicosociale (Crosms) ne concordent pas avec les plans gérontologiques élaborés par les conseils généraux. Il a donc prôné la mise en place de mesures transitoires, notamment en matière d'hébergement, afin que la situation des personnes âgées dépendantes puisse être améliorée dès 2009.

Mme Sylvie Desmarescaux s'est déclarée en accord avec les orientations présentées par le Gouvernement, notamment avec l'accent mis sur la liberté de choix. Elle a toutefois souhaité obtenir des précisions sur les modalités de prise en compte du patrimoine, le système proposé lui semblant proche du mécanisme de récupération sur succession, ainsi que sur les capacités de financement des places nouvelles. En effet, certains projets de création de places ont reçu l'aval des CROSMS, mais sont bloqués, faute de financements suffisants.

M. Guy Fischer a rappelé que le groupe communiste républicain et citoyen (CRC) s'était opposé à la création de la CNSA. Il a souligné l'importance de la question du reste à charge en établissement, qui atteint des niveaux insupportables pour un grand nombre de familles, et a souhaité que le Gouvernement apporte des précisions sur le niveau souhaitable de ce reste à charge. Il s'est déclaré favorable à une parité de financement de l'Apa entre l'Etat et les départements. Il a souhaité obtenir des précisions sur l'articulation entre le plan de création de places annoncé (entre 5 000 et 7 500 nouvelles places par an) et les restructurations hospitalières préconisées par le rapport de M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital. Il a fait part de son scepticisme à l'égard des modalités de financement envisagées par le Gouvernement et s'est interrogé sur les dispositions envisagées afin de développer l'épargne dépendance et d'affecter une partie des sommes souscrites en assurance vie à la couverture de ce risque. Enfin, il a souhaité obtenir des explications complémentaires sur les modalités de prise en compte du patrimoine, en se demandant si la mise en place d'un mécanisme de recours sur succession était envisagée.

M. Bernard Cazeau a souhaité que le Gouvernement précise ses intentions s'agissant de la place des conseils généraux au sein de l'organisation des futures agences régionales de santé. Il a, pour sa part, estimé qu'ils devraient siéger au sein de l'instance la plus active, et donc plutôt au sein d'un conseil de pilotage qu'au sein d'un conseil d'orientation.

Il s'est ensuite interrogé sur l'articulation future entre le pilier de solidarité nationale et le pilier assurantiel. S'agissant du premier, il a constaté une insuffisance de financement équivalente à environ un milliard d'euros pour parvenir à une parité de financement de l'Apa entre l'Etat et les départements. Il a réaffirmé son attachement à ce principe de parité de financement de l'Apa et s'est déclaré en accord avec l'analyse de M. Paul Blanc s'agissant de l'urgence de l'action, en estimant que la concertation pourrait être menée plus rapidement que ne l'envisage le Gouvernement.

M. Michel Mercier a estimé que l'ensemble de mesures proposées par le Gouvernement apparaît cohérent et repose sur le principe de personnalisation de la réponse, qui est aujourd'hui au cœur de la démarche d'action sociale. Il a toutefois jugé nécessaire, préalablement à ces mesures, de solder les comptes, en particulier à l'égard des départements. De ce point de vue, le transfert à l'assurance maladie de l'intégralité du financement des aides soignantes permettrait, outre une mise en cohérence et une simplification

nécessaires de la gestion des tarifs, de régler assez largement la question de la parité de financement de l'Apa entre l'Etat et les départements, en l'état actuel de ce dispositif.

S'agissant de la création de 5 000 à 7 500 places par an, qui correspond à la création d'un établissement par département environ, il a noté que l'une des difficultés à régler concerne les modalités d'autorisation de création de places.

Puis il a émis certaines réserves concernant l'implication des conseils généraux au sein de structures d'orientation ou de pilotage des ARS, en soulignant la nécessité de maintenir leur autonomie de décision.

Enfin, il a salué la proposition de mise à contribution volontaire du patrimoine formulée par le Gouvernement, en mettant en évidence les différences avec le système antérieur de récupération sur succession : cette mise à contribution, qui interviendra à partir d'un certain niveau de patrimoine et permettra d'obtenir le bénéfice d'une allocation à taux plein, résultera d'un choix de la personne. A défaut d'accepter une telle participation, cette dernière bénéficierait d'une allocation à taux réduit.

M. Alain Milon s'est déclaré en accord avec les orientations proposées par le Gouvernement, mais s'est demandé si les mesures envisagées permettront de répondre aux besoins à l'horizon 2015. Il a souligné que les Ehpad connaissent une mutation de la population accueillie : les personnes âgées dépendantes sont, en général, hébergées en établissement de plus en plus tard et à un stade de dépendance plus élevé. Il a observé que la réhabilitation d'établissements, qui est nécessaire, pèse sur le prix de journée et a souhaité que des réflexions soient menées afin de ne pas répercuter sur ce dernier le coût des emprunts contractés. Il a également soutenu l'idée de transférer à l'assurance maladie l'intégralité du financement des aides soignantes.

M. Philippe Marini, président, a estimé que la méthode de concertation retenue par le Gouvernement est la bonne et qu'il est essentiel que Parlement et Gouvernement prennent le temps nécessaire pour « dégrossir » cette réforme, importante tant du point de vue social, voire sociétal, que de celui des finances publiques et de la bonne gestion à moyen et long termes de l'économie.

M. Xavier Bertrand a partagé l'analyse de M. Philippe Marini et a souligné que tous les éléments de la réforme ne sont pas encore précisés. Il importe que cette réforme entre en vigueur dans les meilleurs délais, idéalement en 2009, mais il convient d'éviter toute précipitation, dans la mesure où ce travail aura un impact pour des décennies.

En réponse à M. Alain Milon, il a indiqué que la question de la prise en charge du coût des emprunts avait déjà été abordée lors de précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale et qu'il faudra, si cette idée devait être retenue, préciser quel acteur supportera ce coût.

En complément de l'analyse développée par M. Michel Mercier, il a précisé que les modalités de prise en compte du patrimoine devraient permettre à une personne richement dotée d'opter, soit pour une prise de gage sur son patrimoine ouvrant droit à une allocation à taux plein, soit pour une allocation à taux réduit en cas de refus de toute mise à contribution de ce patrimoine. Il reste ensuite à définir le seuil à partir duquel ce mécanisme s'exerce, ainsi que l'ampleur de cette prise de gage qui ne devrait, en aucun cas, entraîner des effets d'éviction. Après avoir souligné les profondes différences entre ce mécanisme et celui du recours sur succession, **M. Xavier Bertrand** a estimé que la prise en compte du patrimoine n'est plus un sujet tabou et que le Gouvernement devra mener une analyse précise sur ce point avec les départements. Il a également rappelé que les bénéficiaires de la PCH ne seront pas concernés par ce dispositif.

Répondant à M. Bernard Cazeau, il a observé que la question de la gouvernance n'est pas si simple, les différents acteurs concernés ayant formulé un certain nombre de demandes.

S'agissant de l'articulation entre la solidarité nationale et la couverture assurantielle du risque dépendance, il a indiqué que le pilier de solidarité nationale, qui mobilise aujourd'hui 19 milliards d'euros, sera bien plus important que le pilier assurantiel. Il convient, en revanche, de permettre aux personnes disposant d'une épargne de l'orienter, dans un cadre de liberté de choix, vers la couverture de la dépendance.

En réponse à Mme Sylvie Desmarescaux, il a fait valoir la volonté du Gouvernement de réduire les délais de création de places en établissement, en ramenant à trois ans au maximum le délai moyen, qui s'établit aujourd'hui à quatre ans. Il a également mis en évidence la nécessité de faire correspondre les schémas de programmation existants aux besoins constatés.

Mme Valérie Létard a indiqué que le Gouvernement entend promouvoir la logique d'appels à projets et renforcer la mobilisation des enveloppes anticipées afin d'accélérer le rythme de création de places en établissement. Les 5 000 à 7 500 nouvelles places évoquées s'ajouteront aux places qui pourront être libérées dans le cadre des restructurations des établissements sanitaires. Elle a également fait état de besoins de 9 000 places supplémentaires par an pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, dont 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et 3 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Elle a observé que, sur 550 000 places d'Ehpad, 60 % sont gérées par des établissements publics, 20 % par des établissements associatifs et 20 % par des établissements privés. Toutefois, 70 % des créations de places en Ehpad interviennent dans des structures commerciales. Le reste à charge moyen s'établit à 2 000 euros dans un établissement commercial, contre 1 500 euros dans le secteur associatif ou public, pour une retraite moyenne de 1 200 euros.

Elle a donc souligné l'importance de réduire le reste à charge pour un grand nombre de personnes.

En réponse à M. Alain Vasselle, elle a indiqué que le partage du financement des aides soignantes entre l'assurance maladie (70 %) et les départements (30 %) est complexe et rend difficile la maîtrise du reste à charge. Cette question de l'intégration des aides soignantes dans le tarif soins doit donc être débattue et tranchée.

S'agissant de la convergence tarifaire entre les établissements médicosociaux, **Mme Valérie Létard** a observé que la tarification actuelle est trop complexe, insuffisamment responsabilisante pour les gestionnaires et se traduit par des dotations d'assurance maladie pouvant varier de un à trois, selon les établissements, pour un service rendu équivalent. Elle a jugé nécessaire de mettre en place une évaluation et une tarification en fonction du service rendu et a prôné une convergence des tarifs de soins sur une période de huit à dix ans. Il convient également de responsabiliser davantage les gestionnaires d'établissement, suivant le modèle retenu dans le champ sanitaire avec la mise en place de la tarification à l'activité, et de réfléchir à l'instauration d'un forfait-soins élargi faisant des Ehpad de véritables coordonnateurs de soins.

**Audition de MM. Didier DESERT, associé,
Franck ZAEH, directeur de mission,
et Mme Olympe POUCEOISE, consultante,
du cabinet d'audit Ernst et Young
(mercredi 18 juin 2008)**

Au cours de sa séance du mercredi 18 juin 2008, la mission a entendu **MM. Didier Desert, associé, Franck Zaeh, directeur de mission, et Mme Olympe Pougeoise, consultante, du cabinet d'audit Ernst et Young, venus présenter les premiers éléments de l'étude sur « Le marché français de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes ».**

M. Philippe Marini, président, a souligné le fait que les auditions réalisées depuis le mois de janvier 2008 ont fait apparaître la nécessité de compléter par une analyse économique l'approche sociale et budgétaire du problème de la dépendance. Le sujet mérite d'être appréhendé également sous l'angle d'un « marché » porteur, à forte rentabilité économique, attirant de nombreux investisseurs privés et mutualistes.

Il a souhaité que l'étude, commandée à Ernst et Young, apporte à la mission un éclairage sur trois points principaux :

- tout d'abord, l'état actuel de l'offre de soins, d'hébergement et de services à destination des personnes âgées. Il s'agit en l'occurrence d'apprécier la typologie des acteurs présents sur ce marché, leur stratégie financière, ainsi que les raisons expliquant l'intérêt croissant des investisseurs pour cette activité ;

- les perspectives de développement de la filière, les facteurs de croissance, ou à l'inverse les risques et les contraintes susceptibles d'entraver cette dynamique ;

- ainsi que des éléments de comparaison internationale.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que l'objet de la présente audition consiste, pour le cabinet Ernst et Young, à présenter un premier document d'étape, tout en fournissant aux membres de la mission des précisions sur les méthodes de travail adoptées pour les travaux en cours.

A titre liminaire, **M. Didier Desert, associé,** a souligné que la démarche du cabinet Ernst et Young a consisté jusqu'ici à dresser un état des lieux du marché de la dépendance, à analyser les déterminants de l'offre et de la demande, ainsi que la stratégie des principaux acteurs privés appartenant au secteur commercial ou non lucratif. Ce travail repose sur l'étude des

informations disponibles, mais également sur des contacts établis directement avec les professionnels. Il sera poursuivi de manière à compléter ce document d'étape, en premier lieu et d'ici à la fin du mois de juin, par des données prospectives, en second lieu et à un horizon un peu plus éloigné, par des éléments de comparaison internationale.

M. Franck Zaeh a rappelé que la problématique de la perte d'autonomie est caractérisée par des facteurs démographiques et sociaux parfaitement identifiés : la croissance tendancielle du nombre des personnes âgées, partiellement compensée, il est vrai, par l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, l'incertitude sur l'évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer, l'aspiration générale au maintien à domicile le plus longtemps possible, l'entrée en institution à un âge toujours plus avancé (quatre-vingt-cinq ans en moyenne) ainsi que la perspective, à terme plus ou moins rapproché, d'une diminution du nombre des aidants familiaux. Par ailleurs, alors que les classes d'âge aujourd'hui à la retraite bénéficient généralement d'un niveau de pension et d'actifs patrimoniaux élevés et largement supérieurs à ceux des générations précédentes, il n'en ira probablement plus de même pour celles qui succéderont, à partir de 2020, aux « baby-boomers » d'après-guerre. Dans ce contexte, l'intervention de l'Etat est largement plébiscitée par l'opinion, mais les très fortes contraintes budgétaires actuelles limitent les marges de manœuvre de la puissance publique et laissent en conséquence une large place au secteur privé, pour couvrir à titre complémentaire le risque de perte d'autonomie.

Après avoir souligné l'inégale répartition géographique de la demande d'hébergement en France, **M. Franck Zaeh** a fait valoir que ce constat pose problème au regard de l'enjeu que représente l'accessibilité des personnes dépendantes à l'offre et aux services dont elles ont besoin. De fait, alors que les seniors de plus de soixante-quinze ans sont déjà surreprésentés dans le quart sud-ouest du pays, région à large dominante rurale, ce sont les départements ruraux qui connaîtront à nouveau, au cours des prochaines décennies, l'augmentation la plus sensible de la proportion des personnes dépendantes. Or, l'offre des établissements privés commerciaux suit une logique qui n'est pas uniquement fondée sur des critères démographiques : le pouvoir d'achat des retraités est également pris en compte. Fort logiquement, l'Ile-de-France, ainsi que les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône Alpes constituent le cœur de leurs réseaux d'implantation. Il existe en outre des différences sensibles en matière tarifaire entre les établissements privés commerciaux, d'une part, les établissements à but non lucratif, d'autre part, sans même évoquer les structures publiques, dans lesquelles les prix facturés aux familles sont les moins élevés.

Constatant que la population et les pouvoirs publics souhaitent organiser un parcours « sans rupture de l'autonomie à la dépendance », au fur et à mesure que les personnes vieillissent, **M. Franck Zaeh** a estimé que cette aspiration constitue un vœu pieux, tant sont importants les problèmes de

cloisonnement et de manque de coordination entre les différents acteurs de cette politique.

De fait, les liens ou les passerelles entre les structures publiques et privées apparaissent trop restreints. Par ailleurs, si l'offre de services à domicile est de plus en plus souvent diversifiée, elle est sans doute insuffisamment structurée et valorisée. Il en va de même pour la complémentarité entre l'aide professionnelle et l'aide informelle, qui n'est pas assez prise en compte. En définitive, face à une demande d'hébergement qui ne peut que s'accroître à court, moyen et long termes, l'offre actuelle est d'ores et déjà déficitaire. Une telle situation de pénurie conduit à analyser la dynamique récente des créations de places dans le secteur privé lucratif.

M. Franck Zaeh a souligné que le second enjeu majeur réside dans la répartition des établissements d'hébergement sur le territoire. On constate en effet d'importantes disparités en termes d'équipement entre le Sud du pays, caractérisé par un nombre de places insuffisant au regard de la proportion élevée de personnes âgées, et les régions de l'Ouest et de l'Est, qui apparaissent à l'inverse globalement mieux dotées, avec une structure par âge de la population plus favorable.

Il a précisé que le nombre total de lits installés en maison de retraite s'élève actuellement à 690 000, ce qui correspond à un ratio de 140 places pour 1 000 habitants âgés de soixante-quinze ans et plus, au demeurant assez proche de celui des autres pays européens. Mais en moyenne, on ne compte qu'une place en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour six personnes âgées dépendantes, tandis que les structures d'hospitalisation à domicile ne traitent que moins d'1 % des patients.

Le plan Solidarité-Grand Age prévoit certes l'ouverture de 145 000 places supplémentaires entre 2005 et 2025, mais la population des plus de quatre-vingt-cinq ans devrait elle aussi s'accroître dans des proportions très importantes. Il existe enfin une forte incertitude sur le niveau de l'effort que la collectivité nationale devra accomplir au cours des prochaines décennies. De nombreux facteurs méritent en effet d'être pris en compte pour en apprécier l'ampleur : l'évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer, l'efficacité des politiques de prévention, l'arbitrage politique entre maintien à domicile et hébergement en établissement, l'impact des progrès technologiques et l'augmentation des coûts, notamment salariaux. Tous ces points font débat entre les experts.

M. Didier Desert a observé qu'outre les facteurs démographiques déjà évoqués, la problématique de la perte d'autonomie dépendra étroitement de l'évolution de l'âge auquel les personnes âgées quitteront leur domicile pour rentrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

A ce sujet, **M. Paul Blanc** a regretté l'échec des structures d'accueil temporaires conçues dans les années quatre-vingt. Compte tenu de la pénurie globale d'hébergements disponibles, de l'attente des familles et de l'urgence

des problèmes à régler, ces établissements ont été le plus souvent convertis pour recevoir des résidents tout au long de l'année.

M. Franck Zaeh a ensuite présenté les principales caractéristiques du secteur privé lucratif, composé *grosso modo* à parité d'entrepreneurs individuels indépendants et de groupes plus ou moins importants. Parmi ces derniers, une quinzaine atteignent une taille critique significative, permettant même à plusieurs d'entre eux d'être cotés en bourse. Les cinq principaux groupes dominant le marché national sont Korian, avec 14 371 lits en France et 4 354 à l'étranger, devant Orpéa (9 212 lits en France et 3 057 à l'étranger), Dolcéa (7 898 lits en France), Medica France (7 144 lits en France et 1 378 à l'étranger) et Domus Vi (6 211 lits en France et 1 830 à l'étranger). A la faveur de nombreux regroupements récents et d'une politique dynamique d'acquisitions externes, ces opérateurs commerciaux majeurs sont rapidement parvenus à distancer ceux des secteurs associatif et public. Mais à l'échelle européenne, et a fortiori mondiale, ces entreprises françaises disposent néanmoins d'une taille relativement limitée.

M. Franck Zaeh a indiqué que la stratégie de développement privilégiée depuis les années quatre-vingt-dix par les grands opérateurs commerciaux a consisté à rechercher des sites isolés et à racheter de petites structures, afin de contourner les difficultés pour créer de nouveaux établissements. Cette dynamique a d'ailleurs été indirectement favorisée par les pouvoirs publics, dans la mesure où bon nombre d'exploitants individuels se sont trouvés dans l'impossibilité, ou n'ont pas voulu, s'adapter au renforcement des normes réglementaires s'appliquant aux Ehpad. S'agissant de l'équilibre économique de ces opérations, il a estimé à environ 20 000 euros le prix d'un lit obsolète non conventionné, auxquels s'ajoutent 50 000 euros pour sa mise aux normes. La différence avec le coût moyen d'un lit dans une construction neuve (80 000 euros) apparaît dès lors très limitée.

Les opérateurs ont eu d'autant plus tendance à privilégier une stratégie de croissance externe qu'il leur est apparu souvent beaucoup plus aisé de racheter des structures existantes pour les moderniser que d'obtenir les autorisations nécessaires pour en ouvrir de nouvelles. Au surplus, **M. Franck Zaeh** a souligné que dans certaines régions, les acteurs du secteur privé lucratif se sont trouvés confrontés à des refus d'autorisation en raison, d'une part, du niveau très élevé des tarifs d'hébergement prévus, d'autre part, de la faible proportion de places habilitées à l'aide sociale, ces deux facteurs conjuguant leurs effets pour rendre l'offre inaccessible aux plus démunis.

Il a ensuite précisé que les grands groupes cherchent à créer de la valeur en améliorant la gestion des prix, en limitant l'évolution des coûts d'exploitation et en optimisant leur taux d'occupation. La qualité des établissements modernisés, ainsi que leur positionnement dans des zones géographiques urbaines attractives pour les seniors disposant d'un pouvoir d'achat élevé permettent aux opérateurs de revaloriser leur grille tarifaire d'hébergement à l'occasion des changements de résidents. Ces changements

sont d'ailleurs relativement fréquents, puisque la durée des séjours n'est en moyenne que de deux années.

Puis il a souligné que la tarification appliquée aux personnes dépendantes reflète le positionnement haut de gamme de ces établissements : les prix moyens de l'hébergement (incluant les coûts des repas, de l'animation et de la surveillance) s'élèvent à 110 euros par jour en région parisienne et 70 euros en province, contre 50 à 70 euros pour les mêmes prestations dans le secteur privé non lucratif.

M. Franck Zaeh a fait valoir les performances économiques enviables des grands opérateurs privés à but commercial. De fait, les chiffres d'affaires des principaux groupes ont enregistré une croissance à deux chiffres entre 2005 et 2007, tandis que leurs résultats opérationnels avant dotations aux amortissements, provisions et loyers connaissent également un accroissement significatif.

Cette dynamique de développement s'est logiquement traduite par une progression sensible de la part de marché des opérateurs privés, qui atteint désormais près de 20 %, contre 14 % seulement il y a quelques années, alors que celles du secteur public et du secteur privé non lucratif tendent à l'inverse à régresser. Plus de la moitié des nouvelles places d'hébergement créées depuis 2003 ont été réalisées par des entreprises commerciales. Par ailleurs, de nombreux exploitants individuels sont enclins à accepter les offres de rachat des grands groupes, dans la mesure où ils arrivent eux-mêmes à l'âge de la retraite et où les prix de cession des petites structures ont récemment beaucoup augmenté.

M. Franck Zaeh a estimé que ce modèle de développement présente des avantages significatifs, en termes de modernisation des établissements et de qualité de prestations servies, notamment, mais aussi des inconvénients, dans la mesure où les actionnaires des opérateurs cotés en bourse ont tendance à privilégier une logique financière à court terme. Le poids des grands groupes pourrait continuer à s'accroître fortement pendant quelques années encore. Mais la stratégie de croissance externe, de modernisation et de revalorisation tarifaire se heurtera tôt ou tard à la contrainte que représente le niveau maximum de la solvabilité des personnes dépendantes.

En conséquence, les grands opérateurs du secteur privé commercial seront amenés à choisir entre trois modèles différents : continuer à privilégier la croissance externe, se développer à l'étranger, ou se diversifier dans le domaine des services ou dans le secteur sanitaire.

Les groupes privés à but lucratif cherchent donc à racheter des établissements existants, gérés « en bon père de famille », afin, notamment, de mutualiser les fonctions support. Leurs résultats s'expliquent également par l'entrée plus tardive des personnes âgées dépendantes en institution et le délai assez court de leur séjour, dans la mesure où chaque changement de personne est suivi d'une augmentation du prix de journée. En outre, leur taux de remplissage est élevé (96 %), de même que le nombre moyen de places par

établissement (90), ce qui permet aux établissements privés à but lucratif d'afficher une croissance moyenne de l'Ebitdar (excédent brut d'exploitation avant loyers) d'environ 24 % en régime de croisière.

Ce modèle de croissance apparaît soutenable en période de concentration possible, mais l'on peut s'interroger sur la stratégie de croissance future de ces groupes (diversification, développement international...), qui font aujourd'hui plus d'hôtellerie que d'accompagnement des personnes.

M. Philippe Marini, président, a relevé la forte croissance du chiffre d'affaires de la société Orpéa, passé de 309,6 millions d'euros fin 2005 à 544,6 millions d'euros fin 2007, les résultats augmentant dans de moindres proportions. En admettant que ce type de structures se développe de plus en plus, il s'est interrogé sur les solutions envisageables pour assurer une régulation des prix et être certain qu'une augmentation de l'Apa réduise le reste à charge supporté par les familles au lieu d'augmenter les marges des établissements.

Mme Olympe Pougeoise a noté que les établissements ne peuvent pas augmenter continuellement les tarifs, ce qui explique leur intérêt pour le rachat de structures moyennes affichant aujourd'hui des tarifs relativement faibles.

M. Paul Blanc a observé que les charges de personnel représentent 50 % du chiffre d'affaires, ce qui signifie que ces établissements externalisent un certain nombre de tâches. Il a fait part de sa crainte que le regroupement d'établissements n'entraîne une disparition de la concurrence.

M. Didier Desert a observé la difficulté à réguler les prix dans un contexte de pénurie d'offre. Ceci peut effectivement soulever une difficulté d'accès aux établissements, si l'augmentation des prix conduit à opérer un tri entre les personnes âgées dépendantes en fonction de leur capacité financière. Il a également estimé que le regroupement d'établissements n'est pas nécessairement négatif, dans la mesure où il permet aux groupes de dégager des marges de manœuvre, et a fait observer que, le marché se régulant de lui-même, d'autres acteurs feront leur entrée si celui-ci se révèle trop rentable.

Mme Olympe Pougeoise a précisé que les établissements privés lucratifs font preuve d'une plus grande réactivité que les établissements privés à but non lucratif, notamment en cas d'opportunité d'acquisition, et qu'ils ont tendance à développer une offre en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de celles classées en Gir 1 et 2, dans une stratégie d'optimisation des coûts.

M. Franck Zaeh a également mis en évidence la différence de réactivité, du point de vue du rachat d'établissements, entre les groupes privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif.

Compte tenu de ces logiques de développement, **M. Philippe Marini, président**, s'est interrogé sur les moyens de s'assurer que les efforts supplémentaires consentis par la collectivité bénéficient bien aux usagers.

M. Didier Desert a estimé qu'on verrait émerger deux formes différentes d'établissements privés lucratifs à l'avenir, l'une agissant dans un cadre conventionnel et l'autre s'apparentant à des établissements « déconventionnés », comme on l'observe aujourd'hui dans le champ sanitaire. Dans ce cadre, il a souligné l'enjeu que représente le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes le plus tard possible.

Répondant à M. Philippe Marini, président, **M. Franck Zaeh** a indiqué que le groupe Nobleage a pour l'instant une moindre rentabilité, car il n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

En réponse à MM. Alain Vasselle, rapporteur, et Guy Fischer, **Mme Olympe Pougeoise** a indiqué que les marges des établissements proviennent de leur activité d'hébergement, mais a précisé que la médicalisation des établissements permet aux groupes privés d'obtenir des subventions et facilite le remplissage des établissements. Elle a noté que certains groupes, comme Korian et Orpéa, sont également présents dans le champ sanitaire, disposant ainsi d'une compétence en la matière et d'une offre globale.

Répondant à MM. Philippe Marini, président, Paul Blanc et Mme Bernadette Dupont, **M. Franck Zaeh** et **Mme Olympe Pougeoise** ont souligné le fait que la stratégie de développement des groupes privés à but lucratif peut être bridée par les décisions des comités régionaux de l'organisation sociale et médicosociale (Crosms) et des conseils généraux, qui tendent à privilégier les groupes à but non lucratif.

M. Franck Zaeh a ensuite précisé que les établissements des groupes privés à but non lucratif sont en général plus petits que ceux des groupes privés lucratifs et présentent des tarifs inférieurs. Les acteurs privés non lucratifs perdent aujourd'hui des parts de marché face à la croissance du secteur privé lucratif et tentent d'en reconquérir grâce à des solutions souvent novatrices, intégrant notamment la proximité territoriale. La rentabilité n'est pas l'objectif premier de ces groupes, qui demeurent faiblement industrialisés et sont fragiles lorsque l'on considère la qualité de l'offre des services proposés.

Ces établissements développent une stratégie de diversification fondée, notamment, sur une meilleure coordination du suivi de la prise en charge des personnes âgées aux différents stades d'évolution de leur dépendance.

M. Philippe Marini, président, a souhaité obtenir des précisions sur la ventilation du chiffre d'affaires global entre la partie soins, la partie hébergement et la part assumée par les familles.

Après que M. Didier Désert eut souligné l'insuffisance de données disponibles en la matière, **Mme Olympe Pougeoise** a indiqué que, globalement, le reste à charge pour les familles représente environ 70 % du prix de journée, correspondant essentiellement à la partie hébergement.

M. Guy Fischer a souligné l'importance du reste à charge pour les familles et a jugé prioritaire de le maîtriser.

Mme Olympe Pougeoise a attiré l'attention sur l'entrée de certaines compagnies d'assurance dans le capital d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La stratégie poursuivie par les assureurs est de solvabiliser la demande, afin que celle-ci utilise, en retour, une partie de l'offre.

M. Paul Blanc a, par ailleurs, rappelé qu'à court terme, le développement de l'assurance dépendance ne peut constituer une solution au financement de la prise en charge des personnes dépendantes. En effet, les cotisations exigées dans le cadre de ces contrats étant d'autant plus élevées que l'âge de la souscription est tardif, les contrats d'assurance dépendance sont peu attractifs pour les personnes les plus âgées.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que cette question, qui s'inscrit dans un cadre plus large que celui de l'étude demandée au cabinet de conseil Ernst et Young, doit être analysée de façon précise et appelle l'analyse de différents scénarii, sur lesquels la mission aura prochainement à se prononcer.

M. Guy Fischer a souligné que les compagnies d'assurance ont pris conscience de la forte rentabilité du marché de l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

M. Frank Zaeh a ajouté que les éléments, exposés aux membres de la mission, seront complétés, dans les prochains jours, par des entretiens avec les différents acteurs du marché de l'hébergement et de l'offre de services aux personnes âgées, afin d'analyser précisément les perspectives de développement de cette filière. Il convient, en effet, de mesurer la « volumétrie » des besoins futurs et de comprendre comment l'offre d'hébergement et de services pourra y répondre.

M. Didier Desert est revenu sur la stratégie développée par les compagnies d'assurances. Citant l'exemple des Etats-Unis, il a indiqué que, par leur investissement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les assureurs visent à maîtriser les coûts de l'offre de service et d'hébergement, que leurs contrats d'assurance proposent, parallèlement, de couvrir, une fois le souscripteur entré en situation de dépendance.

M. Philippe Marini, président, a souhaité que le cabinet de conseil Ernst et Young analyse de façon précise cette stratégie poursuivie par les compagnies d'assurance qui vise, en quelque sorte, par leur investissement dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, à s'assurer de la récupération d'une partie de la consommation des rentes qu'elles proposent

dans le cadre de leurs contrats. Cette question soulève la question de la régulation de ce marché, d'autant plus qu'il s'agit d'une filière porteuse qui se développera de façon importante, notamment si les procédures de création de places sont assouplies. Des éléments de comparaison internationale dans ce cadre seront utiles, afin d'identifier les forces et les faiblesses de cette stratégie.

M. Paul Blanc a souhaité savoir si l'investissement des assureurs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ne constitue pas, par ailleurs, un moyen de contrôler les tarifs d'hébergement.

M. Didier Desert a indiqué qu'à l'évidence, cette stratégie permet un contrôle des prix du marché. Il a précisé qu'en cela, la logique des assureurs est très différente de celle des investisseurs financiers qui recherchent, en priorité, la rentabilité directe de leurs investissements. Il a ensuite souligné les stratégies différentes des acteurs du marché en matière de politique immobilière.

Mme Olympe Pougeoise a ajouté que l'entrée de compagnies d'assurances dans le capital de structures d'accueil pour personnes âgées vise également, dans certains cas, à contrer l'entrée d'investisseurs financiers.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que, compte tenu des perspectives de développement du marché de l'offre de services et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, cette filière représentera un chiffre d'affaires global de quelques milliards d'euros à l'horizon de 2015, 2020 et 2050, et constituera ainsi un enjeu économique majeur. C'est pourquoi il convient de connaître, de façon précise, la caractérisation du marché à moyen et long termes.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est interrogé sur la faible croissance, évoquée dans son document par Ernst et Young, de la population dépendante entre 2020 et 2050 (le nombre de personnes dépendantes devant passer de 845 250 en 2020 à 1 121 250 en 2050), alors que, sur la même période, la population des plus de quatre-vingt-cinq ans devrait augmenter fortement, passant de 1 311 000 en 2020 à 3 105 000 en 2050.

M. Frank Zaeh a indiqué que ce phénomène s'explique par l'entrée de plus en plus tardive dans la dépendance des personnes âgées. Il a insisté, par ailleurs, sur les incertitudes pesant sur l'évaluation du nombre de personnes dépendantes aux horizons 2020 et 2050, ce chiffrage pouvant varier en fonction de nombreux facteurs : le nombre de personnes atteintes de dépendance psychique, l'impact des politiques de prévention, l'arbitrage effectué entre le maintien à domicile et le placement en établissement, les progrès réalisés en matière de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) adaptées au grand âge, ainsi que la hausse des coûts des services d'aide à domicile.

M. Alain Vasselle, rapporteur, s'est ensuite interrogé sur les freins au développement du secteur public, comparativement au fort dynamisme du

secteur privé lucratif. Cette question est d'autant plus importante que l'appel croissant au secteur privé pour répondre aux besoins futurs risque d'augmenter les restes à charge des familles, les prix d'hébergement pratiqués par les structures privées ne pouvant être contrôlés.

Il a également souhaité savoir si les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont la possibilité d'intégrer l'amortissement de leurs investissements immobiliers dans le calcul des forfaits soins et dépendance.

M. Franck Zaeh a répondu que le calcul des forfaits relatifs aux soins et à la dépendance est indépendant de la stratégie immobilière suivie par l'établissement.

M. Philippe Marini, président, a souhaité que le cabinet de conseil Ernst et Young étudie le régime fiscal auquel les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont soumis.

M. Didier Desert a insisté sur les difficultés à analyser l'évolution du marché de l'hébergement et de l'offre de services aux personnes âgées, rappelant le paradoxe actuel : alors que les structures privées rencontrent des difficultés à obtenir des autorisations de création de places, la pénurie de places engendre un renchérissement des prix. A terme, l'ouverture complète du marché par l'assouplissement des procédures d'autorisation de création de places permettra peut-être une diminution des tarifs pratiqués en matière d'hébergement.

M. Guy Fischer s'est interrogé sur l'impact de la réforme hospitalière qui pourrait engendrer la reconversion d'un certain nombre de lits de court séjour en lits en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les perspectives de développement du marché.

Il a, par ailleurs, insisté sur l'importance de la localisation des nouveaux établissements d'accueil pour personnes âgées, rappelant les fortes disparités régionales existant aujourd'hui qui résultent, pour partie, de l'histoire.

M. Philippe Marini, président, a indiqué que la présentation des premiers éléments d'analyse du cabinet de conseil Ernst et Young correspond aux objectifs fixés par le cahier des charges établi par la mission. Il a rappelé la nécessité de disposer d'éléments sur la dynamique du secteur public, ainsi que sur celle du secteur privé lucratif et non lucratif en matière d'offre de services et d'hébergement aux personnes âgées, afin de pouvoir apprécier la taille et la structuration futures de ce marché.

DÉPLACEMENTS DE LA MISSION

I. DÉPLACEMENTS EN FRANCE

1. Déplacement à Orléans et dans le département du Loiret - Composition de la délégation et programme - (jeudi 3 avril 2008)

Composition de la délégation :

- M. Eric Doligé (UMP - Loiret),
- Mme Marie-Thérèse Hermange (UMP - Paris),
- M. Philippe Marini (UMP - Oise), président de la mission, rapporteur général du budget,
- M. Alain Vasselle (UMP - Oise), rapporteur de la mission, président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).

Jeudi 3 avril 2008	
12 heures 46	Arrivée en gare d'Orléans
13 heures 14 heures 15	Déjeuner de travail à l'hôtel du département – Echanges sur les conclusions du groupe de réflexion constitué au sein du conseil général en vue du déplacement de la mission commune d'information <i>Membres du groupe de réflexion :</i> <ul style="list-style-type: none">- M. Eric Doligé, président du conseil général du Loiret ;- M. Jean-Noël Cardou, président de la commission des affaires sociales et culturelles du conseil général du Loiret ;- Mme Viviane Jehannet, vice-présidente de la commission des affaires sociales et culturelles du conseil général du Loiret ;- M. Martial Dardelin, directeur général adjoint chargé de la solidarité et de la culture ;- Mme Claude Six, directeur chargé des personnes âgées et des personnes handicapées. <i>Sujets abordés :</i> <ul style="list-style-type: none">- <u>Les thèmes retenus lors de l'audition de M. Claudy Lebreton, président de l'Assemblée des départements de France (ADF), devant les membres de la mission commune d'information le 6 février 2008</u> : l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'Apa ; la coordination des acteurs intervenant dans la prise en charge de la dépendance ; la tarification tripartite des établissements sociaux et médicosociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) ; le champ de compétences des futures agences régionales de santé (ARS) ; l'hypothèse d'une convergence entre la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ; la politique de conventionnement ; la prise en compte du patrimoine dans la prise en charge des personnes âgées ; l'application différenciée de la grille Aggir ;

	- <u>La position du conseil général du Loiret sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes</u> : la réponse territoriale aux personnes âgées – équipements et services – réponse existante et limites ; la question de la gouvernance – ou comment garantir qualité et équité de traitement au niveau national – place du département dans la programmation et la mise en œuvre des actions et services en faveur des personnes âgées dépendantes ; le financement de la prise en charge de la dépendance – la place du conseil général dans le financement.
14 heures 15	Départ pour l'hôpital local de Sully-sur-Loire
15 heures 15 heures 30	Accueil par le directeur de l'établissement, M. Lanchais, et le président du conseil d'administration, M. Sablon
15 heures 30 17 heures	Présentation des conclusions du groupe de travail constitué en vue du déplacement de la mission commune d'information sur la base de l'analyse des auditions menées par celle-ci depuis le mois de janvier <i>Membres du groupe de travail :</i> - Dr Gauvin, chef du service de gériatrie du CHR d'Orléans ; - Dr Réa, échelon régional de l'assurance maladie ; - M. Liger, vice-président du Comité départemental des retraités et des personnes âgées (Coderpa) ; - Mme Hue, responsable du service de soins infirmiers à domicile de Montargis ; - Mme Mallassennet, directrice de l'association « Familles Rurales » ; - Dr Dam, médecin de l'équipe médicosociale de Jargeau ; - M. Soulard, travailleur social de l'équipe médicosociale de Montargis ; - Mme Blandin, Centre local d'information et de coordination (Clic) de Montargis ; - M. Legall, directeur des affaires sanitaires et sociales ; - Mme Levachoff, infirmière de l'équipe pluridisciplinaire handicap d'Orléans ; - M. Mauffret, directeur adjoint de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ; - Les membres de la direction du conseil général du Loiret. <i>Thèmes abordés :</i> - L'évaluation de la dépendance : définition, outils d'évaluation, quelle compensation ? - L'offre de service à domicile et en établissement et la coordination des acteurs sanitaires et médicosociaux. - Le financement de la compensation et le mode de gouvernance du cinquième risque.
17 heures 17 heures 20	Conclusions de la journée
18 heures 32	Départ de la gare de Fleury les Aubrais

2. Déplacement en Dordogne et dans le Lot
- Composition de la délégation et programme -
(lundi 2 et mardi 3 juin 2008)

Composition de la délégation :

- M. Bernard Cazeau (Soc. - Dordogne),
- Mme Bernadette Dupont (UMP - Yvelines),
- M. Philippe Marini (UMP - Oise), président de la mission, rapporteur général du budget,
- M. Gérard Miquel (Soc. - Lot), questeur du Sénat,
- M. Alain Vasselle (UMP - Oise), rapporteur de la mission, président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).

Lundi 2 juin 2008	
<i>10 heures</i>	Arrivée à l'aéroport de Périgueux
<i>10 heures 30 12 heures</i>	Conseil général de la Dordogne : présentation des problématiques liées à la dépendance dans un département rural (exposé de Mme Sophie L'Hôte – Direction départementale de la solidarité et de la prévention)
<i>12 heures</i>	Conférence de presse
<i>13 heures</i>	Déjeuner de travail offert par le conseil général de la Dordogne
<i>14 heures 30</i>	Départ pour Domme
<i>15 heures 30 17 heures 20</i>	Visite de l'hôpital local de Domme – Accueil par M. Germinal Peiro, député, conseiller général, Mme Jocelyne Lagrange, présidente du conseil d'administration, et Mme Nadia Hesse, directrice de l'établissement - Rencontre et débat avec les personnels médicaux et d'encadrement
<i>18 heures</i>	Départ pour Cahors
Mardi 3 juin 2008	
<i>9 heures 12 heures</i>	Conseil général du Lot : - Présentation du département et de sa politique de prise en charge de la dépendance ; étude des questions liées à la coordination des prises en charge dans les domaines de la dépendance et du handicap (sous la responsabilité de M. Paul Jardillier, directeur général des services, et de M. Didier Schmitt, directeur de la solidarité départementale) ; - Débat sur la création du 5 ^e risque
<i>12 heures</i>	Conférence de presse
<i>12 heures 30</i>	Déjeuner de travail offert par le Conseil général du Lot
<i>15 heures 45</i>	Départ de l'aéroport de Toulouse-Blagnac

II. DÉPLACEMENTS À L'ÉTRANGER

1. Déplacement à Londres - Composition de la délégation et programme - (dimanche 30 et lundi 31 mars 2008)

Composition de la délégation :

- M. Auguste Cazalet (UMP - Pyrénées Atlantique),
- M. Bernard Cazeau (Soc. - Dordogne),
- M. Eric Doligé (UMP - Loiret),
- M. Guy Fischer (CRC - Rhône), vice-président du Sénat,
- M. Claude Haut (Soc. - Vaucluse),
- M. Philippe Marini (UMP - Oise), président de la mission, rapporteur général du budget,
- M. Alain Vasselle (UMP - Oise), rapporteur de la mission, président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).

Dimanche 30 mars 2008	
18 heures 54	Arrivée à la gare de Saint Pancras
21 heures	Dîner de travail avec le conseiller pour les affaires sociales de l'Ambassade de France, M. Vincent Chevrier
Lundi 31 mars 2008	
9 heures	Résidence de l'Ambassadeur de France – Présentation du rapport Wanless du Kings' Fund « <i>Securing Good Care for Older People</i> » par le Dr Jose Luis Fernandez, professeur à la London School of Economics
10 heures 30	Transfert de la délégation vers l'Association of British Insurers (ABI) dans la City
11 heures 30 12 heures 30	Présentation des produits d'assurance pour couvrir les risques liés à la dépendance au Royaume-Uni : - Stephen Haddrill, Director General, ABI - Ian Owen, Chairman, Partnership Assurance Ltd, - Erin Flood, Policy Adviser, Health Insurance, ABI
13 heures 14 heures 20	Déjeuner de travail avec le conseiller pour les affaires sociales
14 heures 45 15 heures 15	Entretien avec Mr Ivan Lewis, MP, Parliamentary Under Secretary of State for Care Services (sous-secrétaire d'Etat chargé de la dépendance)
15 heures 20	Départ de la délégation vers Brent Council (Conseil municipal de Brent)
15 heures 45 17 heures 15	Rôle de la municipalité de Brent dans l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes : - Head of older people service unit, - Director of Housing and Community Care - Lead Elected Councillor
18 heures 32	Départ vers Paris

**Les notes de synthèse ci-après ont été rédigées par le conseiller social
auprès de l'ambassade de France au Royaume-Uni
à l'attention des membres de la mission d'information.**

Fiche n° 1

La politique de la dépendance en Angleterre - Généralités

Le thème de la dépendance est très peu présent dans le débat public britannique. Les thèmes de la pauvreté des retraités et des moyens accordés au financement du système de santé sont, de loin, plus fréquemment abordés. Cette absence de débat est d'autant plus étonnante - pour un regard français - que la situation ne peut être décrite comme totalement satisfaisante.

L'exclusivité de la compétence des collectivités locales en matière de politique de la dépendance a été décidée dans le contexte d'une modération de long terme des moyens qui leur étaient alloués⁽¹⁾. Les rapports préconisant des réformes n'ont pas été suivis d'effet, et l'heure semble plutôt à l'examen de solutions mobilisant des financements privés, de préférence aux deniers publics⁽²⁾.

1. Une compétence locale affirmée dans un contexte de modération des concours budgétaires de l'Etat.

1.1. L'affirmation du rôle de pilote des *Councils*.

Dès la mise en place des instruments de l'Etat providence en 1948, les collectivités locales de base (les *Councils*) ont été appréhendées comme responsables de la politique du grand âge¹. D'un côté, le National Health Service (NHS), totalement public et gratuit pour l'utilisateur, soignait les malades - entendus à l'époque comme des personnes ayant vocation à guérir - et de l'autre, les *Councils* se chargeaient de l'hébergement, au titre de l'aide sociale, des vieillards indigents.

Cette répartition des rôles, que l'on retrouve à l'identique dans la plupart des pays développés, a progressivement dérivé. Du fait de l'allongement de la durée de la vie et des progrès de la médecine, une fraction croissante de personnes âgées s'est vue maintenue au sein du système de santé, en considération de la nécessité médicale de soigner leurs pathologies. Les dépenses du système de santé se sont donc fortement accrues à partir de la fin des années 1970 :

- d'une part, la gratuité du NHS conduisait à ce que la totalité des dépenses reste à la charge de la collectivité quel que soit le niveau des ressources des intéressés ;

¹ Voir Fiche n° 2.

- d'autre part, les *Councils* se défaussaient avec empressement de leur mission d'aide sociale sur le système de santé pour éviter de grever leurs ressources propres. La mise à la charge du NHS leur permettait de consacrer leurs moyens à d'autres fins, et la gratuité des soins les dispensait de gérer en pratique les conséquences des conditions de ressources et de patrimoine inhérentes à l'aide sociale.

Une loi de 1990 remet de l'ordre dans ce système d'irresponsabilité généralisée en réaffirmant le rôle de pilote des collectivités locales dans la prise en charge de la dépendance et en leur confiant explicitement la responsabilité de la planification, du financement et de l'organisation de l'offre de services sur leur territoire.

1.2. ... dans un contexte de renforcement de la contrainte sur les moyens...

Les dépenses publique consacrées à la dépendance en Angleterre sont évaluées à environ 1.1 % du PIB en 2005, réparties comme suit :

Financier	Dépenses
Councils	9.4 Md€
Etat	5.5 Md€
NHS	4.5 Md€
<i>Total dépenses publiques</i>	<i>19.4 Md€</i>
Ménages	5.7 Md€
<i>Total dépenses</i>	<i>25.1 Md€</i>

La comparaison avec les dépenses publiques françaises est extrêmement délicate. La plupart des rapports ayant tenté d'agrèger les multiples flux français (y compris dépenses de soins de ville et dépenses fiscales) se sont heurtés à la faiblesse des outils d'évaluation disponibles. Le chiffrage le plus probant¹ avançait une dépense publique de l'ordre de 15.5 Md€ en 2003, soit environ 1 % du PIB.

Si l'on rapproche les dépenses consenties de part et d'autre en corrigeant les différences de population (52 M en Angleterre) et de coût de la vie (20 % plus élevé en Angleterre), on peut penser que les dépenses publiques anglaises sont globalement équivalentes aux dépenses françaises. La différence, c'est que 75 % de la dépense anglaise est sous conditions de ressources. L'aide est plus ciblée qu'en France, et par ailleurs, comme la loi y oblige, elle vise les cas de dépendance les plus lourds.

Une petite explication technique s'impose à cet égard.

¹ Rapport de la Cour des comptes en date de 2005, qui par définition prenait en compte des données antérieures à la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie et à l'affirmation de la CNSA comme centre de financement...

L'œuvre de rétablissement des équilibres budgétaires entreprise dans les années 1980 et poursuivie tout le long des années 1990¹ est notamment passée par la modération de long terme des concours accordés par l'Etat aux collectivités locales.

Celles-ci ne peuvent compter, outre la dotation de l'Etat (de type dotation globale de fonctionnement) que sur le produit de la taxe d'habitation. Ayant atteint les limites possibles en matière d'augmentation de celle-ci², les *Councils* cherchent à limiter leurs dépenses depuis le début des années 2000, et parmi celles-ci, celles consacrées à la dépendance.

70 % des retraités britanniques sont propriétaires de leur résidence principale. Par contre, la faiblesse des retraites publiques fait qu'une proportion importante de retraités a des ressources faibles, voire inférieures au seuil de pauvreté³, et est donc éligible à l'aide sociale.

Or, la prestation forfaitaire universelle⁴ destinée au financement de l'aide à domicile est d'un faible montant, et n'est pas corrélée aux besoins de la personne.

Dans ce contexte, la modération de l'évolution des concours de l'Etat aux *Councils* s'est traduite par un durcissement progressif des critères d'accès à la prise en charge des besoins de services à domicile par l'aide sociale locale. Logiquement, ceci conduit à l'augmentation du recours à l'hébergement en institution, bien que celui-ci soit deux fois plus cher qu'un maintien à domicile.

La raison de cette incohérence est triviale : les collectivités locales peuvent exiger la vente de la résidence principale de l'intéressé pour financer le coût de la prise en charge en établissement, mais pas pour les soins à domicile.

En conséquence, les personnes âgées dépendantes sont souvent conduites à se priver des aides nécessaires à leur maintien à domicile jusqu'à ce qu'elles soient acculées, du fait de l'aggravation de leur état, à la vente de leurs biens pour financer leur placement en établissement. Celui-ci est donc précoce au regard de ce qui serait nécessaire si le système ne comportait pas un tel biais.

L'ensemble se caractérise donc par des conditions de prise en charge globalement peu favorables à la stabilisation de l'état des intéressés.

¹ Il faut rappeler qu'en 1979, le Royaume-Uni était sous tutelle du FMI, avec une dette publique supérieure à 60 % du PIB et un déficit budgétaire de l'ordre de 10 %. C'était, selon l'expression consacrée, "l'homme malade de l'Europe".

² Son montant moyen annuel, qui a augmenté de plus de 70 % depuis 1993, atteint aujourd'hui 1 500 €.

³ 20 % aujourd'hui, mais plus de 30 % en 2000 avant la création d'un minimum vieillesse (le *Pension Credit*), lequel est paradoxalement deux fois plus élevé que le niveau maximal de la retraite publique.

⁴ Il s'agit de l'*Attendance Allowance*, voir fiche n°3.

2. Malgré plusieurs rapports de qualité, l'actuel Gouvernement semble peu désireux de se pencher sur la question

2.1. Des rapports et des bonnes intentions

Au cours des trois dernières années, un livre vert, un livre blanc et un rapport d'experts ont été publiés sur la question de la dépendance - sans d'ailleurs susciter beaucoup d'attention médiatique.

Le livre vert de 2005 dessinait les contours d'une stratégie de libre choix cohérente avec les réformes menées par ailleurs dans le système de santé. Le livre blanc de janvier 2006, qui portait principalement sur le NHS et comportait des considérations sur la nécessité de mieux articuler les parcours de soins avec l'aide sociale afin d'augmenter la prise en charge à domicile de préférence au placement en établissement, se fondait à peu près sur les mêmes considérations généreuses.

Toutefois, au regard du hiatus assez gênant entre les (hautes) ambitions affichées et les moyens (non identifiés) à mobiliser pour les atteindre, le Gouvernement a jugé bon de confier à Sir Derek Wanless la mission de rédiger un rapport d'état des lieux, de projection des besoins en termes financiers et de propositions de réformes.

Ce rapport¹, remarquable en tous points, a effectivement proposé différents scénarii, inéluctablement coûteux rapportés à la situation actuelle². Non seulement la proportion de la population dépendante est amenée à s'accroître considérablement, mais encore l'amélioration de l'efficacité et l'humanisation du système de prise en charge nécessiteraient des sommes considérables.

Salué à sa publication en août 2006 comme une « *contribution utile au débat* » par le ministre auquel il était remis, le rapport Wanless semble avoir été enterré avec un certain empressement.

2.2. Mobiliser les financements privés

Bien que la situation ne soit pas satisfaisante, puisque le système est à la fois passif et coûteux, cette attitude des pouvoirs publics est tout à fait explicable.

En premier lieu, la politique de la dépendance constitue clairement, depuis 1990, une compétence des collectivités locales, et l'Etat ne souhaite s'impliquer ni dans sa conduite ni dans son financement. Implicitement, il estime avoir suffisamment de problèmes urgents, complexes et coûteux à gérer en direct.

En second lieu, les dix dernières années ont correspondu à une période de très forte augmentation des dépenses publiques et, corollairement, des prélèvements obligatoires (+ 4 pts). Le rattrapage des dépenses en matière

¹ Voir Fiche n° 4. Le scénario le plus ambitieux propose de passer les dépenses à 2 % du PIB en 2024.

² Que l'on peut certes juger sous-optimale, mais qui est plutôt "économique" en tendancier.

de santé et d'éducation, notamment, a été très rapide. Il n'a malheureusement pas toujours produit les résultats escomptés en matière d'amélioration de la qualité du service. L'heure est donc bien plus à la digestion des réformes et au rétablissement des équilibres budgétaires¹ qu'à l'engagement de dépenses nouvelles.

Troisièmement, le financement de la dépendance ne constitue pas un thème majeur du point de vue politique ; les électeurs concentrent leurs demandes sur d'autres sujets. Le niveau des impôts et la préservation de la compétitivité économique du pays constituent manifestement des préoccupations plus immédiates et plus partagées que le sort des personnes âgées dépendantes.

Quatrièmement, la question des personnes âgées est plus celle de leur pauvreté actuelle que celle de la prise en charge socialisée de leur dépendance future. Le Gouvernement a d'ailleurs assez bien démontré son souci de l'équité intergénérationnelle en décidant l'année dernière de l'augmentation de l'âge légal de la retraite à 68 ans en échange d'une réindexation des pensions sur les salaires (à partir de 2012) accompagnée de la création d'un régime complémentaire obligatoire par capitalisation (pour obliger les actifs à épargner plus qu'ils ne le font actuellement).

On aura donc compris que la réforme de la politique de la dépendance constitue, dans ce pays, un sujet d'avenir - de préférence le plus lointain possible.

Toutefois, ceci n'empêche pas le développement de réflexions plutôt intéressantes sur la mobilisation de financements privés.

Le marché de l'assurance dépendance, qui a émergé de manière plus précoce au Royaume Uni que dans les autres pays européens, est aujourd'hui sinistré pour une série de raisons diverses². On dénombre moins de 50 000 contrats commercialisés depuis le lancement des premiers produits, et la plupart des compagnies d'assurance se sont retirées du marché, du fait de l'impossibilité de disperser le risque au vu du faible nombre de polices souscrites. Or, la relance du marché est indispensable si l'on souhaite avancer sur la question de la prise en charge de la dépendance sans exposer excessivement les deniers publics.

Celle-ci passe d'abord par la modification de l'environnement dans lequel il s'inscrit (notamment en ce qui concerne les retraites et la fiscalité), et nécessite des expérimentations de partage des risques (*risk pooling*) entre la puissance publique et les assureurs. Mais l'amélioration de l'environnement ne peut suffire. Il faut aussi favoriser le recyclage du patrimoine immobilier des ménages retraités dans les produits d'assurance pour assurer un redécollage du marché, seul à même de pouvoir abaisser le coût des primes grâce à

¹ En comptabilité maastrichienne, le déficit des administrations publiques britanniques est aujourd'hui de 3,2 % du PIB.

² Celles-ci sont exposées dans la fiche n° 5.

l'industrialisation des *process* et une meilleure dispersion des risques du fait de volumes plus importants.

En ce sens, les réflexions menées ici en termes d'utilisation des mécanismes de prêt viager hypothécaire méritent l'attention. Ces mécanismes présentent un intérêt certain au regard des problématiques françaises, puisqu'ils permettent de traiter de manière plus souple la question épineuse du recours sur succession, et remettent en lumière les questions centrales de l'équité intergénérationnelle et du nécessaire équilibre entre financement socialisé et responsabilité individuelle.

*

L'Angleterre constitue un terrain de comparaison intéressant pour la mission, puisque les choix de politique publique en matière de dépendance y sont globalement inverses de ceux effectués dans notre pays.

Le système anglais n'est pas piloté en fonction des besoins, mais en fonction des moyens, ceux-ci étant essentiellement appréhendés sous l'angle des conditions de ressources et de patrimoine. On cherchera en vain l'expression de "cinquième branche" ou de "cinquième risque", même en parcourant la presse spécialisée.

Les réflexions en cours sur la mobilisation des financements privés paraissent toutefois dignes de l'intérêt de la mission, dans la mesure où le marché français de l'assurance dépendance est considérablement plus développé que son homologue britannique, et qu'il ne connaît donc pas les mêmes problèmes de (re)démarrage.

La mobilisation du patrimoine immobilier des ménages demandeurs, de manière préalable ou complémentaire à l'intervention de l'aide sociale, constitue un axe fort des réflexions. Les multiples alternatives de "branchement" de ces flux potentiels sur des produits privés d'assurance dépendance offrent une souplesse bienvenue, qui permettrait d'ouvrir de nouvelles portes dans le débat français sur le financement.

Fiche n° 2
L'organisation territoriale de la prise en charge
de la dépendance en Angleterre¹

1. La compétence générale des collectivités locales (Councils) en matière d'organisation des services d'assistance

Depuis 1948, le *National Assistance Act* confie aux collectivités locales (*Councils*²) une compétence pour proposer des services d'hébergement aux personnes âgées dépendantes. L'affirmation de cette compétence de droit commun n'a cependant pas empêché la croissance des services pris en charge par le service de santé national (National Health Service [NHS]).

Pour mettre fin à cette évolution coûteuse³ et clarifier le partage entre les soins (*cure*) et l'assistance (*care*), le *Community Care Act* de 1990 a réaffirmé la pleine compétence des collectivités locales sur l'ensemble de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les *Councils* se sont ainsi vus confier la responsabilité de planifier et structurer toute l'offre de services aux personnes âgées dépendantes.

Le transfert de compétences a justifié la création d'une dotation budgétaire de compensation exceptionnelle⁴, laquelle est ensuite devenue pérenne⁵, sans toutefois que les sommes afférentes soient clairement et obligatoirement affectées au financement de la dépendance. Une fraction de la taxe d'habitation est également réputée être utilisée en couverture des besoins de financement de la dépendance, mais il ne s'agit pas d'une affectation de recettes au sens français.

Les *Councils* peuvent solvabiliser les ménages, fournir directement les services ou les acheter auprès de prestataires (*commissioning*) et/ou en coordonner la réalisation. Certains *Councils* s'arrêtent à l'activité de *commissioning* et ont recours à des prestataires privés. La plupart d'entre eux sont aussi pourvoyeurs directs de services (10 % des places en établissements,

¹ Le rapport ne traite que de la situation de l'Angleterre. L'Ecosse et le Pays de Galles ont en effet un système de prise en charge spécifique depuis la loi de décentralisation ("dévolution") votée en 1999. L'Ecosse présente notamment la particularité d'avoir un système de services d'assistance gratuit, de type NHS.

² Il y a environ 150 Councils en Angleterre. L'échelon de gestion de la dépendance anglais correspond donc, en termes géographiques, à un niveau intermédiaire entre les échelons départemental et municipal français.

³ Le NHS étant totalement gratuit pour l'utilisateur, et les ressources des collectivités locales étant limitées, il y avait une tendance naturelle du système à privilégier cette solution de mise à la charge du NHS.

⁴ Special Transitional Grant for Community Care.

⁵ Revenue Support Grant.

mais 70 % des heures réalisées à domicile). Le *commissioning* s'exerce à partir de quatre principes matriciels :

- apporter une réponse de façon flexible et adaptée aux besoins des personnes et de leurs aidants ;
- proposer une gamme de choix ;
- n'intervenir que de façon subsidiaire et dans la mesure où la promotion de l'autonomie de la personne l'exige ;
- se concentrer sur les besoins les plus importants.

Pour mener à bien leur mission de *commissioning*, les conseils locaux s'appuient soit sur des travailleurs sociaux (*social worker*) ou des gestionnaires spécialisés (*care manager*). Ces professionnels sont chargés :

- d'évaluer les besoins de la personne et de ses aidants : le principe d'une évaluation unique de la personne a été posé en 2001 mais son application est encore très imparfaite ;
- de développer un plan de prise en charge à partir des besoins estimés : le reste à charge est déterminé dans le cadre de ce plan de soins en fonction du patrimoine et des revenus de la personne.

Une législation adoptée en 2000 (le *Care Standard Act*) a défini le cadre minimal applicable aux services et professions d'assistance :

- règles de consentement,
- règles de partage entre soins et assistance,
- règles de suivi des réclamations,
- normes de taux d'encadrement et de gestion.

Un service national d'inspection (*Commission for Social Care Inspection*) est chargé de garantir leur bonne application, mais 20 % des établissements et 30 % des services de prise en charge à domicile ne respectent pas ces règles minimales.

2. Le déséquilibre de l'offre de services entre établissement et domicile

Trois types de services d'assistance sont distingués en Angleterre :

- les services en établissements (*residential/nursing care*) : on compte 19 000 établissements en 2005, pour 441 000 places, soit 5 % de moins qu'en 2003 ; ces services représentaient 45 % de la dépense des *Councils* ;
- les services à domicile (*domiciliary care*), qui représentent 21 % de la dépense des *Councils* ;
- les accueils de jour (*day care*), qui représentent 19 % de la dépense des *Councils*.

Le reste des dépenses des conseils locaux est consacré aux activités d'évaluation et d'élaboration des plans de prise en charge (10 %), à la fourniture de repas (1 %), aux aides techniques et équipements de la maison (1 %) ou à divers autres services (3 %).

Le marché des services est encore caractérisé par l'existence d'un grand nombre de petites structures, souvent à but non lucratif. Il connaît toutefois des évolutions rapides, avec l'émergence de groupes privés construisant des établissements de taille plus importante. Par ailleurs, la part de la dépense privée dans le financement des établissements s'accroît.

La prépondérance des services en établissements est problématique, dans la mesure où elle se substitue aux services à domicile. Pour 10 places supplémentaires créées en établissement pour 1 000 personnes âgées couvertes, certaines études avancent que le volume des soins à domicile mesuré en heures se réduit de 2 % et que le nombre des personnes bénéficiant de prises en charge à domicile se réduit de 3 %.

Or, il existe un biais dans le système d'aide sociale¹ qui favorise l'hébergement en institution par rapport à l'aide à domicile, puisque les Councils peuvent exiger la vente de la résidence principale en vue de financer le reste à charge en établissement, mais pas pour financer des dépenses de soins à domicile.

En 2005, le Gouvernement britannique avait publié un livre vert² dans lequel il exposait une stratégie de renforcement du libre choix des personnes âgées dépendantes. Cette stratégie a été réprécisée dans un livre blanc³ publié en janvier 2006, qui insiste sur un besoin de rééquilibrage dans le développement des services aux personnes âgées dépendantes entre domicile et établissement. Pour renverser la tendance, trois principes sont énoncés dans le livre blanc :

- le libre choix,
- la prévention,
- l'autonomie.

La mise en œuvre de ces trois principes doit conduire à mieux couvrir les besoins les plus lourds, mais aussi à élargir l'accès aux services d'assistance (*care services*) aux personnes faiblement dépendantes. Ces annonces, qui constituent pourtant un engagement officiel du Gouvernement, n'ont toutefois été suivies d'aucune mesure destinée à leur mise en œuvre.

¹ Voir la Fiche n°3, qui détaille les prestations.

² *Department of Health, Independence, Well being and Choice : our vision for the future of social care for adults in England, 2005.*

³ *Department of Health, Our health, our care, our say : a new direction for community services, NHS, 2006.*

Le cadrage budgétaire triennal pour les années 2008-2011 prévoyant une forte contrainte sur l'évolution des dotations aux collectivités locales, il semble peu probable que les sommes nécessaires au financement des alternatives à l'hébergement en établissement puissent être dégagées, les *Councils* étant par ailleurs confrontés à un fort dynamisme de leurs autres charges (écoles, assainissement, retraite des fonctionnaires territoriaux). La dérive de cette politique laissée en jachère va donc probablement s'accroître.

3. La recherche récurrente d'une meilleure intégration du soin et de l'assistance

En 1999, la réforme du système de santé (*health act*) a intégré plusieurs dispositions (*Section 21*) en vue de réduire les obstacles à l'intégration des prises en charge sociales et sanitaires :

- des budgets mutualisés (*pooled budget*) peuvent être construits au niveau local entre NHS et *Councils* ;
- un chef de file local peut être chargé de l'achat des services aux personnes âgées dépendantes (*lead commissioning*) ;
- les structures cofinancées par le NHS et les *Councils* (*integrated provision*) peuvent se voir conférer un nouveau statut juridique.

Le besoin d'intégration des prises en charge sanitaires, pilotées par le NHS, et sociales, confiées aux *Councils*, constitue l'orientation principale du livre blanc de janvier 2006. En particulier, les idées d'une évaluation des besoins de la personne commune aux services de santé et d'assistance et d'une planification intégrée des prises en charge sont à nouveau avancées.

La création d'équipes pluridisciplinaires communes aux *Primary Care trusts*¹ et *Councils* est souhaitée. Enfin, des modalités de financement intégrées des services (*joint commissioning*), sont envisagées. Cette intégration des financements pourrait emprunter deux voies :

- soit par délégation de budgets aux personnes elles mêmes (individual budgets) : depuis 2003, les *Councils* ont la possibilité de fournir aux individus des dotations financières, plutôt que de financer des prestations en nature² ;

¹ Il s'agit des agences locales de santé, qui constituent l'épine dorsale de l'organisation déconcentrée du NHS.

² Ils en ont même en principe l'obligation si le bénéficiaire peut établir qu'il est en mesure de gérer ce budget. Cette possibilité juridique est toutefois très peu utilisée : elle n'a concerné que 13 700 bénéficiaires en 2003/2004 et le budget n'a représenté que 0,3 % des dépenses des conseils locaux en matière de dépendance.

- soit la délégation aux médecins généralistes de la responsabilité de structurer les services d'assistance fournis aux personnes dépendantes (practice based commissioning)¹.

Le récent rapport Wanless (août 2006) insiste sur la nécessité de développer un continuum de services entre des services sanitaires spécialisés et des services faiblement médicalisés. A ce titre, deux enjeux importants sont de :

- développer les services intermédiaires (intermediate care) entre les services sociaux et les services sanitaires : l'émergence de ces services pourrait constituer un moyen pour réduire la croissance rapide des hospitalisations des personnes âgées dépendantes² ;

- savoir positionner des personnes âgées dans ce continuum de services, c'est-à-dire non seulement cibler les services les plus intensifs sur les personnes dont les besoins sont les plus élevés, mais aussi répondre aux besoins non couverts à domicile pour les personnes dont les besoins sont moins importants.

Le rapport montre que le développement des services d'assistance à domicile pour les personnes ayant de faibles besoins est non seulement efficace pour prévenir l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes, mais aussi pour réduire le nombre de journées d'hospitalisation.

A cette fin, il juge positif l'expérience du programme *Evercare* de *case management*. Celui-ci consiste à ce qu'un pool d'infirmières (appelées *community matrons*) soit chargé d'accompagner, notamment par téléphone, les patients ayant connu plus de deux journées d'hospitalisation par an. Les *matrons* sont chargées de l'organisation du parcours de soins, de l'éducation sanitaire et du déploiement des possibilités de prise en charge à domicile.

Le Gouvernement n'a pour l'instant pas donné suite à ces pistes, pour les mêmes raisons que celles évoquées au point 2 ci-dessus.

¹ Chaque citoyen britannique est enregistré auprès d'un cabinet de médecine générale. Depuis 2004, les cabinets sont pour partie rémunérés à la performance sanitaire selon une grille sophistiquée d'indicateurs sanitaires qui doivent établir la qualité de leur pratique mais aussi la qualité de l'aiguillage des patients. Selon cette logique, les cabinets sont incités à réaliser un suivi au long cours de leur patient et une coordination permanente de leurs parcours de soins. Des infirmières spécialisées peuvent être recrutées pour prendre en charge ces nouvelles missions. Appliquée au domaine médicosocial, le practice based commissioning consiste à confier aux cabinets médicaux la responsabilité de suivre le parcours médico-social de leur patient et d'assurer notamment la planification de leurs soins à domicile.

² Entre 1989 et 2003, les admissions en service d'urgence ont augmenté de 33 % par an et par personne de plus de 85 ans, contre une croissance de seulement 20 % pour les personnes de 15 à 64 ans. Les 5 % des personnes les plus consommatrices de soins au Royaume-Uni représentent 42 % des journées d'hospitalisation.

Fiche n° 3 Les prestations de prise en charge de la dépendance au Royaume-Uni¹
--

Le système britannique de prestations est très rustique si on le compare au degré de sophistication atteint en France au terme des réformes successives de l'APA et de la grille AGGIR.

1. Une prestation universelle et forfaitaire de financement de l'autonomie, l'Attendance Allowance

L'Attendance Allowance (AA) est une prestation forfaitaire versée par l'Etat aux personnes qui ont besoin d'assistance dans leur vie quotidienne après l'âge de 65 ans. Elle est attribuée sans condition de ressources².

L'évaluation du degré de dépendance est effectuée par l'individu lui-même, qui remplit un dossier décrivant sa situation. Le requérant indique également les personnels médicaux ou sociaux qui le suivent, ce qui permet par la suite à l'administration gérant cette allocation de prendre contact avec eux si nécessaire.

Les personnels administratifs du ministère du travail et des retraites (*DWP*, la prestation étant servie par l'antenne locale du *Pension Service*) forgent leur conviction sur ce dossier, il n'y a pas d'entretien avec la personne.

Si la personne décisionnaire de l'attribution de l'aide (*Decision maker*) a des doutes, elle peut exiger que le demandeur soit examiné par une équipe médicosociale, mais ceci n'a rien de systématique. Inversement, le requérant peut demander un examen médical afin d'obtenir une description claire des besoins liés à son handicap s'il a été débouté. En cas de contestation du taux de prise en charge offert au requérant celui-ci peut faire appel et se faire aider dans cette démarche par la commission pour les droits liés au handicap (*Disability Right Commission*).

Le montant de l'AA dépend du niveau de l'aide quotidienne requise. Il n'existe que deux niveaux de prise en charge :

- le taux haut ouvre droit à une allocation de 64.50 £ par semaine (soit 375 € par mois) ;

- le taux bas, est de 43.15 £ par semaine (soit 250 € par mois).

Le taux haut est réservé aux personnes qui ont besoin d'aide jour et nuit. Le taux bas est destiné aux personnes qui n'ont besoin d'aide que ponctuellement.

¹ Si la politique de santé est définie au niveau de chacune des régions (Angleterre, Ecosse) et que la politique de dépendance est mise en œuvre par les collectivités locales infra-régionales (Councils), les prestations sociales sont en revanche uniformes au niveau national (Royaume Uni).

² Il faut toutefois être résident au Royaume-Uni pour bénéficier de cette prestation.

L'AA n'est servie qu'à partir du sixième mois suivant l'apparition des besoins (sauf diagnostic de décès à brève échéance). Elle n'est pas servie en établissement (elle est suspendue à partir de la cinquième semaine passée en maison de retraite).

2. Une aide sociale gérée par les *Councils* et soumise à des conditions de ressources et de patrimoine drastiques

Les collectivités locales (*Councils*) organisent une participation aux frais liés à la prise en charge de la dépendance soit à domicile, soit en maison de retraite, en fonction de la situation de la personne requérante.

L'évaluation menée par les équipes médico-sociales des *Councils* est plus poussée que celle effectuée par le ministère du travail et des retraites, et tient compte de la situation financière du requérant.

Le niveau de dépendance est évalué globalement sans qu'intervienne obligatoirement un médecin. Bien qu'il n'y ait pas de grille nationale du type AGGIR, il existe des guides d'évaluation élaborés¹ par le DWP afin d'aider les évaluateurs dans leur démarche. Ces guides décrivent les maladies liées à la vieillesse, leur traitement et leurs effets sur la vie quotidienne.

L'évaluation menée par les services sociaux des collectivités locales est appelée « *community care assessment* ». La procédure implique généralement plus d'une personne (travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, ergothérapeutes...). Il est parfois également nécessaire pour le demandeur de remplir un questionnaire, mais cela dépend des collectivités locales. Dans tous les cas l'évaluation doit tenir compte :

- des souhaits de la personne ;
- des difficultés physiques rencontrées (par exemple pour marcher ou monter des escaliers) ;
- des besoins en termes d'aides ménagères et des soins médicaux ;
- l'entourage de la personne, famille, amis, qui peuvent et souhaitent s'impliquer dans l'aide quotidienne ;
- des besoins exprimés par ces aidants.

Une fois que cette évaluation a été menée, la direction du service social de la collectivité locale décide (ou non) d'attribuer des aides pour prendre en charge une partie ou l'intégralité des frais liés à la dépendance. En cas de réponse positive un *Care Plan* est transmis à la personne lequel détaille :

- les services qui seront pourvus, par qui, quand et comment ;
- une personne référente à contacter en cas de problème ;

¹ DLA/AA medical guidance, cf http://www.dwp.gov.uk/medical/med_conditions/a-z.asp

- des informations pour demander, en cas de changement de circonstances, une réévaluation des besoins.

Les conditions de ressources sont actuellement très strictes et les aides limitées aux personnes à très faibles ressources.

Il existe une directive nationale sur le financement de l'aide à domicile, mais elle ne constitue qu'une recommandation. Les aides varient donc fortement d'une collectivité à l'autre, chacune fixant ses propres conditions d'attribution (puisqu'elles financent les aides sur leur propre budget).

Par exemple certaines collectivités appliquent une participation forfaitaire pour les plateaux repas livrés à domicile, d'autres établissent le prix de leurs prestations en fonction des revenus et des biens de la personne.

Les critères d'évaluation retenus par les collectivités locales pour venir en aide à domicile aux personnes âgées dépendantes se sont significativement durcis ces dernières années, suite à des restrictions budgétaires dans leur financement (comme en France, celui-ci s'effectue principalement par dotations en provenance du budget de l'Etat par l'intermédiaire d'un mécanisme de type DGF).

Le rationnement a notamment touché les personnes faiblement dépendantes, et a donc réduit la proportion de personnes bénéficiant d'une aide à domicile. Seulement 359 200 personnes ont reçu des soins à domicile par l'intermédiaire de leur collectivité locale en 2006, contre 500 000 en 1992, et ce alors que le nombre de personnes âgées s'est accru.

En ce qui concerne l'hébergement en institution, si les revenus de la personne, plus ses économies et la valeur de son domicile (sauf si son partenaire continue d'y vivre) dépassent 20 500 £ (environ 30 000 €), elle n'a droit à aucune aide. L'aide sociale ne se déclenche qu'une fois la personne a consommé son patrimoine jusqu'à cette limite - ce qui signifie en pratique qu'elle doit vendre sa maison en vue de financer ses soins par le produit de la vente avant de pouvoir être prise en charge par la collectivité.

Pour les personnes dont le patrimoine est compris entre 13 000 et 20 500 £, le montant de l'aide correspond à la différence entre le prix pratiqué par l'établissement et les revenus de la personne âgée (pension, allocation...) plus 1 £ de participation pour chaque tranche de 250 £ dans la fourchette du patrimoine.

Tous les revenus de la personne servent donc à financer les coûts de l'hébergement en institution, à l'exception d'une somme forfaitaire de 20.45 £ (30 €) par semaine qui leur est "sauvegardée" pour leurs dépenses personnelles.

Fiche n° 4
Analyses et recommandations du rapport Wanless (août 2006)
en matière de financement de la dépendance en Angleterre¹

Bien que le Gouvernement britannique ait déjà arrêté sa stratégie de prise en charge de la dépendance dans un livre blanc publié en janvier 2006, il existe un certain hiatus entre les (fortes) ambitions affichées et les moyens (non décrits) à mobiliser pour les atteindre.

Il a donc été demandé à Derek Wanless, qui avait déjà effectué un travail similaire pour le plan de financement 2002-2008 du National Health Service, (NHS) de répondre à la question suivante : « *Quel sera le coût de la prise en charge de la dépendance en Angleterre dans 20 ans et quelles dispositions financières doivent être prises pour y faire face ?* ».

Son rapport, *Securing good care for older people, Taking a long-term view*, a été remis en août 2006 et rédigé dans le cadre d'un groupe de travail s'appuyant sur l'expertise du King's Fund. Il réalise des projections sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes et des coûts de leur prise en charge⁽¹⁾ et discute d'options de réforme du financement des services d'assistance compte tenu de ces projections, puis présente des propositions corollaires⁽²⁾.

1. Projection du nombre de personnes âgées dépendantes et des dépenses publiques en matière de dépendance

1.1. Scénarios de projection démographique

Le nombre d'anglais de plus de 65 ans qui n'arrivent pas à exercer au moins une des quatre activités de la vie quotidienne² était de 868 000 en 2005³, soit 1,8 % de la population de l'Angleterre. Ceci constitue un ordre de grandeur à peu près similaire à celui des bénéficiaires de l'APA en France. Par ailleurs, 1,2 M d'Anglais de plus de 65 ans ont eu recours en 2005 à des services d'assistance (*care services*) financés et organisés par les *Councils*. Cela représente 2,4 % de la population anglaise.

¹ Le rapport ne traite que de la situation de l'Angleterre. L'Ecosse et le Pays de Galles ont en effet un système de prise en charge spécifique depuis la loi de décentralisation ("dévolution") votée en 1999. L'Ecosse présente notamment la particularité d'avoir un système de services d'assistance gratuit, de type NHS.

² Ces quatre activités sont : se laver, s'habiller, se nourrir et se mouvoir (hors du lit et/ou d'une chaise).

³ Sur 8 millions.

Alors que la population anglaise va croître de 10 % dans les 20 prochaines années, la population des personnes de plus de 85 ans va augmenter de 65 %¹.

Le rapport insiste sur les déterminants sanitaires de la dépendance des personnes âgées. Il réalise notamment une importante revue de littérature sur le sujet et aboutit aux résultats suivants par pathologies².

Affection	Augmente le risque de dépendance	Augmente le risque de décès
Apoplexie	Oui	Oui
Pathologies vasculaires périphériques	Non	Non
Pathologies coronariennes	Oui	Oui
Hypertension (si traitée)	Non	Non
Arthrite	Oui	Non
Diabètes (si traités)	Non	Oui
Obstructions chroniques des voies respiratoires	Oui	Oui
Maladie de Parkinson	Oui	Oui
Problèmes d'audition	Non	Non
Problèmes de vue	Oui	Non
Déficiences cognitives moyennes	Oui	Oui
Déficiences cognitives importantes	Oui	Oui

Ces résultats conduisent le rapport à fonder ses scénarios démographiques sur des études approfondies de quatre groupes de pathologies :

- les accidents vasculaires cérébraux : sur le long terme, le rapport mise sur une poursuite de la réduction de la prévalence des pathologies cérébrovasculaires et de la mortalité qui y est associée, mais rien n'indique que cette double évolution aura un impact favorable sur la dépendance ; il fait néanmoins cette hypothèse d'une évolution favorable en supposant un plus fort contrôle du risque d'hypertension artérielle dans les prochaines années et le développement de traitements préventifs efficaces (statines, anticoagulants oraux, aspirine...) ;

¹ L'hypothèse de croissance de l'espérance de vie à la naissance retenue pour effectuer cette projection est une croissance de 3 années par an.

² La source de ce travail remarquable et inédit sur l'évolution des déterminants sanitaires de la dépendance est une annexe au rapport Wanless rédigé par Carol Jagger et al, *Compression or Expansion of Disability? Forecasting future disability levels under changing patterns of diseases*, University of Leicester, 2006.

- les pathologies coronariennes : le rapport mise sur une réduction de l'incidence de ces pathologies liée au progrès des traitements endovasculaires et chirurgicaux pour le traitement des syndromes aigus ;

- les pathologies rhumatismales : le rapport fait état de la faiblesse des données disponibles pour anticiper l'évolution de ce groupe de pathologies ; la croissance du niveau d'obésité pourrait avoir un impact défavorable sur leur incidence ; les certitudes scientifiques sont faibles concernant l'efficacité de leurs traitements, mais le rapport fait le pari de progrès importants vers un diagnostic plus précoce du risque, permettant de meilleure protection du cartilage et réduisant ainsi la dépendance associée à ces pathologies ;

- les démences : pour ce groupe de pathologies, l'incertitude des projections semble la plus forte dans la mesure où les facteurs de risque cérébrovasculaires, les mieux établis notamment sur la maladie d'Alzheimer, ont encore un faible pouvoir explicatif ; en outre, l'efficacité des traitements de ces pathologies dans la prévention de la dépendance ne semble pas établie.

Le rapport souligne ainsi à la fois la tendance positive de l'évolution des déterminants sanitaires de la dépendance (à l'exception sans doute des démences) et les incertitudes existantes sur ces évolutions. Plus encore, il conduit à ne pas considérer de façon déterministe ces évolutions et met en évidence les marges d'action des pouvoirs publics pour développer la prévention primaire ou secondaire de la dépendance des personnes âgées.

A partir de ces études, le rapport dresse trois scénarios épidémiologiques d'ici 2026 :

- un scénario de dégradation des déterminants sanitaires : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,5 M de personnes en 2025, soit une progression de 73 % ;

- un scénario à situation sanitaire inchangée : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,45 M de personnes en 2025, soit une progression de 66 % ;

- un scénario d'amélioration de la situation sanitaire (considéré comme le plus plausible) : le nombre de personnes dépendantes atteindrait alors 1,36 M de personnes en 2025, soit une progression de 57 %.

La marge d'incertitude induite par les déterminants sanitaires de la dépendance est assez réduite (16 points de différence) au regard de l'effet relativement certain de l'arrivée aux grands âges des générations du baby boom.

1.2. Le besoin d'ajustement des services à l'évolution du profil de la dépendance

Le rapport insiste sur un effet rarement souligné dans le contexte français : la croissance du nombre de personnes dépendantes en Angleterre

devrait aller de pair avec une croissance relative de la part des dépendants lourds par rapport aux dépendants légers.

A cet égard, l'évolution de l'utilisation de services d'assistance ne doit pas être vue comme une fonction linéaire de l'évolution du nombre des personnes dépendantes. Elle dépend du type de dépendance.

Une étude réalisée par l'université du Kent et de la London School of Economics sur les besoins relatifs des personnes âgées dépendantes selon leur situation¹, aboutit notamment à l'évaluation suivante des services de base, en nombre d'heures, qui doivent être fournis aux personnes dépendantes, selon leur état :

Tableau des besoins d'heures de service par niveau de dépendance

besoin d'heures de service par jour				besoin d'heures de service par semaine		Total heures par semaine	dont total heure IADL	Coût moyen mensuel de la prise en charge	Equivalent en euros
matin	déjeuner	dinner	soirée	bain	tâches AIVQ*				
0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
0	0	0	0	3	3	6	3	282,9	418,7
0,5	0	0	0	3	3	9,5	6,5	447,9	662,9
0,5	0	0,5	0	3	3	13	10	613,0	907,2
1	0,5	0,75	0	3	3	21,75	18,75	1025,5	1517,8
1	1	1	0,25	3	3	28,75	25,75	1355,6	2006,2
1,25	1	1	0,5	3	3	32,25	29,25	1520,6	2250,5

* AIVQ : *Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne : l'aspect "instrumental" fait référence à des activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que faire des achats, utiliser des transports en commun, cuisiner, faire son ménage ou sa lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer son budget...*

Le coût moyen d'une heure de services à domicile était en 2002/2003 de 11,5 £ (17,25 euros).

Source : rapport Wanless (p 185), calcul de l'auteur pour les deux dernières colonnes

Par rapport à ces cibles, la réalité des prises en charge en Angleterre semble très nettement insuffisante, notamment pour les personnes moyennement dépendantes. Cette carence n'est que pour partie compensée par l'aide informelle. Les personnes isolées la subissent fortement.

Une autre limite des prises en charge actuelles en Angleterre est la faiblesse des services de supervision pour la population des personnes âgées ayant des déficiences cognitives sévères. Une étude réalisée en 2005 montre que seules 15 % des personnes accueillies en établissement en Angleterre n'avait pas de déficience cognitive ; 75 % des personnes avaient des déficiences moyennes ou sévères appelant une supervision régulière.

¹ R Darton, J Forder et al, op cit.

1.3. Les déterminants complexes de la croissance de la demande de services

La demande de services est liée à la démographie de la dépendance et son profil, mais pas seulement. Elle répond de façon plus complexe à l'évolution combinée de trois facteurs :

- l'état sanitaire des personnes ;
- les circonstances du logement ;
- la situation des aidants familiaux ou informels.

Plus encore, la demande de services doit être considérée comme une construction sociale mettant en jeu les aspirations des personnes âgées et leur projet de vie.

Rien n'indique à cet égard que les préférences des « baby-boomers » seront identiques à celles de la génération de leurs parents. Le rapport table notamment sur la croissance des attentes de cette génération en termes de maintien à domicile : 4/5 des ménages britanniques de plus de 65 ans privilégient la prise en charge à domicile sur celle en établissement, et cette proportion devrait se renforcer.

Ces paramètres ne sont pas les seuls déterminants de la demande sous-jacente de services d'assistance, qui dépend des interactions entre offre et demande de services.

En particulier, le rapport montre que la demande est relativement peu sensible à l'évolution des prix restant à la charge de l'individu, sauf pour les personnes faiblement dépendantes ayant de faibles revenus. La probabilité de réalisation du service est fortement réduite pour ce groupe de personnes au fur et à mesure que le ticket restant à charge de la personne augmente.

1.4. Scénarii sur la croissance des coûts

Au total, pour évaluer la tendance de la demande de services, le rapport s'appuie sur une approche, non pas par les besoins qui sont par nature difficiles à quantifier, mais par les résultats attendus (*outcomes*) des services. A cet égard, il distingue la gradation suivante des résultats des services d'assistance :

- *un niveau de base* est constitué par la réponse à des besoins primaires de la personne : être propre, vivre dans un environnement confortable, avoir une alimentation en quantité suffisante ;

- *un niveau intermédiaire* est de permettre à la personne de se sentir en sécurité et protégée contre un niveau de risque « raisonnable », en incluant les risques que l'usager est susceptible de générer lui-même ou qui sont liés aux conditions de la délivrance de services ;

- *un niveau supérieur* est de permettre à la personne profiter de la vie, d'avoir une activité sociale, de favoriser son estime de soi et son sens du bien-être ;

- *un niveau optimal* consisterait à alléger le stress des aidants naturels et leur permettre, autant que possible, de conduire une vie normale.

Ces quatre niveaux sont examinés à partir des cotations réalisées par le service d'inspection des soins en 2004, qui distingue 38 indicateurs de qualité de service au sein des ensembles conceptuels suivants : soins sanitaires, respect de la vie privée et de la dignité de la personne, développement des activités sociales, relations avec l'extérieur, autonomie et libre choix, repas, protections, propreté du local, aides techniques, hygiène et lutte contre les infections... Ces éléments sont rapportés au prix pratiqués par les services.

Le rapport montre que les établissements qui ont un niveau de service supérieur aux normes nationales pour chacun des indicateurs pratiquent un prix moyen supérieur de 25 % à celui des établissements qui n'atteignent les indicateurs souhaités pour aucun des paramètres pris en compte. La qualité se paie, y compris quand il s'agit de fournir des services de base.

Le rapport projette alors les évolutions qui peuvent permettre aux services d'assistance anglais d'atteindre partout les normes nationales et tente sur cette base de faire des hypothèses d'évolution de la productivité du système de prise en charge. Trois scénarios sont distingués :

- un scénario s'appuyant sur le niveau de services déjà existant (current service model) : le niveau moyen de services fournis aux personnes âgées n'évolue pas, et le principal déterminant de l'évolution des dépendances est la démographie. Ce scénario aboutit à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,4 point d'ici 2026 (la part de la dépense pour les services dans le PIB passant de 1,1 % PIB en 2002 à 1,5 % du PIB en 2026¹) ;

- un scénario de mise à niveau des services pour couvrir les besoins « essentiels » de la personne (core business) : le développement des services d'assistance doit permettre de garantir parfaitement les besoins primaires (trois premiers besoins de la typologie) de la personne ; ce scénario aboutit à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,7 point d'ici 2026 (la part de la dépense pour les services dans le PIB passant de 1,3 % PIB en 2002 à 2 % du PIB en 2027²).

- un scénario ajoutant au scénario précédent des services de « bien être » pour les aidants (prise en charge de répit, accueils de jours...) : ce scénario aboutit lui aussi à une progression de la part des services d'assistance dans la richesse nationale de 0,6 point d'ici 2026 (la part de la dépense pour

¹ En retenant le scénario de dépendance moyen ; une hypothèse de croissance des coûts unitaires réels des services de 2 %.

² Selon les mêmes hypothèses. Le point de départ n'est pas le même car ce scénario suppose de faire entrer dans la prise en charge publique un plus grand nombre de personnes dépendantes dont la dépense est prise en compte.

les services dans le PIB passant de 1,4 % PIB en 2002¹ à 2 % du PIB en 2027²).

Ces projections montrent ainsi que le scénario de soutien aux aidants pourrait ne pas être plus coûteux qu'un scénario intermédiaire. Une autre conclusion du rapport est que les services particuliers pour les personnes isolées doivent être soutenus non seulement parce qu'ils sont nécessaires mais aussi parce qu'ils présentent un bon retour sur investissement.

2. Le financement de la dépendance

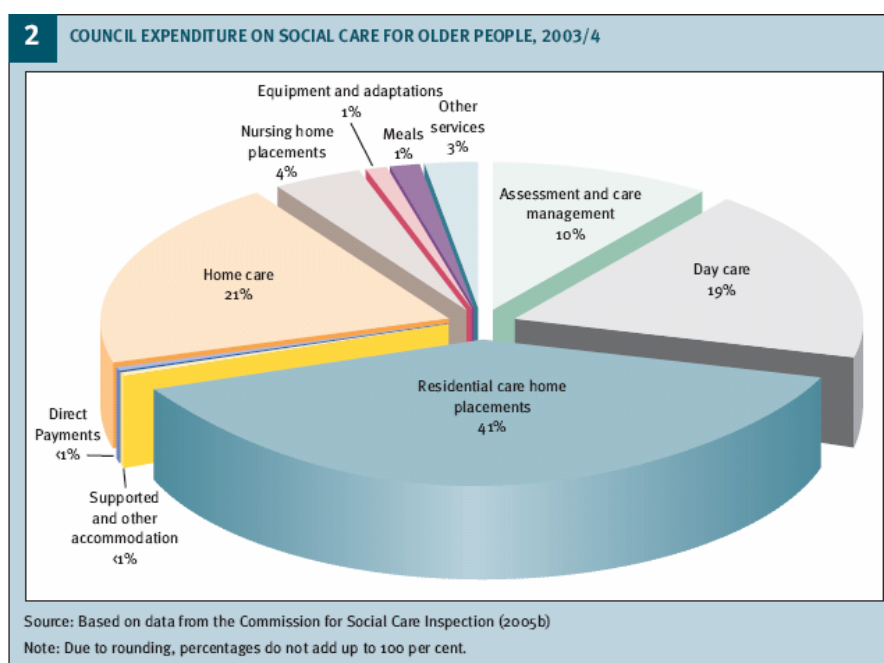
2.1. Le partage actuel des financements

Les dépenses des collectivités locales pour les services d'assistance aux personnes dépendantes ont représenté 6,4 Md£ (soit 9,4 Md€) en 2004/2005. Cet ensemble représente 80 % des services financés, 20 % étant laissés à la charge des ménages. Il se décompose de la façon suivante :

Services	Dépenses globales nettes des tickets pris en charge par les ménages (en M£)	%
Placement en établissement (residential care home)	2 150	33,7
Placement en établissement médicalisé (nursing home)	990	15,5
Autre services résidentiels	20	Inf à 1
Soins à domicile (home care)	1 510	23,6
Evaluation des personnes et care management	860	13,5
Accueils de jour (day care)	300	4,7
Autres services pour personnes âgées	230	3,6
Aides techniques et adaptations (equipment and adaptations)	80	1,3
Repas	50	Inf à 1
Soutien aux personnes	170	2,7
Total	6 390	100

¹ Les services de bien-être aux aidants représentent une dépense annuelle de 0,6 Md £ (soit 0,9 Md euros), soit 0,1 point de PIB (ce qui explique la différence de point de départ avec le scénario précédent).

² Selon les mêmes hypothèses. Le point de départ n'est pas le même car ce scénario suppose de faire entrer dans la prise en charge publique un plus grand nombre de personnes dépendantes dont la dépense est prise en compte.



En plus de ces dépenses, 3,7 Mds £ (5,5 Mds euros) sont attribués par le gouvernement aux ménages sous forme de prestations universelles et non soumises à imposition :

- *l'attendance allowance* (3 Md£) : versée sans condition de ressource aux personnes de plus de 65 ans qui sont reconnues comme dépendantes et ne bénéficient pas de l'aide des Councils pour un accueil en établissement¹, c'est-à-dire qui ont bénéficié des services d'assistance pendant une période de six mois² (1,14 M de personnes en Angleterre en 2005). La prestation est construite autour de deux barèmes : une aide de 60,6 £ par semaine est versée aux personnes qui sont aidées nuit et jour ; une aide de 40,55 £ par semaine est versée aux personnes qui ne sont aidées que la nuit ou le jour ;

- *la disability living allowance* (0,7 Md £³) : normalement versée avant 65 ans aux personnes handicapées, elle continue à être versée après que les bénéficiaires ont franchi la barrière d'âge⁴.

Le NHS consacre 3 Md £ (4,5 Md €) au financement des soins de longue durée pour les personnes dépendantes. Il s'agit notamment :

¹ *L'attendance allowance est supprimée au bout de 4 semaines si une personne reçoit une contribution du Council pour financer des prises en charge en établissement.*

² *Les critères pour bénéficier de cette aide font davantage référence au besoin de supervision de la personne, mais ces critères sont critiqués et mal appliqués.*

³ *Auquel il faudrait ajouter une quote-part 900 M£ de l'aide à la mobilité versée aux bénéficiaires de cette prestation.*

⁴ *Le principe d'un maintien des droits après 65 ans est posé par la législation britannique. L'attendance allowance ne bénéficie quant à elle qu'aux personnes qui connaissent un handicap après 65 ans.*

- de services infirmiers à domicile ou en établissement ;
- des soins hospitaliers de longue durée (continuing care).

Cet effort budgétaire est toutefois délicat à évaluer. Le partage entre les soins hospitaliers de longue durée (20 000 lits en 2004) et les services d'assistance est un des points les plus controversés du système de prise en charge, dans la mesure où l'accès aux soins de longue durée n'est pas assujéti à conditions de ressources, contrairement aux services d'assistance.

Enfin, le rapport estime à 3,86 Md £ (5,7 Md €) le reste à charge global des ménages en établissement ou à domicile. Ce reste à charge inclut :

- les frais dans les établissements privés lorsqu'ils sont sans lien avec les *Councils* (1,9 Md € pour 290 000 personnes) ;
- les frais engagés à domicile lorsqu'ils sont sans lien avec les *Councils* (0,42 Md €) ;
- le ticket modérateur des établissements et soins à domicile financés par les *Councils* (1,54 Md €, qui se décomposent en 1,38 Md € en établissement¹ et 0,16 Md € à domicile).

La prise en charge de la dépendance en Angleterre est donc largement solvabilisée. Toutefois, cette réalité comptable n'est pas antinomique avec un fort ciblage de l'aide attribuée, laquelle est à 75 % sous condition de ressources, ou plus exactement de patrimoine.

Cette caractéristique du système anglais reflète en effet la problématique de la pauvreté des retraités dans ce pays (un tiers de retraités ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté). Si une personne a un patrimoine dépassant 20 500 £ (30 500 €) en 2005 elle doit prendre en charge l'intégralité des coûts des prises en charge en établissement (sauf certains soins infirmiers).

Si son patrimoine est inférieur au seuil, un ticket modérateur (*charge*) laissé à sa charge est fonction du montant de ce patrimoine et du revenu de la personne. Le mode de calcul de ce ticket est de la responsabilité des conseils locaux, et varie donc dans des proportions importantes.

L'évaluation du patrimoine inclut les valeurs mobilières, l'épargne et la valeur du logement sauf si une personne continue à vivre dans ce logement. La valeur du logement n'est pas prise en compte pendant les 12 premières semaines de prise en charge.

Par ailleurs, les *Councils* peuvent proposer à l'intéressé un système d'avance avec récupération au moment de la vente de la maison (*deferred payments arrangement*).

¹ La règle est la suivante : si une personne a un patrimoine dépassant 29 500 £ (30 500 euros) en 2005 elle doit prendre en charge l'intégralité des coûts des prises en charge en établissement.

Les critiques suivantes sont adressées au système de financement de la dépendance par le rapport Wanless :

- il est mal connu et complexe, ce qui joue en défaveur de la nécessité de responsabiliser les ménages, qui continueront de supporter une part significative du coût de la dépendance (le rapport démontre que le niveau d'épargne des ménages est insuffisant au regard de leurs besoins futurs) ;

- il ne permet pas un exercice effectif des droits (compte tenu de la complexité du système de seuil de patrimoine, le rapport montre que 6 % des personnes accueillies en établissement financent elles mêmes leur établissement alors qu'elles sont normalement éligibles à des aides publiques) ;

- il provoque des ruptures ou des incohérences avec les prises en charge sanitaires ;

- les niveaux de ticket modérateur sont très variables selon les Councils, ce qui est source d'inégalités en fonction du lieu de vie sur le territoire ;

- le système de seuil de patrimoine pénalise l'épargne et l'accumulation de patrimoine, dans la mesure où il constitue une "trappe à assistance" ;

- il est pervers, car il conduit les *Councils* à privilégier les prises en charge en établissement (alors même qu'elles sont deux fois plus chères qu'un maintien à domicile) car elles peuvent être financées par le produit de la vente de la résidence principale de l'intéressé, au contraire des prestations à domicile.

2.2. Revue des systèmes de financement possibles

Le rapport dresse une revue des systèmes de financement possibles des services d'assistance aux personnes âgées dépendantes. Ce travail aboutit à la conclusion que l'Angleterre doit profondément réformer son système de financement de la dépendance pour faire face aux enjeux nouveaux. Les options en présence sont :

- *La suppression des conditions de ressources* des services d'assistance aux personnes dépendantes : ce système permettrait une meilleure mutualisation du risque qu'aujourd'hui et viserait à prendre en charge les dépenses excessives supportées par un petit nombre de ménages. Dans ce type de modèle, les ménages demeurent redevables des frais d'hébergement en institution, mais les services sont gratuits ou soumis à un faible copaiement (comme en Ecosse). Il existe deux options de prise en charge : le financement d'un panier de services ou via un budget (comme pour l'APA). Un plafond par personne des services financés est généralement prévu.

L'effet antiredistributif de ce scénario est souligné par les auteurs (le surcoût étant essentiellement affecté à la couverture des ménages disposant d'un patrimoine). D'autre part, il existe un risque important que l'amélioration

de la solvabilisation ne se traduise pas par une amélioration de l'accès aux services, mais par la hausse de leur coût, en raison de la faiblesse de l'offre disponible au regard des besoins constatés.

Au demeurant, cette approche est catégoriquement rejetée par le gouvernement britannique depuis 1997 en raison du surcoût (estimé à 1,7 Md £ (2,5 Md €) en 2007 et à 3,2 Md £ (4,7 Md €) en 2026) qu'elle impliquerait par rapport au système actuel.

- *La réforme des conditions de ressources* : il pourrait s'agir notamment de modifier les seuils de patrimoine, et d'encadrer au niveau national l'amplitude des tickets modérateurs décidés par les *Councils* .

- *Un système de partenariat* : il s'agirait de remplacer le système de conditions de ressources par des « *arrangements partenariaux* ». Ceux-ci viseraient à supprimer l'effet désincitatif sur l'épargne du système actuel. Toute personne reconnue dépendante aurait droit à un minimum d'aide financé par la collectivité. En plus de ce minimum, chaque personne pourrait recevoir des chèques pour partie pré-financés par l'Etat dans la limite d'un plafond déterminé en fonction des besoins de la personne. Ces chèques ne pourraient financer que des services qui auraient reçu un d'agrément, éventuellement dans le cadre d'un parcours de soins prédéfini. Ce système pourrait avoir un effet anti-redistributif en avantageant ceux qui paient des services chers, mais des interventions publiques sur le marché des services d'assistance sont possibles pour maîtriser les prix. Toutefois, le rapport souligne la difficulté que ce scénario poserait en termes de détermination d'un niveau de service universel garanti.

- *Un système de responsabilité limitée* : ce type de scénario consisterait à introduire des mécanismes de franchise dans le financement des services d'assistance. Le soutien des ménages par la collectivité ne serait acquis qu'au delà d'un certain temps ou d'un certain seuil de dépenses. Par exemple, il pourrait s'agir de compléter le système actuel sous condition de ressources en prévoyant une prise en charge intégrale au delà d'un délai de trois ans en situation de dépendance¹. Ce système aurait l'intérêt de fournir une sécurité supplémentaire pour les personnes âgées dépendantes contre la dégradation de leur patrimoine et serait relativement redistributif.

- *Les systèmes de soutien public à l'épargne* : un premier scénario de ce type consisterait à lier l'effort d'épargne à celui existant pour le financement de la retraite (il s'agirait ainsi d'étendre à la dépendance les avantages fiscaux donné aux plans d'épargne retraite²) ; une autre piste serait

¹ Une autre solution consisterait à écrêter les coûts supérieurs à un certain reste à charge dans une optique de "bouclier sanitaire". Toutefois, les prix des services d'assistance étant libres au Royaume-Uni, ce système semble difficilement praticable car il pourrait susciter d'importantes augmentations tarifaires, lesquelles seraient financées de facto par le contribuable.

² Les contributions dans un plan d'assurance retraite par capitalisation personnel ou d'entreprise sont déductibles de l'impôt sur le revenu au taux marginal (ou plus précisément donnent lieu à une ristourne d'impôt directement affectée au plan), mais ne sont pas exonérées de cotisations sociales.

de conditionner la défiscalisation des rentes issues de plan d'épargne retraite au financement par ces plans d'une cotisation à une assurance dépendance.

- *Les systèmes de soutien à l'assurance dépendance privée* : il pourrait notamment s'agir de définir des arrangements entre le système actuel et l'assurance privée afin de permettre à celle-ci de se développer¹.

Les modalités de ces scénarios sont distinguées dans le tableau situé en annexe.

Le rapport teste ces différents systèmes de financement au regard de plusieurs critères d'équité, d'efficacité économique et sanitaire, de libre choix, de soutenabilité budgétaire et de capacité à évoluer, compte tenu de l'incertitude existante sur les simulations de coûts réalisées. Il aboutit aux recommandations suivantes :

2.3. Recommandations

2.3.1. En ce qui concerne le système de financement

L'augmentation des financements nécessaires à la prise en charge de la dépendance n'est possible que si elle est associée à une réorganisation des services et une réforme du financement garantissant davantage d'équité et d'efficacité (*value for money*).

Le système doit être rendu plus universel par un assouplissement des critères d'éligibilité aux services d'assistance.

Le rapport recommande de privilégier un système de financement de type partenarial, mais reconnaît la nécessité de discussions approfondies sur ses mécanismes et sur ses effets potentiels quant à la redistribution des richesses nationales.

Le redéploiement des crédits alloués à l'*attendance allowance* au profit des budgets des *Councils* est proposé. Le redéploiement d'autres aides sous conditions de ressources versées aux personnes âgées, comme par exemple la prime de chauffage d'hiver (*Fuel Allowance*), est également préconisé.

La liberté des collectivités locales dans la détermination des barèmes de prise en charge doit être mieux encadrée pour limiter les inégalités territoriales d'accès aux services.

Le rôle prospectif de l'assurance privée semble relativement limité si on le conçoit de façon indépendante des mécanismes de financement publics, mais des arrangements publics-privés doivent être envisagés au niveau de chaque *Council*.

2.3.2. En ce qui concerne l'organisation des services

Le rapport considère que le développement des services de soins spécifiques aux démences constitue une priorité, ainsi que la formation des

¹ Voir Fiche n° 5.

aidants (formels et informels) sur ce sujet. Le niveau de dépense autorisé pour la prise en charge à domicile des personnes moyennement dépendante doit être substantiellement augmenté.

L'assistance à domicile doit être mieux intégrée aux services de rénovation des logements, notamment pour les personnes atteintes de déficiences cognitives importantes. Pour cela, la prise en charge des dépenses de logement doit être clairement identifiée.

Le financement de mesures de soutien aux aidants naturels doit être considéré comme prioritaire, notamment pour les conjoints (par exemple, développement des accueils de jour). Les initiatives visant à compenser l'isolement des personnes âgées dépendantes semblent également générer un bon retour sur investissement (*value for money*), et doivent donc être financées en priorité.

Une meilleure solvabilisation des petits services d'assistance pour les personnes peu dépendantes doit être recherchée dans la mesure où ces services peuvent avoir des effets préventifs sur la dépendance ;

Les possibilités de mutualisation de budget entre le NHS et les conseils locaux doivent être encore développées et soumises à des évaluations rigoureuses ;

Pour permettre le développement de nombreux services qui se situent à mi-chemin des politiques d'assistance, de soin et du logement (télésoins, habitats intégrés...), des modes de financement intégrés doivent être imaginés.

*

Pour l'instant, aucune suite n'a été donnée à ce rapport, qualifié "d'apport constructif au débat" par le Gouvernement.

Celui-ci est en effet confronté à une certaine perte de pilotabilité budgétaire imputable à la rigidification des nombreuses dépenses qu'il a engagé depuis 1997, ainsi qu'au dérapage du taux de prélèvement obligatoire (augmenté de près de 4 points en 10 ans).

Il semble donc décidé à soigneusement laisser de côté la question de la dépendance (les améliorations étant nécessairement très coûteuses), quels que soit les besoins en la matière, dans la mesure où le débat public se focalise sur d'autres questions (santé, éducation, pauvreté infantile) jugées prioritaires par les électeurs Britanniques.

Fiche n° 5 Les outils privés mobilisables en vue du financement de la dépendance

L'émergence de produits d'assurance dépendance (*long-term care insurance, LTCI*) a immédiatement suivi l'adoption du *Community Care Act* de 1990.

Cette loi stabilisait la répartition des compétences entre l'Etat (NHS) et les collectivités locales en donnant à ces dernières la responsabilité de la planification et du financement de l'offre de services.

Auparavant, une large partie des coûts était *de facto* supportée par le NHS, lequel est financé par l'impôt et totalement gratuit pour l'utilisateur. La clarification des responsabilités conduisait donc aussi à clarifier les financements.

Or, l'affirmation du caractère d'aide sociale assujettie à conditions de ressources et de patrimoine des prestations de prise en charge de la dépendance créait les conditions d'un accroissement progressif des restes à charge pour les ménages au-dessus des seuils, et donc la nécessité - théorique - de s'en prémunir en s'assurant.

Les années 1990 ont donc connu un foisonnement d'expériences de commercialisation de produits - qui se sont toutes terminées sur un constat d'échec.

1. Caractéristiques des différents produits commercialisés à ce jour

1.1. Plans d'assurance pré-financés (pre-paid long term care insurance)

Le principe des plans pré-financés consiste à ce que l'assuré paye des primes périodiques (par exemple mensuelles) ou une prime unique dans un contrat qui garantit le versement d'une rente d'un montant annuel prédéfini à compter de la survenance du risque de dépendance et pendant toute la durée pendant laquelle l'assuré a besoin d'une assistance (c'est-à-dire en général jusqu'à son décès).

L'indexation de cette rente sur l'inflation est optionnelle. Le montant des primes est donc déterminé par le montant de la rente figurant au contrat, et non par le coût réel de l'assistance nécessaire. L'assuré doit financer lui-même l'éventuel différentiel entre la rente servie et le coût des soins qu'il consomme.

L'état de santé de l'assuré est pris en considération pour déterminer le niveau des primes (puisque celui-ci influe évidemment sur la probabilité de réalisation du risque), mais l'assureur se réserve généralement le droit de

réviser les primes selon une périodicité prédéfinie (tous les 5 ans, par exemple) ou à un âge donné du souscripteur (par exemple à 70 ans).

L'assuré peut choisir le type de soins financés par la rente, et ceux-ci peuvent être modifiés en cours d'exécution du contrat, au regard de l'évolution du niveau de dépendance.

Les conditions de versement de la rente sont variables, mais celle-ci n'est généralement liquidée que lorsqu'il devient impossible pour l'assuré d'effectuer de manière autonome trois activités de la vie quotidienne ou lorsqu'il bascule dans la démence.

Il n'y a généralement pas de remboursement des primes en cas de résiliation du contrat ou de décès.

En 2004, on dénombrait l'existence d'environ 19 000 contrats à primes périodiques et d'environ 10 000 contrats à prime unique, soit moins de 30 000 contrats au total. 60 % des souscripteurs étaient des femmes. Seulement 17 % des contrats à primes périodiques et 5 % des contrats à prime unique étaient souscrits par des personnes ayant moins de 60 ans.

Les ventes annuelles de ce type de produits se sont totalement effondrées depuis leur pic de 1996 (environ 2000 nouveaux contrats en 2003, contre plus de 8 000 en 1996). Le montant total des primes périodiques versées en 2003 était de l'ordre de 30 M €, auquel il faut ajouter 20 M € au titre des primes uniques. La valeur moyenne du contrat était de l'ordre de 23 000 €. Les rentes servies représentaient environ 14 M €.

Mais la plupart des assureurs se sont aujourd'hui retirés du marché, et il n'existe plus qu'une seule compagnie proposant ce produit (Partnership Assurance).

Les tableaux ci-dessous présentent le choix d'options offertes par l'assureur (on peut choisir l'indexation ou non, et la durée de la période de carence).

TABLE 2: SAMPLE PREMIUM FIGURES FOR LONG-TERM CARE INSURANCE FOR 50-YEAR-OLD MAN SEEKING MONTHLY BENEFIT OF £1,000

		3-month deferment	6-month deferment	12-month deferment	24-month deferment
Monthly premiums	0% escalator	£49.42	£45.89	£40.37	£32.63
	3% escalator	£111.25	£102.13	£87.77	£67.41
Single premium	0% escalator	£8,644.00	£8,016.00	£7,035.00	£5,657.00
	3% escalator	£19,685.00	£18,061.00	£15,502.00	£11,872.00

Source: Partnership Assurance 2005

TABLE 1: SAMPLE PREMIUM FIGURES FOR LONG-TERM CARE INSURANCE FOR 50-YEAR-OLD WOMAN SEEKING MONTHLY BENEFIT OF £1,000

		3-month deferment	6-month deferment	12-month deferment	24-month deferment
Monthly premiums	0% escalator	£72.85	£68.77	£61.85	£50.99
	3% escalator	£185.37	£174.00	£154.62	£123.91
Single premium	0% escalator	£13,431.00	£12,671.00	£11,381.00	£9,353.00
	3% escalator	£34,448.00	£32,327.00	£28,711.00	£22,984.00

Source: Partnership Assurance 2005

Comme on le constate, les coûts de cette formule sont prohibitifs. Naturellement, les primes demandées sont plus élevées pour les femmes, dont la longévité est plus importante que celle des hommes - et donc le risque de dépendance plus certain. Par ailleurs, le montant des primes augmente fortement avec l'âge, dans la mesure où plus l'individu est âgé, plus le risque est certain.

La possibilité offerte à l'assureur de réviser les primes a constitué la cause majeure de l'échec de cette formule auprès du public, même si quelques assureurs proposaient des plans à cotisations fixes (mais seulement pour les clients de plus de 75 ans). L'absence de données suffisamment robustes sur le risque avait en effet amené la plupart des assureurs à se prémunir en limitant la non-révision des primes à une période de 5 ans suivant la souscription du contrat.

Le flux de souscriptions s'est donc rapidement tari, et face à l'impossibilité corollaire de disperser le risque sur une population d'assurés suffisante, les assureurs ont purement et simplement cessé la commercialisation de leurs produits.

1.2. Les plans adossés à un investissement financier (investment-based bonds)

Ce type de plans est conçu pour permettre à l'assuré ou à ses héritiers de conserver le bénéfice des sommes placées dans le contrat en cas de non-réalisation du risque de dépendance.

Concrètement, le souscripteur verse une prime unique dans un produit financier (généralement de nature obligataire). Des primes abondant un plan pré-financé sont prélevées chaque mois sur ce capital, dont le résiduel continue à fructifier. Si le risque de dépendance ne se réalise pas, le capital résiduel est restitué à l'intéressé ou à ses héritiers.

Il y a plusieurs manières de structurer ce type de produits, mais les différences les plus notables portent sur les versements de prestations :

- certains plans font en sorte que l'assurance paye les soins dès la survenance du risque, l'actif résiduel n'étant mobilisé qu'en seconde ligne ;

- d'autres mobilisent au contraire l'actif du fonds dès la survenance du risque, l'assurance n'ayant vocation à acquitter les charges qu'à compter de la consommation totale de l'actif.

Dans le premier cas, l'assuré ou ses héritiers peuvent conserver l'éventuel reliquat. Dans le second cas, l'assuré a la certitude que ses besoins seront bien financés jusqu'à leur terme, mais il ne pourra en aucun cas récupérer un solde si le risque se réalise. Les primes d'assurances demandées pour ce second type de plan sont logiquement moins élevées.

Fin 2004, 11 000 plans de ce type avaient été souscrits, à 68 % par des femmes, et à 24 % par des personnes ayant moins de 60 ans. Mais pour cette année-là, seulement 50 nouveaux plans ont été vendus, à comparer avec les 1 600 contrats vendus en 2000.

Ces plans mis sur le marché à partir de la seconde moitié des années 1990 ont été, pour certains, victimes de l'explosion de la bulle internet. Par exemple, le produit proposé par Scottish Amicable a été retiré de la vente en 2003, et ses souscripteurs se sont vus signifier qu'ils n'avaient le choix qu'entre verser des contributions additionnelles dans leur fonds ou accepter une révision à la baisse des garanties offertes, parce que le rendement de l'actif placé était plus faible qu'initialement espéré.

D'autres ont fortement déçu leurs souscripteurs du fait de la possibilité pour les assureurs de réviser les primes abondant le plan pré-financé. Par exemple, Axa a constaté une sinistralité plus importante qu'escompté : la part des cas de démence (35 % des sinistres) avait été sous-évaluée dans le total des risques. La survenance de la démence obligeant à une assistance permanente alors même que l'individu peut conserver un état physique satisfaisant pendant de longues années génère en effet des coûts considérables. Les assurés se sont donc vus proposer le choix entre l'augmentation des primes, la réduction des garanties ou l'abandon de l'indexation des rentes sur l'inflation. 20 % d'entre eux ont accepté l'augmentation des primes.

Aujourd'hui, plus aucune compagnie d'assurance britannique ne commercialise ce type de produit.

1.3. Les plans de financement de besoins immédiats

Cette formule consiste à acheter des annuités de rente en une seule fois, à partir de la survenance du risque. Les polices d'assurance garantissent le versement d'une rente viagère d'un montant prédéterminé, mobilisée en paiement du coût des soins à domicile ou en établissement. Là encore, le souscripteur doit payer la différence éventuelle entre le coût réel des services qu'il consomme et le montant de la rente servie. L'indexation de la rente sur l'inflation est optionnelle.

L'intérêt du mécanisme est que la rente n'est pas assujettie à l'impôt sur le revenu si elle est directement utilisée en paiement de services.

Au décès du souscripteur, il n'y a pas de restitution du reliquat éventuel du capital aux héritiers. Certains produits offrent toutefois la possibilité de souscrire une assurance additionnelle qui garantit la restitution du reliquat en cas de consommation partielle du capital, suite au décès prématuré de l'assuré. Il existe deux formules d'assurance additionnelle :

- la "période garantie", qui assure le versement des annuités pendant une durée définie (par exemple 3 ans) même si le décès est précoce ;
- la "protection du capital", qui restitue le reliquat du capital jusqu'à un pourcentage défini contractuellement en cas de décès précoce.

Cette formule est plutôt onéreuse, du fait de la réalisation effective du risque. On ne dénombre que quatre compagnies d'assurances commercialisant ce type de produit, et les primes demandées varient considérablement pour un même niveau de garanties. Le tableau ci-dessous présente les primes demandées par ces compagnies pour servir une annuité de 18 000 £ à une femme de 92 ans :

TABLE 3: SAMPLE QUOTES FOR ANNUITY FOR 92-YEAR-OLD WOMAN SEEKING ANNUAL INCOME OF £18,000

	No RPI link		Escalating at RPI + 2%	
	No capital protection	50% capital protection	No capital protection	50% capital protection
Provider A	£49,289	£57,028	£52,582	£61,504
Provider B	£75,224	£82,239	£90,434	£100,506
Provider C	£62,061	£70,079	£67,381*	£77,030*
Provider D	£54,972	n/a	£65,571	n/a

Source: The Care Funding Bureau (unpublished)
 * RPI = Retail Prices Index
 * Escalates at 5%.

Cette formule est la seule forme d'assurance dépendance qui est en croissance, bien que celle-ci s'établisse sur des volumes très faibles. En effet, elle présente un caractère moins aléatoire à la fois pour les assurés et pour les assureurs (puisque le risque est survenu). De l'avis général, elle est donc appelée à se développer.

Fin 2004, on dénombrait 4 350 contrats. 82 % étaient souscrits par des femmes, et 88 % des polices concernaient des personnes de plus de 80 ans. En 2004, 1 730 produits ont été vendus, pour un montant de primes avoisinant les 150 M €, soit un coût moyen de l'annuité de l'ordre de 85 000 €.

2. Les causes de l'échec des formules d'assurance dépendance et les pistes envisagées pour redynamiser le marché.

2.1. Les causes de l'échec

Avec moins de 50 000 contrats commercialisés depuis le lancement des premiers produits - certes, plus tôt qu'ailleurs - on ne peut pas considérer que le marché britannique de l'assurance dépendance ait connu une très grande réussite.

Au-delà des obstacles "naturels" au développement de l'assurance dépendance qui sont communs à l'ensemble des pays (difficulté de calculer le risque, dérive de la longévité et des coûts, manque d'information des souscripteurs potentiels, sujet qui "fait peur", etc.) il existe des causes spécifiquement britanniques à cet échec.

Premièrement, le très faible niveau des retraites britanniques (550 € par mois pour la retraite d'Etat, à son maximum pour 44 ans de cotisations) induit la nécessité pour les individus de penser à épargner pour leur retraite avant de songer à acquérir une couverture contre le risque de dépendance. Il n'existe d'ailleurs aucune incitation fiscale à la souscription de produits d'assurance dépendance, alors que les versements sur des plans d'épargne retraite sont déductibles de l'impôt sur le revenu.

Deuxièmement, les conditions de ressources et de patrimoine du système social rendent en réalité peu attractive la prévoyance du risque de dépendance, puisque la constitution d'une épargne *ad hoc* interdira *de facto* la prise en charge publique. La même problématique de désincitation à l'épargne se constate d'ailleurs pour l'épargne retraite, puisque le minimum vieillesse britannique est paradoxalement deux fois plus élevé que le montant maximal de la retraite d'Etat.

Troisièmement, les produits d'assurance dépendance n'ont été soumis à régulation (de la *Financial Services Authority*) qu'en octobre 2004. Auparavant, n'importe qui pouvait en vendre sans aucune exigence particulière en termes de conseil et d'impartialité. Des abus (*misselling*) ont donc eu lieu, affectant la réputation des produits et justifiant une défiance accrue du public à leur égard.

La carence d'intervention des pouvoirs publics britanniques est d'ailleurs difficilement compréhensible, dans la mesure où les souscripteurs potentiels de ces produits sont justement des personnes vulnérables dont les compétences financières ont des chances, vu leur âge, d'être plutôt lacunaires.

Quatrièmement, l'aide sociale est décentralisée aux *Councils*, et ceux-ci décident souverainement du niveau de participation demandé aux bénéficiaires. D'où des variations très importantes des restes à charge sur le territoire et dans le temps qui empêche les souscripteurs potentiels d'avoir une vision claire de leurs besoins.

Enfin, en l'absence d'un système commun d'évaluation de la dépendance entre la sphère publique et la sphère privée (il n'existe pas d'équivalent de la grille AGGIR, puisque l'évaluation des besoins est effectuée dans le cadre de l'aide sociale au niveau local), les souscripteurs potentiels sont dans l'incapacité de savoir précisément à partir de quel niveau de dépendance - dont l'impartialité de l'évaluation pose question - ils seront pris en charge par leur assurance.

2.2. Les options explorées en vue de dynamiser le marché.

Les problèmes propres au marché britannique sont donc nombreux et leur complexité reflète l'archaïsme du système actuel de prise en charge matérielle et financière de la dépendance dans ce pays.

De l'avis général de la profession, les produits d'assurance dépendance n'ont aucun avenir au Royaume-Uni si l'environnement au sein duquel ils s'inscrivent n'est pas repensé. Il faut à cette fin :

- réfléchir à une meilleure articulation/intégration des produits avec le système public de prise en charge, et partager les risques liés à la longévité avec l'Etat ;

- envisager un assouplissement de la législation sur l'épargne retraite pour permettre un recyclage des sommes qui y sont investies dans des produits dépendance ;

- mettre en place des avantages fiscaux permettant de réduire le coût des polices pour le souscripteur.

Sur le premier point, de nombreuses options existent.

Les assureurs pourraient par exemple proposer une prise en charge limitée dans le temps (par exemple, les deux premières années de dépendance), le système public prenant à sa charge l'intéressé pour le solde éventuel. Ceci permettrait de borner le risque temporel pour l'assureur, et donc réduire le coût des polices.

On pourrait aussi imaginer l'inverse, c'est-à-dire que l'Etat finance pendant X années et que l'assurance prenne ensuite le relais. Mais ce cas de figure est proche des formules viagères actuelles et présenterait donc pour les assureurs un degré d'incertitude comparable.

On peut aussi imaginer des formules de groupement des risques (*risk pooling*), dans la mesure où l'industrialisation du marché butte à l'heure actuelle sur le faible nombre de souscripteurs :

- qui interdit la dispersion des risques ;

- pose le problème de l'anti-sélection (seules les personnes qui ont les plus fortes chances de devenir dépendantes s'assurent) ;

- et génère des coûts de gestion dirimants interdisant de baisser le prix des polices (lequel est l'une des causes majeures de la faiblesse de la souscription, c'est un cercle vicieux).

Par exemple, pour un nombre donné d'individus, le risque serait partagé entre l'Etat et les assureurs dans des proportions à négocier, ce qui permettrait d'améliorer la dispersion du risque grâce à une population souscriptrice plus large. Les engagements des assureurs pourraient être limités en temps ou en valeur, l'Etat prenant le relais en cas de dépassement des objectifs prédéterminés.

Dans le même ordre d'idées (accroître la taille de la population souscriptrice), une modification des règles prudentielles de l'épargne retraite pourrait autoriser l'employeur à mettre en place, via le fonds de pension de l'entreprise, une assurance dépendance collective ouverte à la souscription individuelle des salariés. Une proportion pré-définie des cotisations retraites pourrait alors alimenter le plan d'assurance dépendance souscrit individuellement par chaque salarié sur la base des termes négociés par l'employeur avec la compagnie d'assurances.

On pourrait aussi imaginer que les individus s'étant constitués des rentes privées (que cela soit à cotisations ou à prestations définies) puissent opter pour un versement partiel des annuités dues en application des tables de mortalité réglementaires, le delta restant provisionné en vue d'une liquidation ultérieure en cas de réalisation du risque de dépendance.

En ce qui concerne les incitations fiscales, plusieurs idées sont explorées. Naturellement, l'attribution à l'assurance dépendance d'un statut fiscal calqué sur celui de l'assurance retraite (déductibilité de l'impôt sur le revenu) revient de manière récurrente dans les propositions des assureurs.

Mais il pourrait aussi être envisagé de ne pas assujettir certains revenus (ayant le cas échéant bénéficié d'une défiscalisation "à l'entrée", typiquement les produits d'épargne retraite) lorsque ceux-ci sont directement consommés dans l'achat de services ou investis dans une assurance dépendance. C'est la formule privilégiée pour les "plans de financement de besoins immédiats".

3. La mobilisation des actifs immobiliers au profit du financement privé de la dépendance.

Ces options, dont certaines sont intéressantes, ne traitent cependant pas le principal problème, qui est que la grande majorité des Britanniques n'a tout simplement pas les moyens d'investir dans une assurance dépendance.

A tort ou à raison, la plupart des ménages consacrent en effet une très large partie de leur épargne durant la vie active à l'achat d'un bien immobilier.

La solution la plus simple pour dynamiser le recours à l'assurance dépendance privée est donc d'aller chercher les sommes nécessaires non pas dans le flux des revenus, mais dans leur stock, c'est-à-dire dans le patrimoine immobilier que les intéressés possèdent¹.

Avec la forte montée, ces dix dernières années, des prix de l'immobilier, certains retraités (environ 30 000) ont contracté un prêt viager hypothécaire afin d'améliorer leur niveau de vie. Ils peuvent donc obtenir dès à présent l'argent de la vente à terme de leur logement tout en continuant à l'occuper. La limite d'âge pour contracter un prêt viager hypothécaire est

¹ 70 % des retraités britanniques sont propriétaires de leur maison, alors que 75 % d'entre eux ont des revenus de remplacement considérés comme insuffisants et que plus de 20 % sont sous le seuil de pauvreté.

actuellement de 72 ans. Le remboursement du capital et des intérêts est garanti grâce à la vente de la maison par l'assureur au moment du décès du propriétaire ou de son départ définitif en maison de retraite.

On constate un développement assez significatif de ce marché au cours des dernières années :

	Number of schemes taken out							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (Jan-Sept)
Lifetime mortgages	182	2,647	9,300 ¹	11,200 ¹	16,048	23,893	25,302	16,775
Reversion sales	1,922	2,484	3,900 ²	3,700 ²	3,075	1,938	835	838
Total	2,104	5,131	13,200	14,900	19,123	25,831	26,137	17,613

Actuellement, ce mécanisme n'est pas utilisé pour financer l'assurance dépendance (il peut éventuellement être mobilisé par les *Councils* pour concourir au financement de l'hébergement de la personne en institution), mais il fait partie des pistes privilégiées à cette fin.

Dès lors que l'individu se voit offrir le droit de demander à la société de le prendre en charge, il peut apparaître légitime que la société ne lui accorde son assistance qu'à l'épuisement complet de son patrimoine. C'est justement ce que permettent ces formes modernes de titrisation des actifs immobiliers. Dans cette optique, l'accès à l'aide sociale serait conditionné à la liquéfaction anticipée du patrimoine par l'intermédiaire de ce type d'instruments.

Le produit de la vente à terme devrait obligatoirement être investi dans une assurance dépendance garantissant la prise en charge de l'intéressé pendant une durée donnée, l'Etat se substituant à l'assureur une fois le capital consommé. L'assurance dépendance pourrait servir à financer dans un premier temps les aménagements nécessaires à l'équipement du domicile en cas de mobilité réduite ou l'aide à domicile. Dans un second temps, elle prendrait en charge l'entrée éventuelle en établissement.

L'intérêt de cette solution est notamment de rendre sans objet la question du recours sur succession, dans la mesure où la liquéfaction du patrimoine s'effectuerait, non plus après le décès de l'intéressé, mais dès le moment où il aurait besoin d'une aide qu'il ne pourrait financer seul.

Au Royaume-Uni, la connaissance par le public des diverses formes de prêt viager hypothécaire est assez bien établie. 68 % des personnes interrogées (et 78 % des ménages propriétaires) en ont entendu parler.

Les 50-59 ans sont la tranche d'âge la plus informée, mais en revanche, les plus de 80 ans sont très peu conscients des potentialités du

mécanisme, alors qu'il s'agit de la tranche d'âge qui aurait le plus intérêt à y avoir recours.

A la question de savoir s'ils considèrent actuellement ces dispositifs comme avantageux, la majorité des personnes répondent par la négative. En revanche, ils sont 72 % à considérer que, en théorie, le prêt viager hypothécaire pourrait être une bonne solution pour financer leur dépendance.

Il existe un noyau dur de personnes qui ne souhaiterait recourir à ce mécanisme dans aucune circonstance parce qu'elles souhaitent laisser un héritage à leurs enfants. Mais il faut garder en mémoire que le nombre de retraités sans enfants va doubler d'ici à 2020 (de 10 % aujourd'hui à 20 %).

Il existe donc une vraie fenêtre d'opportunité pour développer les mécanismes de prêt hypothécaire viager, car les réticences traditionnelles à ce type de mécanisme semblent s'atténuer au Royaume-Uni.

Si les individus avaient un intérêt supplémentaire à investir le produit de l'hypothèque inversée dans un produit d'assurance dépendance (par exemple, sous la forme d'une prime d'Etat additionnelle au produit de la vente), il serait possible de significativement et rapidement dynamiser le marché. C'est d'ailleurs la solution expérimentée aux Etats-Unis depuis le *American Homeownership and Economic Opportunity Act* de 2000.

Si l'on souhaite éviter une solution contraignante de conditionnalisation des aides sociales, on pourrait aussi imaginer que l'opération de prêt viager hypothécaire investie dans une assurance dépendance temporellement bornée (par exemple trois ans) s'accompagne d'un engagement de l'Etat de prendre en charge l'individu si la dépendance durait au-delà de la durée prévue au contrat.

2. Déplacement à Berlin
- Composition de la délégation et programme -
(dimanche 6 et lundi 7 avril 2008)

Composition de la délégation :

- M. François Autain (CRC - Loire-Atlantique),
- M. Auguste Cazalet (UMP - Pyrénées-Atlantiques),
- M. Guy Fischer (CRC - Rhône), vice-président du Sénat,
- M. Charles Guené (UMP - Haute-Marne),
- M. Philippe Marini (UMP - Oise), président de la mission, rapporteur général du budget,
- M. Gérard Miquel (Soc. - Lot), questeur du Sénat,
- M. Alain Vasselle (UMP - Oise), rapporteur de la mission, président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).

Dimanche 6 avril 2008	
<i>17 heures 20</i>	Arrivée à l'aéroport de Berlin Tegel
<i>19 heures 30</i>	Dîner de travail à la Résidence offert par S.E. M. Bernard de Montferand, Ambassadeur, en présence de M. Jean-François Boittin, chef de la mission économique, et de M. Xavier Luquet, conseiller pour les affaires sociales
Lundi 7 avril 2008	
<i>8 heures 15 8 heures 45</i>	Présentation à l'Ambassade des grandes lignes et des principaux enjeux de l'assurance dépendance en Allemagne par le conseiller pour les affaires sociales.
<i>8 heures 45 10 heures</i>	Entretien à l'Ambassade avec la Fédération des caisses publiques d'assurance maladie (AOK) : - Erwin Dehlinger, chef de l'antenne berlinoise de la Fédération
<i>10 heures 12 heures</i>	Entretien à l'Ambassade de France avec la Fédération de l'assurance maladie privée (PKV) : - M. Jochen Scholl, chef du service de l'assurance dépendance privée - M. Roland Weber, assurances Debeka
<i>12 heures 30 14 heures</i>	Déjeuner de travail offert par Mme Marion Caspers-Merk, Secrétaire d'Etat parlementaire de la ministre fédérale de la santé avec : - Dr. Matthias von Schwanenflügel, sous-directeur de l'assurance dépendance - Dr. Peter Pompe, chef du service du protocole et des rencontres internationales
<i>14 heures 30 15 heures 45</i>	Entretien au Bundestag avec M. Willy Zylajew, député CDU, porte-parole de la fraction CDU/CSU en matière d'assurance-dépendance
<i>16 heures 17 heures</i>	Entretien au Bundestag avec Mme Hilde Mattheis, députée SPD, rapporteur du groupe parlementaire SPD sur le 5 ^e risque
<i>18 heures 35</i>	Départ de l'aéroport de Berlin Tegel

**Les notes de synthèse ci-après ont été rédigées par le conseiller social
auprès de l'ambassade de France en Allemagne
à l'attention des membres de la mission d'information.**

<p style="text-align: center;">Fiche n° 1 L'assurance dépendance en Allemagne - Généralités</p>

1. Une assurance dépendance (AD) généreuse adossée à l'assurance maladie (AM) :

- L'AD a été créée en France en 1995 et adossée au régime d'assurance maladie (AM) *ce qui explique que ce soit la ministre de la santé qui soit compétente* ;
- Comme pour l'AM, les salariés les mieux payés (4 012,50 €), les fonctionnaires et les indépendants **peuvent souscrire une assurance privée** ;
- La cotisation est de **1,70 % du salaire brut**, payée à parité par le salarié et l'employeur et versée à la caisse d'AM, elle est majorée de 0,25 % pour les personnes sans enfants ;
- L'assurance assure des **prestations en nature ou en espèce cumulables dont le montant varie en fonction du degré et la gravité de la dépendance** (cf. tableau ci-dessous).

2. Une AD de nouveau déficitaire :

- Depuis 1998 l'AD est en déficit avec des pics à 690 M€ en 2003 (pour un budget de 16,6 Mr€) et **820 M€ en 2004** (sur 16,8 Mr€), l'équilibre a toutefois été rétabli en 2006 avec + **450 M€** pour replonger en **2007 déficit de 320 M€** ;
- Surtout les perspectives démographiques déjouent les prévisions qui ont fondé sa création et implique une croissance forte des dépenses : **2,1 M de bénéficiaires contre 1 M prévus** ;
- Toutefois, **la branche bénéficie d'un excédent cumulé de 3,5 Mr€.**

3. Une réforme modeste :

- Le Parlement a adopté le 14 mars le projet de réforme présenté par le gouvernement ;
- Il a pour objectif un **retour structurel à l'équilibre en privilégiant les soins à domicile** en ne revalorisant les barèmes que pour les soins en nature prodigués dans ce cadre (cf. tableau ci-dessous) ;
- Il prévoit une **revalorisation de la cotisation à 1,95 % au 01/07/2008** (2,20 % pour les personnes sans enfants) ;
- La proposition d'accorder un **congé rémunéré de 10 jours** à un membre de la famille a été **acceptée par le Parlement malgré l'hostilité première de la CDU.**

Montant des prestations versées par l'assurance dépendance

Degré de dépendance	Prestation en nature		Prestation en espèce		En établisst (max.)	
	2007	Au 01/07 2008	2007	Au 01/07 2008	2007	Au 01/07 2008
Catégorie 1	384 €	420 €	205 €	215 €	1 023 €	idem
Catégorie 2	921 €	980 €	410 €	420 €	1 279 €	idem
Catégorie 3	1 432 €	1 470 €	665 €	675 €	1 432 €	1 470 €
Cas d'exception	1 918 €	idem			1 688 €	1 750 €

Fiche n° 2
**La « journée de solidarité » dans les administrations publiques
et les entreprises en Allemagne**

1. Objectifs du dispositif

Un dispositif similaire à la « journée de solidarité » instituée en France en 2003 a été mis en œuvre en France en 1995. Il s'agissait, dans le cadre de l'instauration d'une 5^{ème} branche de sécurité sociale, l'assurance dépendance, de supprimer un jour de congé afin de compenser la part du financement à la charge des entreprises.

L'assurance dépendance a été instituée afin de mutualiser la prise en charge des personnes dépendantes dans un contexte démographique de vieillissement de la population. Il s'agissait par ailleurs de favoriser les investissements structurels dans le secteur de la prise en charge des personnes nécessitant des soins pérennes. Elle a permis de couvrir 2 millions de personnes en 2006.

Le financement de la protection sociale est fondé, en France, sur le principe de la parité entre les salariés et les employeurs. Toutefois, face à un niveau de prélèvements sociaux déjà élevés et dans le souci de préserver la compétitivité des entreprises, le gouvernement de l'époque avait, conformément aux demandes des organisations patronales, souhaité compenser la part à la charge des employeurs par la suppression d'une journée de congé payé.

2. Modalités de mise en œuvre

a). Cotisations

L'institution de l'assurance dépendance s'est traduite par la création d'un prélèvement social additionnel de 1,7 % du salaire mensuel brut (depuis 1996, 1 % en 1995), réparti de façon paritaire entre salariés et employeurs (soit 0,85 % depuis 1996, 0,5 % en 1995) et plafonné (3 562,5 € en 2007).

Cette cotisation est recouvrée conjointement à celle relative à l'assurance-maladie par versement par l'entreprise des deux parts à la caisse d'assurance-maladie auquel est affilié le salarié.

b). Journée de solidarité

La part patronale est censée être compensée par la suppression d'un jour férié : la journée de Pénitence et de prière (*Buss- und Bettag*). Cette fête d'origine protestante était un jour de congé fédéral depuis 1990. Il s'agissait d'une fête mobile tombant le mercredi précédent le dernier dimanche avant l'Avent, autour du 17 novembre.

Elle a donc été supprimée au niveau fédéral pour l'ensemble des entreprises et administrations publiques. Deux exceptions existent toutefois : une exception générale pour le Land de Saxe et, en Bavière, pour les écoles uniquement.

En Saxe, le maintien de la journée de Pénitence et de prière avait été expressément demandé, à l'époque, par les autorités du Land. Il s'accompagne d'un régime de contribution spécifique qui rompt avec le principe de parité, les salariés cotisant pour environ 80 %, 20 % restant à la charge des employeurs, soit une cotisation de 1,35 % du salaire brut pour les salariés et de 0,35 pour les employeurs.

Dans les autres Länder, une disposition spécifique a été prévue dans la loi relative aux jours de congés (*Feiertagsgesetz*) pour les salariés qui souhaiteraient, pour des raisons religieuses, chômer ce jour là. Ils doivent ainsi poser un jour de congé qui ne leur est pas décompté du total de leurs jours de congés payés mais retenu sur leur salaire comme un jour non travaillé.

Cette disposition ayant été prise au niveau fédéral, par la loi, elle n'a pas conduit à des négociations collectives postérieures à sa mise en œuvre. Elle a, en revanche, fait l'objet d'un débat et d'une large concertation avant la prise de la mesure. Ainsi, elle a été étudiée a priori et recommandée par un comité d'expert, en l'occurrence le « Comité des cinq sages » (*Die fünf Weisen*) compétent pour les mesures concernant l'activité économique.

3. Rendement

Dès l'année de son instauration, il s'est avéré que la suppression d'une journée de congé ne compensait que partiellement les cotisations à la charge des employeurs. Ainsi, en 1995, le rendement de la journée de congé supprimée était estimé à 3,32 milliards d'Euros alors que les cotisations patronales s'élevaient à 4,54 milliards d'Euros, soit un rapport de 73 %.

Une compensation totale aurait donc nécessité la suppression de 1,4 jour de congé. Aujourd'hui, les charges patronales s'élèvent à 8,4 milliards d'Euros et, selon l'organisation patronale BDA (*Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*) il faudrait toujours un peu moins d'une journée et demie de travail pour les compenser en totalité.

Comme en 1995, il existe aujourd'hui un consensus entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux pour ne compenser les charges patronales que par une seule journée de travail supplémentaire. Pour que la mesure puisse être mise en œuvre sans créer de difficultés matérielles pour les entreprises, la solution d'une fraction de journée additionnelle n'est pas souhaitée, même par le patronat. La suppression d'une seconde journée, qui irait au-delà de la compensation, reste une possibilité en cas d'augmentation nécessaire des recettes de l'assurance-dépendance.

L'impopularité d'une telle mesure la rend toutefois moins probable, dans le cadre d'une future réforme de l'assurance dépendance, que la réorganisation ou la diminution des prestations ou bien encore le transfert de

cotisations d'autres branches de la protection sociale comme l'assurance chômage.

4 Difficultés

Le fait que la suppression de la journée de Pénitence et de prière ait été décidée au niveau fédéral a évité les problèmes qui ont pu se poser en France, où la mesure n'a pas eu ce même caractère uniforme.

Les deux exceptions au caractère général de la mesure ne semblent pas avoir non plus provoqué de difficultés particulières. Cela s'explique par le contexte spécifique à la République fédérale, où les jours de congés diffèrent en effet d'un Land à l'autre (notamment selon la confession dominante, catholique ou protestante). L'existence d'une journée, fériée en Saxe et ouvrée dans le reste du pays, n'a donc pas créé une situation nouvelle qui aurait pu poser des problèmes inédits aux entreprises.

De la même manière, le fait que les écoles en Bavière restent fermées ce jour là ne crée pas de situation spécifique au regard de la garde des enfants dans un Land où ils n'ont pas classe l'après-midi et où, majoritairement, les femmes des familles avec enfants ne travaillent pas.

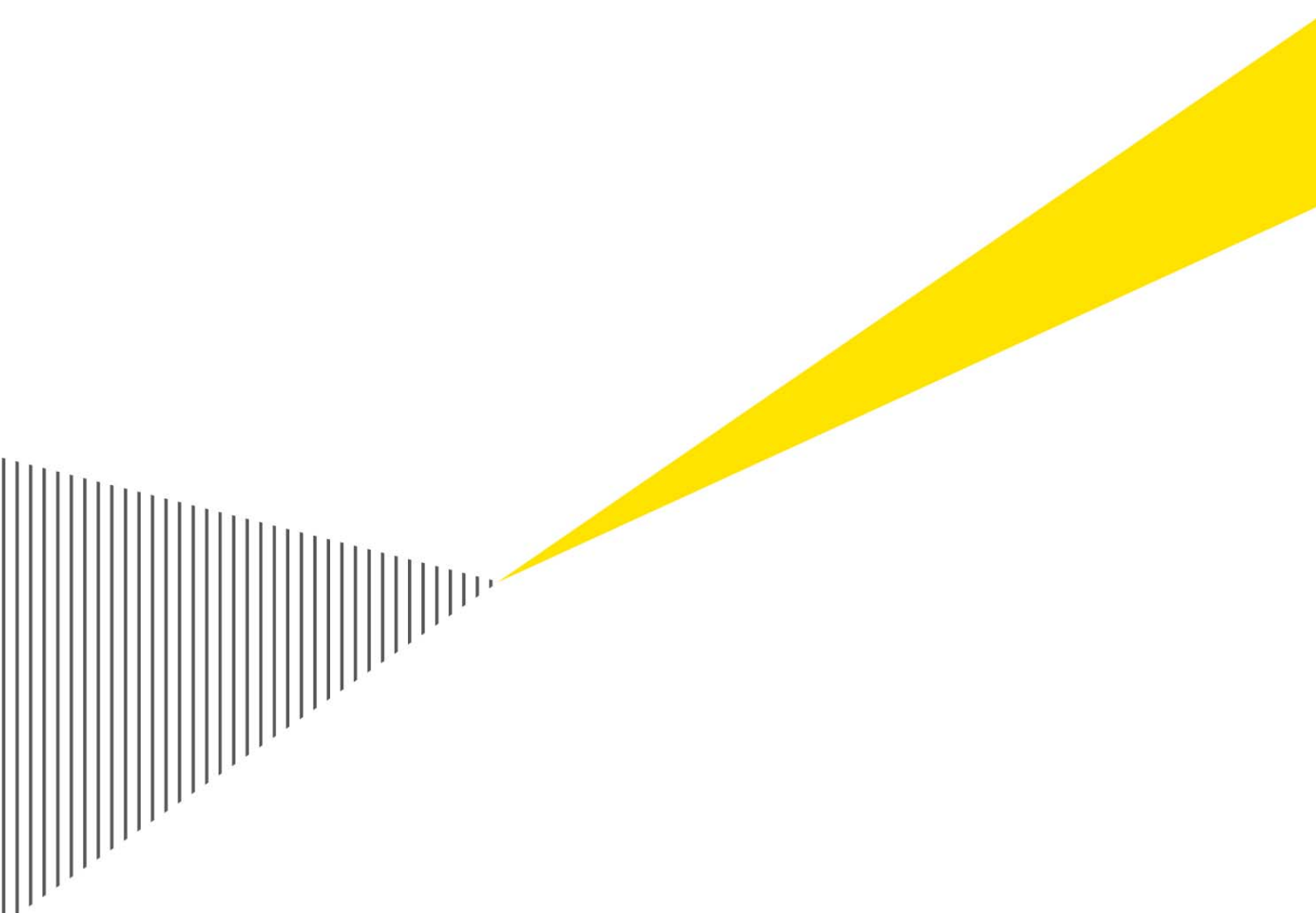
**ETUDE DU CABINET ERNST ET YOUNG
(RAPPORT INTERMÉDIAIRE)**

**ÉTUDE SUR LE MARCHÉ DE L'OFFRE DE SOINS,
D'HÉBERGEMENT ET DE SERVICES DESTINÉS
AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

Sénat

Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement
et de services destinés aux personnes âgées dépendantes

juillet 2008



AVERTISSEMENT

Le présent rapport a été réalisé en exécution d'une commande spécifique de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.

Il a pour unique objectif de venir alimenter la réflexion de ses membres. Il est ainsi destiné à l'usage exclusif du Sénat et ne peut être diffusé seul, ni considéré indépendamment.

L'ensemble des analyses qui y sont développées est issu d'informations et de données publiques et accessibles ou confiées le cas échéant par des entretiens spécifiques, conduits dans le cadre de la mission confiée par le Sénat, auprès de certaines des entreprises citées.

Sommaire

Sénat	1
Eléments clés de contexte	1
Caractérisation de la demande	1
Articulation de l'offre	7
Structuration du secteur	10
Le secteur privé lucratif	10
Le secteur privé non lucratif	23
Eléments de prospective	29
Vers un renforcement de la concentration : pour une maîtrise de l'offre ?	29
Annexes	37

Éléments clés de contexte

Caractérisation de la demande

La population concernée par la dépendance aujourd'hui et demain : un phénomène de société

Un secteur porté par des phénomènes démographiques à forte inertie

La population de grand âge va fortement progresser dans les années à venir. La France va connaître une profonde mutation de la structure de sa population, du fait de l'allongement de la durée de vie, l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des baby boomers : les chiffres sont à cet égard éloquent. En part relative, les plus de 60 ans¹ représenteront ainsi a minima 33 % de la population française en 2040, contre environ 21 % en 2000. Revus en terme absolu, ces chiffres signifient que si l'on comptait environ 10 millions de français de plus de 65 ans en 2005, ils seront de l'ordre de 18 millions en 2050 soit une croissance totale de 185 %... Cette hausse est inégale en fonction du décile concerné : + 45 % pour la population de 65-74 ans, + 78 % pour les 75-84 ans, + 288 % pour les plus de 85 ans. Conséquence logique, le poids des personnes âgées de + de 85 ans devrait croître de 2 à 8 % en l'espace de 50 ans.

Cette augmentation se traduit par une progression mécanique du nombre de personnes âgées fortement dépendantes (2 % des 70 ans sont dépendants contre 30% des 90 ans²). Le nombre de plus de 60 ans classés en GIR 1 à 4 dépasse d'ores et déjà le million si l'on se réfère aux données des bénéficiaires de l'APA. Il est néanmoins important de noter que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent aujourd'hui la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et donc également une des causes principales d'entrée en institution. Elle touche 850 000 personnes en France, un chiffre qui représente 18 % des personnes de plus de 75 ans. Dans les années à venir, les coûts humains et financiers de la prise en charge de ce type de maladies vont s'alourdir (systématisation des diagnostics, prise en charge plus précoce, progrès de la prise en charge et des traitements...), avec 225 000 nouveaux cas déclarés chaque année. En cas de dépendance « physique », les progrès en matière de maintien à domicile (téléassistance, adaptation de logements...) permettent, jusqu' à un certain point bien sûr, de conserver une alternative à l'entrée en institution³.

1 Nous avons pris en compte le scénario pessimiste de l'Insee. La DREES et l'INSEE avaient proposé d'utiliser deux hypothèses : une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance, une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

2 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007, Candesic

3 En ce qui concerne le profil des personnes prises en charge par les Ssiad, il faut noter que sept usagers sur dix ont au moins 80 ans, un quart est âgé de 90 ans ou plus et les deux tiers sont des femmes. La plupart du temps, ces personnes sont très lourdement (le taux de recours d'une aide soignante est deux fois plus important pour les personnes classées en GIR1-2 (24 %) que pour celles en GIR3-4.

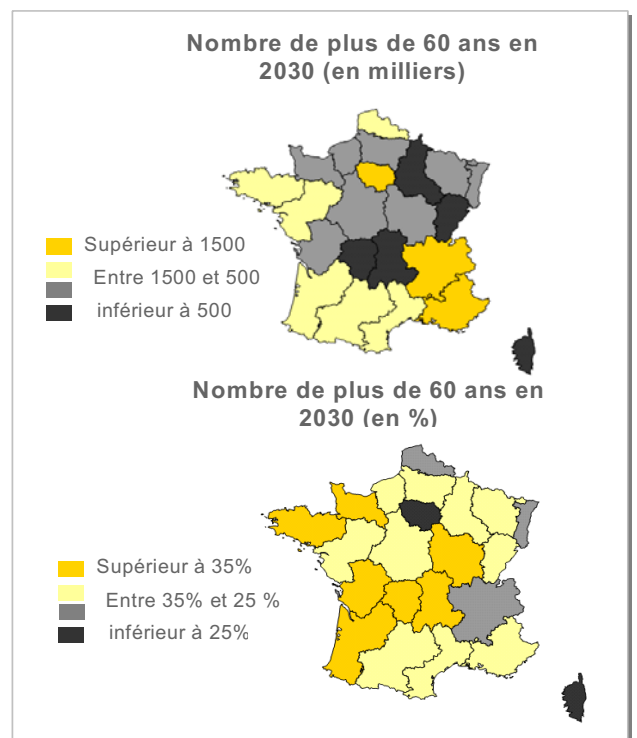
Une entrée en institution qui apparaît de plus en plus comme la solution à une phase de fin de vie pour laquelle le maintien à domicile n'est plus possible

Dans le passé, les maisons de retraite accueillait des personnes âgées désireuses de ne pas vivre seules, mais qui pouvaient demeurer relativement autonomes dans l'exécution des actes de la vie quotidienne. Si ces cas demeurent, ils sont aujourd'hui très largement marginaux face au souhait principal des personnes âgées qui consiste à rester aussi longtemps que possible à leur domicile. La diminution structurelle du taux de prévalence de la dépendance par âge, couplée au souhait du maintien à domicile, font que ces dernières entrent plus tardivement en institution et plus fréquemment en situation de dépendance. En 2003, 81 % des résidents (hors foyers logements) étaient classés dans les GIR 1 à 4 contre 57 % en 1996. Le rapport du Centre d'Analyse Stratégique fait ainsi l'hypothèse (contestée par ailleurs) d'une part insignifiante (1 %) de GIR 5-6 en institution.

De facto, la perte d'autonomie à des stades plus ou moins avancés concerne ainsi près de 9 personnes sur 10 vivant en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, avec souvent un cumul de problèmes physiques et psychiques touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence. Au-delà du strict aspect médical, l'établissement a pour avantage d'offrir une prise en charge intense, 24 heures sur 24, difficile à mettre en place à domicile. Les maisons de retraite, futures EHPAD, répondent et répondront donc de plus en plus à l'urgence médicale et sociale, ce qui pose la question de la mixité des établissements et du déficit d'offre à destination du « 3^e âge » valide.

Une inégale répartition géographique de la « demande » avec pour conséquence des enjeux d'accessibilité à l'offre d'hébergement et de services

L'approche des besoins sur le territoire et l'identification des régions critiques en termes de demande dans les années présentes et à venir est également nécessaire, sachant que la population âgée ne se trouve pas répartie de façon homogène sur l'ensemble du territoire. D'une manière générale, les 75 ans et plus sont surreprésentés dans le quart sud-ouest, au regard d'une moyenne nationale fixée à 7,7 % de la population totale. A contrario, la partie nord/nord-est du territoire et certains départements de la région Rhône-Alpes paraissent moins marqués à quelques exceptions près (départements de la Meuse, de la Haute-Marne, des Vosges et de la Haute-Saône). En terme relatif maintenant, les régions rurales connaîtront entre 2000 et 2030, la plus forte augmentation de la proportion de personnes de plus de 60 ans, au premier rang desquelles la Champagne Ardennes, le Poitou Charente, l'Auvergne, la Bourgogne, et la Lorraine. Or, ces régions sont souvent parmi les moins bien dotées au plan sanitaire et social¹, ce qui pose la question de l'égalité des personnes âgées devant l'offre, d'autant que si leur présence est significative en proportion, celles-ci sont bien souvent dispersées et peu enclines à quitter leur domicile ou du moins leur lieu d'habitation, et donc davantage soumises au risque de l'isolement social.



¹ Ce point sera abordé avec plus de détail dans la partie suivante sur l'offre.

La localisation des personnes retraitées en France obéit également à une logique de redistribution territoriale, avec pour facteurs principaux l'héliotropisme et/ou le rapprochement par rapport aux zones littorales et/ou encore l'éloignement des grandes métropoles. Enfin, à noter également une tendance à la multi-résidentialité qui va également s'accroître (développement des résidences seniors en Espagne, Tunisie...), bien que le mouvement reste encore relativement marginal et nécessite d'être mis en perspective avec la réalité présente qui veut que seuls 10 % des retraités vivent aujourd'hui la multi-résidentialité en France.

Une fois caractérisée la demande en terme de volumétrie et de localisation aujourd'hui et dans les années à venir, il convient de s'intéresser aux déterminants de cette demande pour comprendre ses orientations et son inclinaison en terme d'offre d'hébergement, soins et services, ce qui implique de porter le débat sur les contraintes qui aujourd'hui s'imposent aux personnes âgées et les déterminent dans leur choix.

Une demande portée par des évolutions sociétales mais largement contrainte économiquement

Une diminution probable à terme du nombre d'aidants familiaux favorisant la demande d'hébergement et de soins, malgré le souhait du maintien à domicile

Nombre de personnes âgées sont maintenues à domicile du seul fait de l'intervention familiale, et plus précisément des femmes (épouses, filles), même si les hommes participent davantage qu'avant à cette prise en charge (gestion du budget et du patrimoine mais aussi parfois soins directs aux personnes). Or, si dans les prochaines années, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter fortement, cette hausse mérite d'être mise en perspective avec une diminution probable à terme du nombre d'aidants potentiels informels (le plus souvent le conjoint ou les enfants, voire dans un second temps les voisins, amis, etc...). Tout d'abord, la génération des 40- 59 ans sera moins nombreuse en 2015 que celle des personnes âgées. Ensuite, la disponibilité des enfants pour aider leurs parents âgés fragiles tend à devenir une ressource de plus en plus rare (travail des femmes, individualisme, changement des modèles familiaux, séparation). Enfin en termes économiques, l'aidant peut être lui-même déjà retraité au moment où il doit accompagner financièrement son parent.

En outre, nous l'avons vu, la génération qui atteint l'âge de la retraite aujourd'hui ne souhaite pas être à la charge d'un proche. Aussi, si le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile¹ ou à celui de leurs familles reste le vœu de huit Français sur dix en 2005², en revanche, l'accueil chez soi n'est plus la solution la plus fréquemment prônée. Toujours selon une enquête d'opinion de la Drees, entre 2002 et 2005, les Français interrogés envisagent de moins en moins de vivre dans un établissement spécialisé, soit environ quatre Français sur dix. L'enjeu de l'adaptation des logements, de l'amélioration de l'accessibilité des copropriétés et de leur sécurisation devient dès lors essentiel. A noter que l'hébergement en maison de retraite est davantage privilégié pour des raisons sécuritaires (57 % contre 34 % rester à domicile) et d'isolement social (55 % contre 38 %), alors que pour être « bien soigné », « accompagné », et surtout « vivre agréablement », les personnes interrogées privilégient le domicile (44 % contre 45 % ; 25 % contre 62 % ; 16 % contre 75 %)...

Enfin, le choix de l'institution dépend également du niveau de ressources des personnes âgées. A revenus mensuels net du foyer inférieur à 1 000 euros, seuls trois Français sur dix environ envisagent cette solution. Cette proportion s'élève à quatre personnes sur dix parmi celles qui ont un revenu net compris entre 1 000 euros et 1 900 euros et près de cinq personnes sur dix pour celles dont le revenu mensuel net du foyer excède 1 900 euros... De même, si

1 Le « maintien » ou « soutien » à domicile peut prendre différentes formes: l'accueil d'un proche chez soi, l'aide prodiguée au domicile de la personne (soutien moral, ménage, toilette, etc.), les aides financières, etc.

2 Source : enquête d'opinion Drees. Depuis 2000, l'enquête barométrique de la Drees, réalisée chaque année par des instituts de sondage (Ipsos, BVA), permet de recueillir les opinions des Français vis-à-vis des personnes âgées dépendantes.

les personnes aisées peuvent plus facilement avoir le choix entre prise en charge à domicile et en institution, en revanche, les personnes relativement défavorisées économiquement n'ont souvent d'autre choix que de recourir à un établissement habilité à l'aide sociale.

De fortes incertitudes quant à la solvabilité des générations qui suivront le papy boom

Le niveau moyen des retraites des ménages devrait encore progresser quelque temps sur sa lancée du fait de l'arrivée de générations en moyenne plus riches que les précédentes en raison notamment de l'activité des femmes. Le patrimoine des générations qui seront dépendantes dans les 20 prochaines années est également globalement plus important que celui des générations qui les ont précédés mais également des générations qui vont leur succéder. Il existe donc de fortes disparités en fonction des tranches d'âge concernées : le patrimoine moyen des tranches d'âge de 50 à 65 ans d'aujourd'hui est environ deux fois plus élevé que le patrimoine moyen actuel des 85 ans et plus¹. En outre, si le patrimoine constitue bien un élément fondamental de comparaison, cela ne doit pas masquer le fait que la part du patrimoine dans le revenu est excessivement fluctuante selon la catégorie socio professionnelle du retraité. De même, il existe de très fortes disparités dans les niveaux de pensions en général (hommes/femmes, indépendants/fonctionnaires, etc.).

Si l'on considère maintenant les charges que peuvent assumer la « génération pivot » des 50-59 ans, celles-ci peuvent être tout à fait significatives. Ils peuvent encore avoir des enfants à charge – mais ne touchent plus d'allocations familiales –, et commencer à assumer parallèlement la charge de leurs parents qui peuvent être en situation de perte d'autonomie. Pour les moins de 40 ans, et tout particulièrement les moins de 30 ans, le niveau de retraite est également incertain (cotisation immédiate, éventuellement difficultés d'insertion, faiblesse des revenus monétaires, augmentation du prix de l'immobilier...). En 2005, si l'on dénombre 2 actifs pour 1 retraité inactif de plus de 60 ans, ce ratio tombera à 1,5 actif par retraité en 2020. En 2050, le report pourrait se situer à un actif pour un inactif retraité...

Type d'hébergement	Coûts	Aides
Maisons de retraite	1000 à 1500 €/mois	Nc.
Logements foyers	300 à 760 euros/mois	ALS ou APL
Résidences avec services	900 à 1200 euros/mois	ALS ou APL (notamment relatives à l'accession à la propriété)
USLD	1500 à 3000 euros/mois	Aide sociale si agrément, aide logement : ALS ou APL, APA
Résidence d'hébergement temporaire	900 à 2250 euros/mois	Aide sociale si agrément Aide logement : ALS ou APL, APA
Accueil familial	680 à 1390 euros/mois	Aide sociale si agrément Aide logement : ALS ou APL, APA
Accueil de jour	nc.	APA

Source : Site Internet Editions Pétrarque

1 Source : Insee, enquête sur le patrimoine des ménages (2004)

L'Etat sollicité par l'opinion publique pour être un acteur de la prise en charge de la dépendance

De plus en plus de personnes se montrent favorables à l'intervention des pouvoirs publics dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (enquête d'opinion Drees). 65 % des personnes interrogées se prononcent pour le caractère universel des prestations dépendance, estimant qu'elles doivent bénéficier à tous sans distinction de catégorie sociale ou de statut professionnel

En matière d'aide, l'Etat et plus globalement la puissance publique entend s'engager fermement, visant l'amélioration de l'accessibilité financière des différentes composantes de l'offre, voire la neutralité des choix en termes financiers pour les usagers. Il est ainsi réaffirmé comme axe prioritaire du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 la volonté d'assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance. On constate par ailleurs une nette amélioration des dispositifs d'aides sociales permettant d'assurer la couverture d'une partie des frais de la vie à domicile ou du séjour en institution. En 2004, le total d'aides personnelles au logement pour les personnes âgées en établissement a atteint 560 millions d'euros. S'additionnent l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui représente 2 milliards d'euros et pour laquelle le nombre de bénéficiaires est évalué à 112 000 personnes au 31 décembre 2005, ainsi que des aides fiscales avec les réductions d'impôts et abattements forfaitaires (mais peu ciblées sur PAD). Pour autant, la complexité des aides et les lacunes du système d'information sont réelles : en effet, les structures d'information comme les CLIC souvent méconnues de la population, les mécanismes institutionnels particulièrement compliqués et les intervenants divers et variés.

Un transfert prévisible sur les ménages

En 2005, 77 % des Français préfèrent compléter le système actuel de retraite par une assurance ou une épargne individuelle, pour anticiper leur éventuelle perte d'autonomie. Dans les faits, à l'heure actuelle, et même s'il est en progression sensible, le marché de l'assurance dépendance est encore relativement peu développé (l'assurance dépendance concerne selon la FSA un peu plus de 3 millions de personnes en France). La famille reste perçue comme le deuxième acteur important de la prise en charge de la dépendance après les pouvoirs publics.

Le problème du reste à charge fait craindre un effet de ciseaux entre baisse du niveau de pension et hausse des coûts d'exploitation (immobilier, personnel). En effet, à domicile, la Cour des comptes a montré que le montant des aides perçues (APA et réduction d'impôt pour l'emploi à domicile) en fonction du revenu décrit une courbe en U défavorable aux classes moyennes. En établissement, le reste à charge après APA est donc significatif pour les faibles revenus. Si l'on regarde uniquement les résidents qui ne bénéficient pas de l'aide sociale, on constate que le reste à charge moyen sur l'ensemble de ces résidents peut ainsi représenter, selon les établissements, de 90 % à 130 % du revenu disponible moyen de ces mêmes résidents¹. Selon l'enquête HID, 60 % des personnes en maisons de retraite privées disposent de moins de 68 € par mois (montant minimum garanti) une fois réglés les frais de séjour. D'où l'importance des besoins en matière d'aide à la solvabilisation des populations vieillissantes pour les prochaines décennies.

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique Candesic (mai 2007)

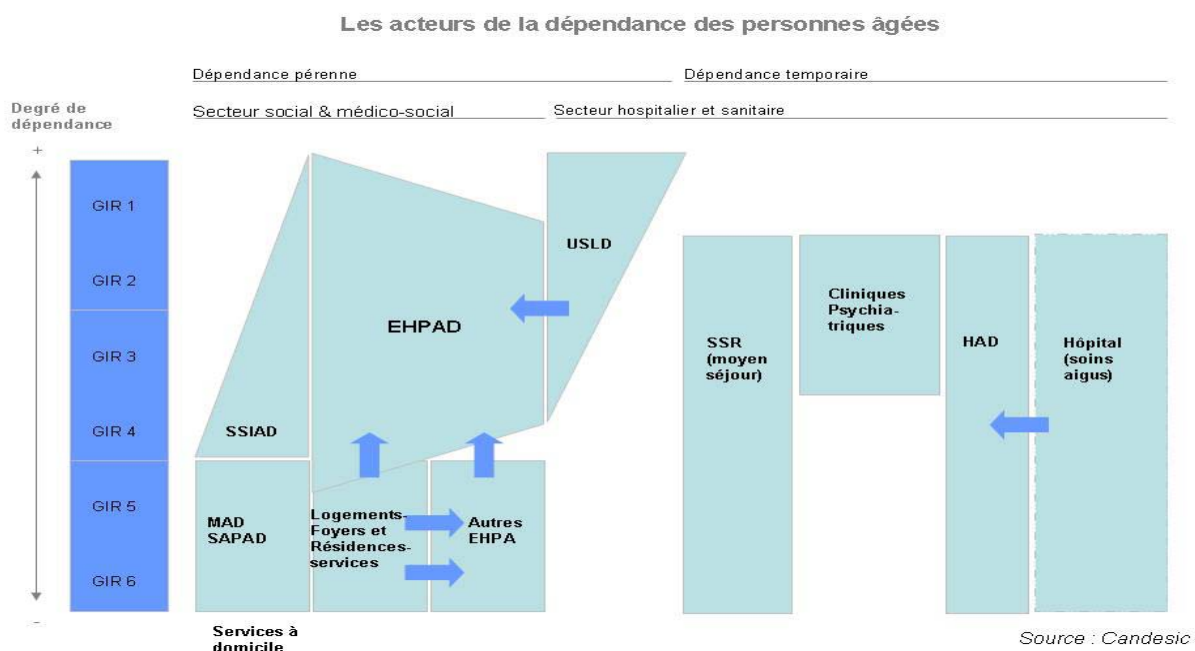
Des besoins croissants et une attente forte en matière de choix et de qualité

Si l'effet ciseaux identifié précédemment est pour une part dû à la solvabilité incertaine des générations à venir, parallèlement, l'enjeu est également celui d'une montée en qualité des établissements d'accueil. Cet enjeu est relatif à la réglementation, plus drastique sur les normes d'hygiène et de sécurité (notamment dans le cas du conventionnement tripartite qui nécessite un passage devant le CROSMS). Mais cette hausse répond également à des attentes des résidents : on observe une montée en gamme en rapport avec des revendications consuméristes : les personnes âgées de 85-90 ans en 2015-2020 se situent en effet davantage comme « acteurs décisionnaires » de leur parcours de vie et ils ont ainsi des exigences particulières et légitimes (possibilités de déplacement, accessibilité des équipements publics ou commerciaux, maintien du lien social).

Une fois considérée la demande tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, il nous faut désormais qualifier l'adéquation de l'offre aux caractéristiques des personnes hébergées, aux normes en vigueur ou prévisibles, à la montée en gamme des demandes exprimées par les personnes âgées ou leurs familles, à leur souhait de maintien à domicile et de diversité de choix.

Articulation de l'offre

De l'autonomie à la dépendance, le vœu pieux d'un continuum dans l'offre pour éviter des ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées



Inadéquations de la filière de prise en charge des personnes âgées et manque d'offre « passerelles »

Dans l'idéal d'un parcours résidentiel linéaire de l'autonomie à la dépendance lourde, il s'agit de partir du domicile (SAP, SAD) pour arriver à l'établissement médicosocial (EHPA, puis EHPAD), voire sanitaire (cliniques, USLD - Unité de Soins Longue Durée), sachant qu'il existe des passerelles d'une offre à l'autre (Ssiad, HAD, hébergement temporaire, accueil de jour...). Le fait est que les attentes sociales bousculent les cloisonnements professionnels et institutionnels entre social, médico-social et sanitaire, avec notamment une demande accrue de prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale. Face à ce désir de continuum d'offre, on observe des inadéquations fréquentes dans la prise en charge qui concerneraient par exemple environ 20 % des personnes âgées hospitalisées (durées de prises en charge trop longues et/ou le risque d'hospitalisme à défaut de solutions d'aval). Deux causes majeures sont identifiées : d'une part, les faiblesses de l'organisation interne des services (insuffisance de court séjour gériatrique, absence d'avis gériatrique et d'évaluation, insuffisante programmation des séjours...), d'autre part, l'insuffisance de développement et de coordination du panel des réponses médico-sociales (réseaux gérontologiques, accueil de jour, hébergement temporaire, maisons de retraite médicalisées, etc.) en matière de prise en charge de la dépendance.

Cet état ne doit pas faire oublier les progrès déjà en cours avec la médicalisation rapide des anciennes maisons de retraite et de certains logements foyers passés EHPAD conventionnés¹, la mise en place de réseaux gérontologiques locaux qui placent en leur cœur un hôpital ou encore l'élaboration de schémas gérontologiques et PRIAC. Il s'agit d'éviter des ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées, et pour ce faire, dépasser le clivage sanitaire et médico-social, et mettre en cohérence les schémas d'organisation des soins, pour améliorer la réponse aux besoins et la fluidité de l'ensemble du dispositif. La persistance de lignes de fracture risque en revanche d'avoir pour conséquence immédiate le report de la charge de la coordination sur les personnes âgées et leurs familles, mais également la difficulté de construire les formules intermédiaires parmi lesquels l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire².

Ces modes de prise en charge répondent pourtant à des besoins spécifiques de proximité et d'accompagnement des aidés, mais également des aidants. Ces offres souffrent généralement d'une trop faible visibilité, d'un déficit de structuration et de difficultés budgétaires et administratives (saisonnalité de la demande (taux d'occupation de 61 % en moyenne en 2006³), pression de l'hébergement permanent, faible rentabilité (à lier au surcoût du transport), inadéquation du plateau technique, réticences des financeurs et parallèlement insuffisante solvabilité de la personne âgée).

Une offre de SAD diversifiée mais insuffisamment structurée et valorisée

Les prestations incluses dans les services à la personne ou aides aux personnes âgées à domicile recouvrent l'aide ménagère, le portage de repas, la téléassistance, téléalarme pour les personnes âgées dépendantes, le transport accompagné, aides techniques... Selon une étude INSERM, le besoin en heures s'élève à 1,6 h hebdomadaires pour les GIR 6 et jusqu' à 54,3 heures pour les GIR 1 avec une moyenne à 37,4 heures (de 1 à 4). Des aides techniques viennent par ailleurs compléter les aides humaines : 2,6 millions de personnes parmi les 13,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus qui vivent à domicile ou en logement foyer (22 %) bénéficient d'au moins une aide technique (aide à la mobilité, auditive, adaptation du logement).

Fortement émiettés, les organismes de services à la personne font face à un fort enjeu de structuration : 63 % d'entre eux employaient moins de 25 salariés en 1999 selon la DREES. L'enjeu de professionnalisation est également prégnant (secteur pour l'essentiel associatif). A noter également la complémentarité entre les actes accomplis à domicile par les aidants et par les professionnels. Il apparaît ainsi que 68 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide mixte fournie par leur entourage et par des professionnels. L'étude révèle que l'aide apportée par l'entourage (conjoint et femmes de la famille essentiellement) reste en volume deux fois supérieure à celle fournie par les professionnels. La question du niveau de revenu est bien entendu décisive.

Une offre inadéquatement dimensionnée

Un déficit d'offres qui fasse le pont entre les soins et l'aide à domicile

Reste que si innover et diversifier le panel d'offre à disposition des personnes âgées s'avère nécessaire, la question du dimensionnement, donc de la volumétrie, demeure centrale. Il existe notamment un déficit d'offres qui fassent le pont entre les soins et l'aide à domicile de places. En moyenne en 2005, on comptait 1 place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes vivant à domicile (malgré une augmentation de près de 23 % en 3 ans). Les

1 Les différentes catégories d'établissements sont aujourd'hui en cours de redéfinition avec une distinction EHPA /EHPAD fonction du degré de dépendance du public cible.

2 Analyse des PRIAC par la CNSA qui constate « un retard dans la programmation des accueils de jour, des accueils temporaires et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les régions ne programment pas autant de places que ne le prévoit le Plan Grand Age mais l'écart tend à se réduire ». En 2006, 7 782 lits d'hébergement temporaire sont enregistrés en France métropolitaine, soit une progression de 5 % en un an (+ 409 places).

3 Source : « Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique », GRATH, 2007

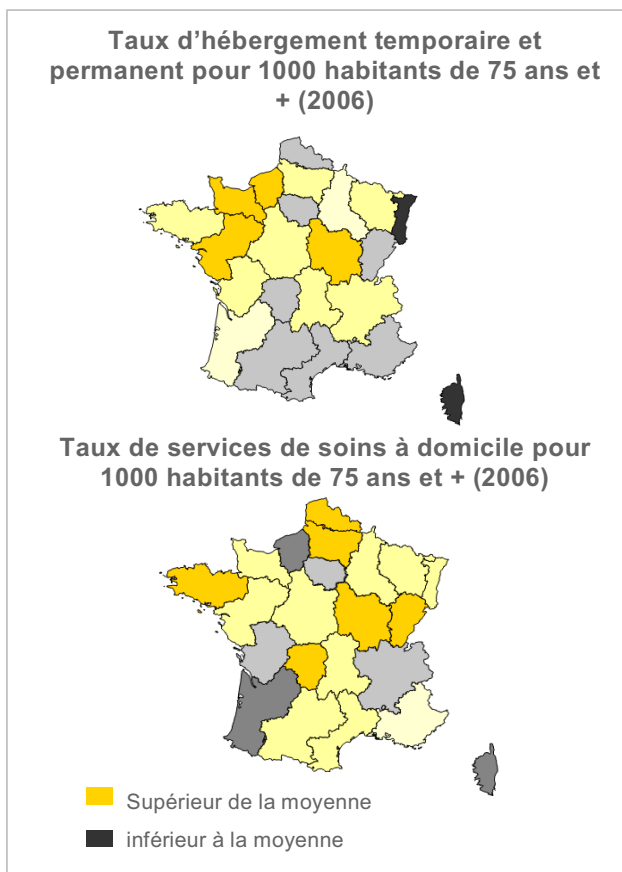
structures de HAD françaises traitent quant à elles moins de 1 % des patients, avec de fortes disparités territoriales.

En 2006, on compte 690 000 places en maisons de retraite, ce qui revient à un ratio de 140 places installées en EHPA pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Ces chiffres traduisent une saturation de l'offre avec un taux d'occupation moyen de 95 %, alors que le nombre de GIR 1-4 a déjà très largement dépassé le million. Ces quelques éléments chiffrés¹ de base posent donc clairement la question du degré d'adéquation demain entre l'offre et la demande, alors même que le constat d'une pénurie de capacités d'accueil renvoie à des enjeux de structuration du secteur (croissance du nombre de places portée par le secteur privé à but lucratif). Ce phénomène de rationnement de la demande par l'offre s'accompagne donc inmanquablement d'un effet de sélection par « l'argent » (niveau de tarification des EHPAD privés...).

Un enjeu d'équité devant l'offre qui se pose également en termes géographique face aux disparités territoriales au sein du parc existant

L'offre est caractérisée par une claire disparité en termes de capacités d'accueil. Le Sud est déficitaire en termes d'équipement (maisons de retraite, logements-foyers et USLD) et de capacité d'accueil, relativement à la forte densité de population âgée résidente sur ses terres, à l'instar des régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées. L'Ouest et l'Est sont en revanche les régions les mieux dotées. Le contraste Nord-Sud s'atténue cependant lorsque l'on considère l'offre globale de soins infirmiers. Les aides au maintien à domicile servent ainsi de palliatif aux disparités de répartition des EHPA. La France compte en moyenne 5,3 soignants infirmiers pour 1 000 personnes de 70 ans et plus. Néanmoins, de fortes variations départementales subsistent, qui peuvent être le fait de politiques départementales spécifiques (autorisations d'ouverture délivrées par les Conseils Généraux), d'une priorité donnée à la politique de maintien à domicile, ou tout simplement de la non pertinence des limites administratives.

L'objectif de cette présentation succincte de l'offre et la demande de services, soins et hébergement pour personnes âgées, était de revenir de façon synthétique sur les principales problématiques et les principaux éléments de structuration du marché, qui ont été abordés plus en détails dans l'étude de la commission. Une fois mis en exergue les principaux enjeux de la composition de l'offre, l'augmentation et la « captivité » de la demande, nous allons analyser ci après la façon dont se structure et évolue le secteur.



1 Si ces éléments sont relativement fiables puisque issus de tendances démographiques inscrites dans le long terme, quelques incertitudes demeurent néanmoins sur la demande supplémentaire (succès des politiques de maintien à domicile, diagnostics médicaux réalisés...).

Structuration du secteur

Les établissements pour personnes âgées peuvent être privés ou publics. La majorité des structures publiques accueillant des personnes âgées dépend des collectivités locales (communes, communauté de communes ou départements). Les structures publiques représentent encore aujourd'hui plus de 50 % des places installées toutes catégories d'établissements confondues et 56 % des places en EHPAD et USLD¹. Ces chiffres mentionnés, il nous faut ici rappeler que le choix a été fait de ne s'intéresser, dans le cadre de cette étude, qu'au secteur privé.

Le secteur privé lucratif

Positionnement et part de marché

Un poids croissant du secteur privé lucratif porté par un mouvement de concentration

Le secteur commercial se compose à la fois d'entrepreneurs individuels et indépendants, et d'entrepreneurs regroupés. Pour ces derniers, une quinzaine de groupes à taille critique commencent à se profiler dont certains cotés en bourse. Selon le classement 2008 des groupes privés de maisons de retraite établi par « Le mensuel des maisons de retraite », cinq groupes dominent actuellement le marché national. Korian vient en tête avec 14 371 lits (4354 à l'étranger), devant Orpéa (9 212 lits en France et 3 057 à l'étranger), Dolcéa (7 898 lits), Medica France (7 144 lits en France et 1 378 à l'étranger) et DomusVi (6 211 lits en France et 1830 à l'étranger). Sur ce top cinq du marché de la dépendance, se côtoient des spécialistes de la dépendance combinant EHPAD, cliniques SSR (soins de suite et de réadaptation) et cliniques psychiatriques (Korian, Medica France), des groupes de maisons de retraite (Noble Age) et quelques acteurs fortement intégrés à l'image de DomusVi. La suite du classement fait apparaître sept groupes comptant entre 2100 et 1044 lits. Les trois derniers groupes de ce Top 15 en comptent moins de mille. Il faut encore noter que les sept derniers groupes ne comptent aucune implantation à l'étranger. De même, si l'on excepte Korian, Medica France et Orpéa, à l'échelle européenne et a fortiori mondiale, les groupes français pèsent relativement peu. Autre particularité, alors que les six premiers groupes en nombre de lits sont possédés par des actionnaires (Batipart détient par exemple 34,5 % du capital de Korian et Prédica, filiale du Crédit Agricole, 27 %), tous les autres sont des propriétés familiales.

1 Source : DRESS, Etudes et Résultats n° 379, 2005

	Année de création	Nombre d'EHPAD	Nombre de lits	dont Nombre de lits à l'étranger	Chiffre d'affaires 2006	Tarifs	Couverture géographique	Taille moyenne des établis.
KORIAN	2006 (par fusion)	137	14 371 (hors lits du secteur sanitaire)	4 354	520 M€	70 € / jour	Nationale Internationale : Italie et Belgique	85 places
ORPEA	1989	150 (dont 122 en France)	14 053 dont 994 en restructuration et 2 607 en construction	3 057	415 M€	90 à 100 € / jour en région parisienne 60 € par jour en province	nationale : île de France, Rhône Alpes, PACA, Midi Pyrénées, Picardie internationale : Italie, Belgique, Espagne et Suisse	94 places
MEDICA France	1968	85	10315	1 378	324 M€	90 € / jour en région parisienne 60-65 € / jour en province	nationale : île de France, Rhône Alpes, Pays de Loire, Poitou Charentes, PACA internationale : Italie	74 places
DOMUS VI	1983	71 MDR médicalisées	8041	1 830	240 M€		île de France et Sud Est	85 places
GDP VENDOME (DOLCEA)	1990	83	7 898				nationale : île de France et Oise	
EMERA	1987	18 MDR médicalisées	1824		37 M€	80 à 100 € / jour en région parisienne 70 à 75 € / jour en province	nationale : France (Centre Ouest et Sud Est) internationale : Suisse	Entre 90 et 110 places

Source : « Acteurs du secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Eurostaf (2006), sites internet

La part de marché détenue par les acteurs du secteur privé lucratif sur le marché hexagonal demeure relativement faible, notamment en comparaison de la structuration d'autres pays européens (Royaume Uni). En 2007, le secteur commercial représente environ 18 à 20 % des lits installés hors logement foyers et résidences services. Le privé commercial est davantage présent sur les établissements de dépendance temporaire avec 26 % des 180 000 places en moyen séjour en 2003 (33 % pour l'associatif et 41 % pour le public) et 20 % des 436 000 lits en maison de retraite contre 29 % pour l'associatif et 51 % pour le public. Dix ans plus tôt, il ne représentait que 14 % des capacités d'accueil en maison de retraite. Ces trois dernières années, plus de la moitié des nouvelles places créées (70 % environ) relève du secteur privé lucratif. Le secteur privé se trouve donc au cœur des évolutions et de la croissance du secteur de la prise en charge de la dépendance, l'un des plus porteurs de l'économie française selon l'analyse Xerfi. Si plusieurs axes de développement se font récemment jour sur lesquels nous reviendrons ultérieurement, avec notamment la mise en place de stratégies de réseaux poursuivies par des groupes novateurs tels Korian ou DomusVi, il demeure que la croissance engagée ces dernières années tient pour l'essentiel à une double dynamique de croissance interne et externe.

Dans les années 1990 et jusqu'à aujourd'hui, la stratégie de développement courante privilégiée consiste à acheter des sites isolés. Avant de se fondre dans Korian, Medidep y a très largement eu recours, notamment après son introduction en bourse en 1998. En 2007, Korian réalise une croissance organique de 6,1 %. La même année, le chiffre d'affaires d'Orpéa a progressé de 31 % dont 11 % de croissance organique. La politique de rachat permet de contourner les difficultés à créer de nouveaux lits *ex nihilo* dans un cadre de plus en plus normé et restrictif en terme de planification, avec pour conséquence la difficulté pour les opérateurs d'obtenir des autorisations d'ouverture sur les quelque 5000 lits programmés annuellement (bientôt 7500). Les acteurs du secteur privé à but non lucratif sont d'ailleurs confrontés à cette même contrainte. La procédure est longue et complexe (3 ans minimum entre la confection du dossier et la construction de l'établissement), avec un *numerus clausus* de fait qui semble s'être instauré et limite le nombre de maisons de retraite dans plusieurs départements. La raison tient tout d'abord aux charges qui incombent aux finances locales. Le succès de l'APA a pu donner lieu à des difficultés budgétaires pour certains départements, en particulier les moins bien dotés, qui ont parfois du mal à financer les actuels ayants

droit. D'autres départements peuvent prioriser la politique de maintien à domicile au regard des besoins de leur population. A noter par ailleurs que les acteurs du privé lucratif peuvent parfois (mais de moins en moins) se trouver confrontés à un refus d'octroi de licence pour une question de principe, notamment la non habilitation à l'aide sociale de leurs lits, même si sur ce point les choses évoluent rapidement. Aujourd'hui, les nouveaux établissements privés ouverts comprennent généralement 10 à 20 % de lits habilités à l'aide sociale, fonction des exigences des autorités régulatrices, des besoins des territoires et des capacités d'accueil des établissements. Ainsi, le choix de la croissance par rachat par rapport à la croissance organique relève souvent d'une nécessité (capacités d'extension des sites limitées, voire inexistantes ; nombre de places que les groupes sont autorisés à créer chaque année limitées à 7 500 lits). Ces rachats participent par ailleurs à la modernisation nécessaire du parc existant, jugé « inadéquat » par la Cour des Comptes dans une proportion de 10 à 15 %. Une étude de la Drees datant de 2003 a par ailleurs mis en lumière la nécessaire remise à niveau des maisons de retraite publiques, précisant que près de 40 % des chambres étaient inférieures à 13 m² (contre 13 % pour le secteur privé lucratif). L'une des possibilités ainsi offerte aux opérateurs dans le cadre de leur politique de rachat, est de regrouper les autorisations d'exploitation dans un établissement neuf de plus grande taille. L'opération est dès lors neutre pour les finances locales, tout en permettant l'amélioration de la qualité et la rentabilité moyenne des structures. En situation de pénurie d'offre, cette stratégie de rachat est néanmoins inflationniste, avec pour conséquence la hausse continue des prix. Tous les groupes n'ont pas les moyens de racheter une structure de 80 lits à 10-15 millions d'euros, et encore moins de développer à grande échelle cette stratégie de rachats de sites existants nécessitant des restructurations lourdes, d'où un mouvement mécanique de concentration du secteur privé lucratif (et non lucratif d'ailleurs).

Plus récemment, la concentration du secteur par des mouvements de fusion-acquisition s'est sensiblement accélérée. Grâce à de nombreux regroupements et acquisitions, les opérateurs commerciaux majeurs du secteur ont rapidement atteint une taille critique qui leur a permis de distancer les opérateurs du secteur associatif (hors Mutualités) et public. Medidep a ainsi été absorbé par Suren, propriété du groupe immobilier Batipart qui avait auparavant racheté le réseau d'EHPAD Serience. Le groupe est ensuite devenu Korian. Relégué à la seconde place par Korian, Orpea continue de son côté ses achats ciblés de sites obsolètes et prévoit dans les prochaines années un grand nombre d'ouvertures (de l'ordre de 3000 si l'on s'en tient au plan de développement délivré en 2007). La croissance du groupe Medica France a de son côté été alimentée par le rachat du groupe EIS-Qualisanté, puis en 2003 des Doyennés. Enfin, DomusVi a absorbé MAPAD Services en 2006, tandis que Dolcea s'est développé rapidement de façon plus « traditionnelle » par une combinaison d'acquisitions individuelles et créations. Cette stratégie de croissance des principaux groupes commerciaux se traduit dans la hausse de leur chiffre d'affaires : le chiffre d'affaires cumulé des 5 premiers opérateurs a cru à hauteur de 28 % en moyenne annuelle depuis 2001¹. Pour comparaison, sur la période 2000-2006, la hausse annuelle moyenne du chiffre d'affaires des EHPA privés est estimée à 6 %², chiffre à mettre en perspective avec la moindre croissance des EHPA privés à but non lucratif. Aujourd'hui, les 10 premiers opérateurs privés représentent la moitié de l'offre du secteur commercial lucratif en termes de maisons de retraite et logements foyers (nombre de lits opérationnels en France).

Les 15 premiers groupes commerciaux mènent ainsi une politique volontariste de croissance externe avec une progression de leur parc d'établissements de 13 % en moyenne annuelle entre 1998 et 2006, ce qui représente 379 nouvelles structures, acquises pour l'essentiel par rachat. Si l'on considère la seule année 2006, Orpea a racheté 22 établissements et GDP Vendôme (Dolcea) 11. Ces acquisitions nécessitent des investissements lourds dans une activité à forte intensité capitalistique, et donc la mise en œuvre de différents leviers de financement au-delà de l'endettement classique, ainsi que des stratégies de cession partielle du patrimoine immobilier permettant de dégager des liquidités. Cette dynamique (nécessaire il faut bien le rappeler au regard des besoins création, mais également de mise à niveau du parc existant) est alimentée par un mouvement de cession des établissements indépendants. Ce mouvement est dû pour une part au renforcement des contraintes réglementaires (médicalisation, rénovation...) qui ont eu pour effet de fragiliser les situations financières de mono établissements

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007, Candèsic
2 idem

gérés par le privé ou le public. A cet égard, les fermetures continues d'établissements gérés par les collectivités locales ont été un élément majeur de la croissance du privé. Ce mouvement de cession a ensuite été favorisé par deux autres facteurs également déterminants : les départs à la retraite des propriétaires indépendants prévus dès 2010 et la recrudescence d'acheteurs avec pour conséquence, nous l'avons vu, une hausse du prix de cession qui constitue en soi une incitation à vendre, alors même que les acteurs en capacité de reprendre se font plus rares dans un secteur où les barrières à l'entrée sont significatives (financière, compétence sanitaire et sociale, reconnaissance, réglementation...).

Reste que, si la consolidation du secteur tend à se généraliser, et que les dix premiers opérateurs représentent aujourd'hui plus de la moitié de l'offre du secteur commercial, cette part est néanmoins à relativiser. Notons tout d'abord que ces opérateurs ne gèrent pas ou très peu de logements foyers – même si le cœur du sujet est la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, malgré cette forte croissance, les 10 premiers opérateurs ne représentent que 8 % du marché national contre 20 % au Royaume Uni par exemple. Si l'on inclut les acteurs privés à but non lucratif, les 10 premiers représentent alors 12 % de la capacité en EHPAD. En outre, il n'y a pas d'acteur qui dépasse les 2 % de part de marché. En 2003, on comptait ainsi encore 900 propriétaires individuels dont 700 gérants entre 5 et 40 lits.

Le lucratif et l'économie sociale et solidaire : deux univers à distinguer

Concernant les EHPAD privés commerciaux, deux points polarisent particulièrement l'attention, qui sont d'une part le niveau de tarification de l'hébergement¹, d'autre part, la répartition géographique de ces établissements. Il existe en effet, des établissements privés positionnés sur du haut de gamme et situés dans de grandes agglomérations (essentiellement Paris) qui sont destinés à répondre aux demandes spécifiques de personnes âgées à fort pouvoir d'achat et peuvent afficher des prix journée de 150 euros (contre une moyenne à 110 euros des prix journée en région parisienne). Néanmoins, en règle générale, les tarifs hébergement moyen appliqués à la journée (hors Paris) sont davantage de l'ordre de 65 à 75 euros², avec une structure de coût par ailleurs plus élevée que pour des opérateurs publics (subventions, terrain gratuit, garanties d'emprunt...). Pour comparaison, les tarifs hébergement appliqués par des établissements du secteur non lucratif (Mutualité Française ou Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité) tournent autour de 50 à 70 euros. De facto, un établissement appliquant des tarifs d'hébergement en deçà de 50 euros paraît difficilement viable d'un point de vue économique pour des acteurs de la sphère privée (bien qu'il y ait des exceptions fonction de la structure, la localisation...).

La marge opérée sur l'hébergement doit être analysée au regard de la qualité et la nature de l'offre, sachant que les réglementations sont de plus en plus exigeantes en la matière, de même que les résidents. Or, si la notion de « haut de gamme » est relative, les maisons de retraite privées à but lucratif³ présentent l'offre d'équipements la plus complète : accessibilité, sécurité, confort des résidents. A contrario, les logements-foyers, où se trouve absent le privé lucratif, présentent les niveaux d'équipement les plus faibles. La qualité constitue par ailleurs un des piliers de la stratégie de développement des principaux groupes commerciaux (normes AFNOR, labellisation et certification). De même, les EHPAD privés lucratifs sont davantage médicalisés et tournés vers la forte dépendance (en pointe notamment sur la prise en charge des malades d'Alzheimer). L'âge moyen en maison de retraite lucrative est donc plus élevé (85 ans contre 79), et la durée moyenne de séjour plus courte (1 an et 5 mois pour les hommes et 2 ans pour les femmes contre 2 ans et 9 mois et 3 ans et 5 mois pour le secteur privé non lucratif ou 3 ans et 5 mois et 3 ans et 9 mois pour le public autonome). La tarification doit également être mise en perspective avec les coûts de fonctionnement (les établissements privés lucratifs ont un GMP moyen supérieur, mais une taille moyenne

1 Si les débats suscités sont fréquents, c'est que, contrairement à l'hôpital, l'hébergement doit être pris en charge par le résident (ou l'aide sociale le cas échéant). Les personnes âgées peuvent dès lors être amenées à utiliser leur patrimoine pour financer l'hébergement en Ehpad, donc prendre sur leur capital de succession. Les enfants et petits enfants peuvent également être mis directement à contribution.

2 Services inclus : repas, animation, surveillance

3 Nous pouvons y ajouter celles des Mutualités et de la FCES

également supérieure¹), ainsi que le dynamisme des acteurs (coûts d'amortissement et politiques d'investissement). Si l'on reprend l'analyse des comptes du groupe Noble Age², on constate que la marge opérationnelle, calculée à partir du résultat opérationnel courant d'exploitation, représente entre 5,5 et 7,5 % du chiffre d'affaire exploitation. Ainsi, dans un secteur en pénurie d'offre, avec une activité fortement capitalistique nécessitant de lourds investissements et un apport conséquent de fonds propres, la question qui se pose est davantage celle du juste équilibre entre un prix de journée qui soit acceptable pour le résident³, mais suffisamment attractif pour permettre à l'opérateur de développer qualitativement et quantitativement son offre.

Conséquence logique de cette stratégie d'offre, la plus ou moins forte présence d'opérateurs va différer selon les territoires – urbains, périurbains, ruraux et semi-ruraux. Naturellement soucieux de leurs implantations qui constituent une composante à part entière de leur offre et leur structure de coûts avec des enjeux de valorisation et de protection de ses actifs immobiliers, les établissements privés commerciaux ne couvrent pas l'ensemble du territoire de façon homogène. Le choix d'une reprise s'opère en fonction de critères précis quant au dimensionnement en volume et en valeur de la demande, sachant que la taille moyenne des établissements commerciaux (toujours hors mono-établissements indépendants) est d'environ 80 à 95 lits. Le choix de création est quant à lui contraint par la planification de l'offre et l'obtention d'autorisations d'ouverture auprès des conseils généraux. L'Ile de France est ainsi la première région d'implantation des établissements privés lucratifs, suivie des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône Alpes, territoires d'accueil de retraités qui ont généralement les moyens de leur mobilité. Principalement implanté en Ile de France, Pays de la Loire et PACA, le groupe Noble Age a racheté cinq EHPAD en 2007 à Marseille, Perpignan, Cannes (Alpes Maritimes) et Garches (Hauts de Seine), et en a ouvert un de 94 lits aux Sables d'Olonne (Vendée). Trois opérations d'extension ont également été conduites en Ile de France et en PACA.

Un modèle économique rentable inscrit dans une dynamique de développement

De très bonnes performances économiques

L'activité des EHPAD (panel représentatif d'indépendants et filiales de groupes constitué par l'étude Xerfi) a progressé de 9,2 % en moyenne annuelle sur la période 2001-2007. L'effet classe creuse (post 1914-18) aura légèrement ralenti le rythme de progression du chiffre d'affaires des opérateurs entre 2001 et 2005 (8,9% en moyenne annuelle tout de même...), l'année 2004 dérogeant à la règle du fait d'une hausse plus forte du tarif d'hébergement. L'effet « papy boom » apparu en 2006, ainsi que des politiques de santé favorables (APA, tarification binaire, plans...), sont les principales causes de ré accélération du rythme de croissance de l'activité qui devrait se prolonger jusqu'en 2009 avant de se ralentir jusqu'en 2013. En 2008 est escomptée une croissance record de 10,5 %. De même, malgré un léger fléchissement en 2006, le taux de résultat net des EHPAD à vocation commerciale atteint généralement 5 % du chiffre d'affaires.

Les performances économiques publiées⁴ et escomptées des premiers opérateurs privés, dans l'ordre Korian, Orpéa, Medica France, Dolcea et DomusVi, sont également très bonnes avec un chiffre d'affaires qui enregistre une croissance à deux chiffres. Le groupe Noble Age vise une croissance supérieure à 30 % en 2008, soit un chiffre d'affaires de l'activité exploitation de 125 millions d'euros en 2008. Ce dernier était de 95 millions en 2007. L'EBITDAR exploitation, c'est-à-dire le résultat opérationnel avant dotations aux amortissements, provisions et

1 Le modèle belge montre que des établissements de 120 lits permettent des prix de journée inférieur de l'ordre de 50 à 60 euros, tout en étant viables pour les résidents, dès lors qu'ils sont structurés en petites unités de vie.

2 Cf annexes (source : Diane)

3 Cf l'enjeu de solvabilisation par les pouvoirs publics et le marché assurantiel en partie 1.

4 Source : communiqués de presse issus de l'ensemble des revues de presse disponibles sur le moteur de recherche Factiva (Le Monde, Figaro, L'Express...); rapports d'activité (Diane) avec une analyse des comptes de Korian, Orpéa et Noble Age en annexe.

loyers, a progressé de 55 % en 2007 à 26 millions d'euros. Le résultat opérationnel courant d'exploitation a pour sa part doublé pour se situer à 7,23 millions d'euros. Enfin, le résultat net du groupe a atteint 3,33 millions d'euros, soit une hausse de 87 %. L'accélération du chiffre d'affaires repose sur la croissance à double ressort analysée précédemment : croissance organique et croissance externe. Entré dans une dynamique de croissance régulière, le groupe a doublé en 5 ans et entend continuer à investir dans le secteur soins et dépendance. Orpéa vise de son côté un chiffre d'affaires d'un milliard en 2011 sans nouvelles acquisitions. Résultat d'un travail échelonné sur ces cinq dernières années, le potentiel du parc du groupe représente près de 7000 lits actuellement en restructuration ou construction, dont la moitié à l'étranger. Le chiffre d'affaires réalisé à l'étranger devrait ainsi passer de 10 à 20 %. Si l'on soustrait également de ce chiffre global, les lits en établissements sanitaires (cliniques), cela nous ramène à une perspective de création de quelques 2000 nouveaux lits en France d'ici 2011, soit un rythme de création soutenu mais stable depuis quelques années. Ainsi, environ un quart de l'augmentation du chiffre d'affaires annoncée serait « imputable » au secteur français de la prise en charge de la dépendance. En 2007, le chiffre d'affaires, l'EBITDAR, le résultat courant et le résultat net d'Orpéa ont progressé à hauteur de 30 % pour se situer respectivement à 544,6 millions, 134,3 millions, 72,4 et 41,2 millions d'euros. Le groupe Korian a également annoncé en 2007 qu'il souhaitait atteindre le milliard de CA en 2011. Une croissance notamment soutenue par l'augmentation de 10,6 % des ventes du groupe et une croissance organique de 6,1 %.

Le chiffre d'affaires hébergement, principale source de marge des EHPAD à vocation commerciale

Si l'on décompose le chiffre d'affaires et la création de valeur, on constate une progression mécanique des revenus soins et dépendance, ainsi que des coûts associés. De fait ces deux variables ne génèrent pas (ou très peu) de marge pour les opérateurs du secteur. Le chiffre d'affaires « hébergement » constitue donc bien la clé de voûte de la rentabilité économique des EHPAD tous types confondus. Nous l'avons vu, la qualité moyenne des établissements commerciaux (immobilier et prestations), ainsi que leur positionnement dans des zones géographiques à fort potentiel, permettent aux opérateurs commerciaux de revaloriser leur grille tarifaire d'hébergement au-delà de l'indexation arrêtée par le ministère (pour rappel, les établissements ne peuvent augmenter les tarifs appliqués aux résidents en place au-delà de l'indexation fixée à 2,2 % au 1^{er} janvier 2008).

La hausse moyenne annuelle du tarif hébergement est ainsi comprise entre 4 et 5 % depuis 2004¹, alors que les tarifs à l'entrée pour de nouveaux résidents peuvent être supérieurs de 8 % à ceux pratiqués pour les résidents hébergés². Les caractéristiques de la population âgée résidente alimentent ce phénomène dans lequel le turnover est in fine un facteur d'augmentation des revenus, du moins dans les premières années puisqu'il arrive toujours un moment où l'augmentation des tarifs se trouve plafonnée pour des raisons de solvabilité et de marché. Sur un montant de 70 euros TTC par jour soit environ 70 % du prix total d'un hébergement en institution, la marge de manœuvre additionnelle ainsi générée peut être conséquente.

Cette hausse tarifaire s'inscrit notamment avec la politique de rachats de structures existantes appliquant des tarifs inférieurs. Une fois rachetés, ces établissements sont restructurés, médicalisés et agrandis. Ces investissements s'accompagnent (autant qu'ils entraînent) d'une hausse des tarifs pratiqués – et donc potentiellement des marges (indirectement et partiellement) – jusqu'à atteindre le seuil critique de solvabilité de la demande.

On constate donc logiquement que ce sont les établissements moyens (chiffre d'affaires compris entre 1,5 et 2,5 M d'euros) qui concentrent l'essentiel des extensions d'activités avec un chiffre d'affaires qui a progressé de plus de 10 % sur la période 2001-2007. Ces structures se sont montrées plus dynamiques que les grands établissements et surtout les petites unités de vie qui n'ont en général pas vocation à grandir au-delà d'une certaine taille et ne constituent généralement pas des cibles de rachat. Il en est de même pour les grands

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique 2007, cabinet Candestic

2 Source : étude Eurostaf sur le secteur de la dépendance des personnes âgées.

établissements qui, en dépit de la généralisation de l'organisation en unités de vie de 20 places, ne peuvent grandir au-delà d'une certaine limite sans mettre en péril le bon fonctionnement économique et surtout social de l'établissement. Les EHPAD de taille moyenne peuvent en revanche devenir de futurs grands.

Enfin, dernier élément déterminant de leur rentabilité économique, la mise en place d'une politique de gestion optimisée des taux d'occupation. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : la pénurie récurrente d'offre malgré la montée en puissance des PRIAC ; la bonne adéquation de l'offre des acteurs commerciaux avec la demande (attractivité des actifs, médicalisation et diversification des prestations) ; enfin, la mise en place de processus de gestion informatisés et centralisés notamment au sein des grands groupes commerciaux. Optimiser les taux d'occupation tout en étendant ses capacités, tel est l'équilibre que se doivent de respecter les groupes du secteur qui affichent des taux d'occupation de l'ordre de 95 %. Cette tâche demeure délicate, le remplissage d'une maison de retraite pouvant s'étaler sur 2 ans, tandis qu'un établissement en phase de travaux peut se voir durablement amputer d'une partie de ses capacités d'accueil, d'où l'intérêt de s'insérer dans les filières de soins et réseaux gériatriques des territoires de santé, voire de diversifier son portefeuille d'activités.

La réforme du conventionnement tripartite : des financements liés à la dépendance dont ont profité l'ensemble des acteurs

La proportion de personnes âgées de 85 ans et plus est plus importante dans les maisons de retraite du secteur lucratif compte tenu d'un GMP (niveau de dépendance des résidents) plus élevé. La part des résidents en GIR 1-2 dans les maisons de retraite privées à but non lucratif est de 41 % contre 54 % pour les maisons de retraite privées à but lucratif. La part des personnes atteintes de détérioration intellectuelle est quant à elle égale à 16 % dans les maisons de retraite privées à but non lucratif et de 39 % pour les maisons de retraite à but lucratif. Celles-ci sont médicalisées à hauteur de 54 % de leurs capacités d'accueil, soit une moyenne supérieure aux maisons de retraite du secteur privé à but non lucratif. Les EHPAD commerciaux se voient ainsi octroyer des financements publics en adéquation avec le niveau de dépendance de leurs établissements. La canicule de 2003 a mis en exergue le manque de moyens et d'équipement des maisons de retraite même si dans ces domaines les EHPAD à vocation commerciale sont, nous l'avons vu, plutôt mieux dotés que leurs homologues publics ou associatifs. Le lancement du plan « Vieillesse et Solidarité », relayé par le Plan « Solidarité Grand Age », conjugué à la montée en charge des conventionnements tripartites de 2^e génération, a ainsi permis aux établissements d'accroître et diversifier (accueil de jour, unités de soins spécialisées) leurs capacités d'accueil pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les financements adéquats débloqués, les EHPAD privés ont pu plus aisément démultiplier leurs investissements (travaux d'extension, réhabilitation, restructuration... pour médicaliser les établissements) à partir de 2005. Cette tendance devrait se prolonger. Les EHPAD privés ont également pu procéder à l'embauche de personnel soignant dans le cadre du conventionnement tripartite (tendre vers un ratio de 1 personnel par lit contre 0,5 aujourd'hui).

Une exploitation rigoureuse et efficace qui permet de maîtriser les coûts...

Les opérateurs privés commerciaux sont tout à fait performants sur leur cœur de métier, ayant développé des modèles de gestion d'établissements « standard » opérationnels. Les synergies entre opérateurs dans le cadre du mouvement de regroupement/concentration, peuvent d'ailleurs être source d'améliorations opérationnelles. Le potentiel de création de valeur dépend de la gestion des prix, des coûts, du taux d'occupation, et du portefeuille. En matière de coûts, les efforts ont porté ces dernières années sur l'optimisation des frais de personnel (50 % des postes de charges) grâce notamment à une amélioration de la gestion des plannings et une mutualisation/centralisation de la gestion des tâches administratives. Comme dans tout autre secteur, il est possible pour une entreprise élargie de réduire les coûts, qu'il s'agisse du cœur de métier, des fonctions support (vente, achat, finances, audit, RH) ou du siège, sous réserve d'éviter le risque d'un développement hypertrophié du siège (donc des frais de structures). Ainsi, la mise en place d'une politique de centralisation des achats au sein de

la plupart des établissements, qu'ils soient indépendants (GIE) ou filialisés (groupes) leur permet de réduire leurs coûts. Les économies significatives ne se font pas exclusivement par le biais du seul regroupement des achats, mais également grâce à la mise en place d'un meilleur modèle opérationnel dans l'ensemble des établissements et d'un pouvoir de négociation accru à mesure que les volumes augmentent.

Cette politique de centralisation des achats s'accompagne en parallèle d'une réflexion sur un recours accru à l'externalisation de fonctions jugées peu stratégiques. Néanmoins les effets bénéfiques de ces pratiques sur le poste achat et autres charges externes sont aujourd'hui amoindris par la progression structurelle (externalisation des murs) et cyclique des loyers externes (révision conséquente de l'indice ICC sur lequel sont indexés les loyers). Les achats et charges externes sont ainsi restés orientés à la hausse en 2005 et 2006, bien que sur un rythme moindre que celui de progression du chiffre d'affaires. En conclusion, l'allègement du poids des achats et charges externes combiné à la progression du chiffre d'affaires se traduit par une croissance continue du taux de valeur ajoutée entre 2001 et 2006, soit une progression de 6 points (58 % à 63 % de la valeur ajoutée sur le chiffre d'affaires).

... sans pour autant faire disparaître les pressions inflationnistes sur les marges

Certes le taux de marge économique brute a progressé de 0,1 point en 2006 à 11,2 % du chiffre d'affaires. Mais ramené à la valeur ajoutée, ce ratio n'a cessé de se dégrader depuis 2001. Entre 2001 et 2006, l'EBE s'est ainsi dégradé passant de 20,7 % de la valeur ajoutée à 17,8 %. Les principaux facteurs de pression sur les marges sont de trois ordres. La problématique porte tout d'abord sur le coût de l'immobilier et du foncier, soit, en 10 ans, une hausse de 38 % du coût de construction et/ou d'investissement sur actif existant¹ (à mettre en perspective avec une hausse d'environ 13 % du niveau de retraite et de 30 % des tarifs affichés). Or, ces investissements sont nécessaires au regard de la réglementation avec la production, sur un rythme annuel, de nouvelles normes de sécurité (hygiène alimentaire, ratio de 50 m² au lit...). Les coûts de fonctionnement des établissements ne sont par ailleurs pas épargnés, qu'il s'agisse de l'énergie, l'alimentation, ou la masse salariale. En situation de pénurie de ressources humaines sur les métiers du médico-social, pour attirer et fidéliser le personnel qualifié alors même que les conditions de travail sont jugées difficiles, les structures – qu'importe ici leur secteur d'appartenance – doivent proposer des politiques salariales attrayantes pesant directement sur les frais de personnel. Ces derniers ont augmentés de 9,5 % en 2005 et 8,7 % en 2006 soit une hausse plus rapide que celle du chiffre d'affaires. Ainsi, toujours entre 2001 et 2006, le coefficient de rendement du travail salarié a diminué de 0,7 point passant à 1,29 euro créé pour 1 euro de salaire versé en 2006. A cela s'ajoutent les difficultés relatives au financement d'investissements lourds et la hausse des taux d'intérêt.

1 Entretiens avec Mr Marian, président d'Orpéa et Mr Reboulleau du groupe Résidéal.

Différents leviers de financements pour soutenir une politique de croissance

Après avoir affiché une croissance record en 2005 (22 %), les immobilisations corporelles nettes des établissements ont augmenté de 13 % en 2006. Pour financer ces dernières, les grands groupes commerciaux mixent des stratégies de financement par le haut (cotation, entrée d'un nouvel actionnaire, LBO) et par le bas de bilan, soit l'endettement (obtention d'un prêt de 150 millions d'euros par Korian en 2007). A un certain stade de développement, le recours à des ressources en fonds propres se généralise donc, ce qui a l'avantage de diversifier les risques et alléger le poids de la dette. Parmi les groupes les plus dynamiques, qui sont également ceux ayant un chiffre d'affaires supérieur à 100 M d'euros, soit Medica, Domus Vi, Korian, Dolcea et Orpea, trois (Medica, DomusVi et Korian) sont soutenus par des fonds d'investissement, et deux sont cotés (c'est le cas également du groupe Noble Age)¹.

Concernant le taux d'endettement, après trois années consécutives de baisse sensible, le taux d'endettement du panel Xerfi s'est quasiment stabilisé entre 2004-2006 à un peu plus de 75 % des capitaux propres. Parallèlement, la capacité de remboursement n'a cessé de croître. En 2006, 2,4 années de CAF étaient nécessaires au remboursement des dettes financières contre 3,5 années en 2001. Ceci s'explique par des conditions d'emprunt très favorables, la généralisation des opérations de cession de l'immobilier et des politiques d'investissement contenues qui ont permis aux EHPAD privés de stabiliser leur dette financière entre 2001 et 2004. Néanmoins la situation a évolué depuis 2004-2005. La hausse brutale des investissements, la remontée des taux d'intérêt depuis 2006 et les incertitudes consécutives à la crise des subprimes pourraient ainsi entraver la bonne marche des opérateurs du secteur pour 2009-2010 et ce d'autant qu'ils sont dynamiques. Ainsi, si l'on considère plus spécifiquement les 3 groupes Noble Age, Korian et Orpea, le ratio d'endettement progresse dans l'ensemble de 10 points avec une baisse parallèle du même ordre de l'autonomie financière. Il s'agit là d'une résultante de leur stratégie de développement.

A noter également, que l'activité d'exploitation des EHPAD n'est pas – ou très peu – sujette à des imprévus en termes de recouvrement. Elle dégage par nature des ressources en fonds de roulement. Ces ressources proviennent essentiellement des dépôts de garantie versés par les personnes âgées à leur entrée (soit en moyenne 2000 euros par résident) et de la généralisation des pratiques de règlement par prélèvement mensuel. Le lancement dès 2004 de programmes de financement importants a néanmoins pesé sur le besoin en fonds de roulement des établissements. Par ailleurs l'habilitation partielle croissante des établissements à but lucratif peut expliquer également une partie de l'érosion des ressources en fonds de roulement de leurs EHPAD (retards de paiement fréquents des CG). Entre 2001 et 2006, les ressources en fonds de roulement du panel Xerfi se sont réduites de près de 12 jours tombant à 21,4 jours de chiffre d'affaires (les dettes des fournisseurs représentent le principal poste en BFR).

Au-delà de l'endettement, le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est devenu depuis peu un centre d'intérêt pour les acteurs du secteur de la prise en charge de la dépendance que sont les investisseurs institutionnels comme les banques, les mutuelles ou les compagnies d'assurance, qui y voient un moyen de promouvoir et développer leur offre sur un marché de la prévoyance promis à un bel avenir. Le secteur s'apparente également à une valeur sûre pour les marchés boursiers. Ceci explique que les groupes commerciaux ont considérablement accru leurs capacités de financement de haut de bilan (capitaux propres). Générale Santé est le premier groupe à avoir été introduit sur le marché Euronext d'Euronext Paris en 2001, suivi en 2002 par Orpea, puis des Groupes Noble Age et Korian en 2006. La cotation et le recours aux marchés financiers constitue ainsi un puissant levier, tout en impliquant des contraintes en matière notamment d'information et communication (publication normée et régulière des comptes et rapports d'activités), et de rentabilité (poids de la dette sur le bilan). Autre levier, l'entrée de fonds d'investissement avec néanmoins le risque que cela fait peser en terme de retour sur

1 A noter que les autres groupes du Top 15 des opérateurs privés de maisons de retraite, sont des propriétés familiales aux taux de croissance plus modestes.

investissement dans le cadre le plus souvent d'un business plan sur 5 ans (notamment dans le cadre d'un LBO), ce qui pose clairement la question de la pérennité d'investissements dont l'amortissement est traditionnellement évalué par les opérateurs à horizon de 15-20 ans... Aujourd'hui, seul le groupe Medica France est concerné pour une part significative de son capital. Le groupe a été cédé par Bridgepoint Capital à un consortium composé des fonds d'investissement BC Partners et Axa Private Equity dans le cadre d'un LMBO en 2006. Ce sont davantage des fonds d'investissement « institutionnels » qui investissent le secteur, qui obéissent davantage à une logique de synergies que les services aux personnes âgées entretiennent avec les métiers de la banque et de l'assurance qui ont une offre prévoyance à évaluer et promouvoir. Korian a pour actionnaire de référence le bancassureur et spécialiste de l'assurance-vie Predica (27 % du capital), filiale du groupe Crédit Agricole, ainsi qu'ACM, la branche Assurance Vie du Crédit Mutuel, qui a franchi en 2008 le seuil de détention de 10 % du capital et des droits de vote de Korian à la suite d'une acquisition d'actions hors marché. DomusVi a de son côté ouvert son capital à la Caisse nationale des Caisses d'Epargne (17 %) et au Groupe Macif (17 %) en 2007.

Des stratégies immobilières divergentes, mais souvent mixtes

Enfin, les stratégies immobilières sont également intrinsèquement liées au financement des activités de développement des EHPAD. En matière d'exploitation, avec un impact direct sur les comptes, l'arbitrage principal se fait entre la location (loyer) d'une part et la conservation des murs d'autre part. Le choix de la cession des murs ou la simple location, se fera sur plusieurs critères : tout d'abord, l'anticipation de la hausse des taux d'intérêt avec un impact sur les charges immobilières plus fort que la hausse des loyers ; ensuite l'évolution favorable ou non du marché de l'immobilier de santé ; enfin, la possibilité d'entrer dans un véritable partenariat avec un tiers bailleur. L'opérateur peut également souhaiter s'affirmer et se présenter comme un prestataire de services, et donc se désengager de ce qui ne constitue pas son cœur de métier, dont la gestion des murs. La conservation des murs et le crédit bail sont à l'inverse déterminés par une hausse des loyers escomptée plus forte que celle des taux d'intérêt, l'évolution favorable de la valorisation des actifs par rapport au poids de la dette, ainsi que l'impossibilité d'une cession dans des conditions acceptables, les opérateurs étant en effet très réticents à perdre totalement la maîtrise de l'immobilier ce qui rendrait difficile des modifications ou extensions à terme. Le groupe Korian privilégie ainsi deux partenaires immobiliers de long terme avec la Foncière des Murs (dont est actionnaire Batipart, actionnaire également de Korian) et Cofinimmo¹. Ce dernier a acquis les murs de 40 établissements Korian, dont 19 en 2008. Dans ce cadre, Cofinimmo a garanti à Korian une enveloppe d'investissements de 75 millions d'euros destinée à financer les extensions que le groupe souhaiterait mettre en œuvre sur les immeubles détenus par la foncière.

Ces choix ne sont bien évidemment pas anodins en termes financiers. La conservation des murs s'accompagne en général d'un endettement de long terme conséquent, surtout pour les petits groupes qui n'ont pas recours au marché financier ou n'ont pas encore ouvert leur capital. Néanmoins, le marché de l'immobilier de santé continue d'évoluer favorablement. Il est porteur, offre une bonne visibilité et est peu exposé au risque de retournement (actif peu cyclique). Ces opérateurs peuvent donc continuer à s'endetter grâce à la valorisation de leur immobilier, même si la crise immobilière consécutive à la crise des subprimes a montré les limites d'un tel modèle. Ainsi, Orpéa a choisi de rester en possession des murs de 40 % de ses établissements. Fin 2007, le patrimoine d'Orpéa était composé de 103 immeubles dont 41 détenus partiellement. Au global, l'immobilier représente 1,2 milliard d'euros, dont 350 millions d'euros de stock. Même pourcentage pour DomusVi malgré l'externalisation de 9 immeubles en 2006 à la Foncière Sagesse Retraite. Outil plus « traditionnel », le crédit bail permet quant à lui d'optimiser le financement grâce à des engagements longs (12 ans en général) et un fonctionnement identique aux loyers classiques avec néanmoins la possibilité de devenir propriétaire du bien à l'expiration du contrat. Ainsi, dans le cas d'une cession bail, et afin de répondre aux exigences de qualité dans l'exercice de son activité, Orpéa assure lui-même la maîtrise d'œuvre de ses sites d'exploitation.

1 Cofinimmo est particulièrement présent dans le secteur de la santé et de la dépendance, qui représente 19% (618 millions d'euros) de son portefeuille de biens immobiliers.

Reste possible la cession pure et simple des murs. Celle-ci permet de dégager des ressources financières nécessaires à la réalisation de projets de croissance ou un recentrage sur le cœur de métier. La généralisation des opérations de cession de l'immobilier était particulièrement visible entre 2001 et 2005 avec des dotations aux amortissements qui n'ont cessées de baisser. Les groupes Noble Age et Korian ont tous deux opté pour cette alternative mais avec des modalités différentes. Ne souhaitant pas supporter financièrement les investissements requis (terrains, murs, travaux, mobilier), le groupe Noble Age procède à une externalisation systématique de ses murs en LMP essentiellement (Loueur en Meublé Professionnel). Dans le cas d'un LMP, l'actif immobilier est cédé à plusieurs investisseurs qui font l'acquisition de lots correspondant chacun à une chambre meublée (matériel et mobilier relatif à l'hébergement compris) et des quotes-parts des parties communes. L'ensemble des investisseurs forment une copropriété, chacun contractant individuellement un bail commercial avec la société d'exploitation. On retrouve ici la logique classique des placements immobiliers qui entrent par ailleurs dans le cadre de la défiscalisation. De même, la stratégie de Korian n'est pas de détenir sur le long terme les murs qu'il exploite. Le groupe a ainsi réalisé en 2008 la cession des murs de 19 établissements supplémentaires au groupe immobilier belge Cofinimmo. La transaction lui permet de sécuriser, dans un environnement immobilier incertain, la cession d'un portefeuille d'immeubles d'une valeur de 144,4 millions d'euros à un taux de rendement de 6,3 %. Le montant initial des loyers sera de 9,1 millions d'euros. Ses immeubles sont ainsi loués auprès de tiers bailleurs pour environ 85 % d'entre eux. De même, 65 % des établissements exploités par Medica France le sont en vertu de baux commerciaux. Il s'agit notamment du résultat d'une stratégie de croissance externe consistant à ne pas racheter le foncier des structures intégrées.

Une forte capacité à répondre aux enjeux du marché avec plusieurs axes de développement

La capacité des acteurs du secteur lucratif à répondre aux enjeux du marché tient tout d'abord à leur rentabilité (rationalisation de gestion, tarification, optimisation) qui leur permet d'investir dans de nouveaux établissements ou la modernisation de ceux existants pour être en meilleure adéquation avec les exigences de qualité des tutelles et des résidents.

Une stratégie d'internationalisation récente, mais prometteuse, ouvrant la voie à l'expansion européenne

Dès lors qu'un groupe atteint une taille raisonnable dans leur pays d'origine se pose la question d'une éventuelle concentration européenne. Bien que les synergies apparaissent limitées dans l'immédiat, le transfert d'importantes populations (retraites au sud de l'Europe), le vieillissement des populations expatriées dans leur pays d'adoption, mais qui souhaitent rester dans leur communauté d'origine, et l'attente d'une harmonisation des législations justifient de se positionner à l'échelle européenne. Dans les zones linguistiques de pays contigus, ce positionnement est d'autant plus justifié. Le transfert de expériences est également mentionné comme la synergie la plus évidente à ce type de développement (architecture, mobilier...). Les synergies de coûts sont en revanche limitées du fait de la part prépondérante de la masse salariale. Reste que ce n'est que très récemment que la situation a changé et, comme dans le segment des hôpitaux ou des cliniques, on assiste désormais à un engouement croissant des principaux opérateurs européens pour les opérations transfrontalières. Quatre pays acquéreurs principaux se profilent : les pays nordiques qui se sont rapprochés entre eux. L'Allemagne qui s'étend dans les pays germaniques et tout récemment en Espagne où l'on trouve une importante communauté germanophones (150 à 300 000 personnes). L'Angleterre s'intéresse quant à elle à l'Irlande, mais également à l'Espagne avec la forte présence de Bupa, l'un des principaux opérateurs locaux. Enfin les opérateurs français, à l'étroit dans l'hexagone, trouvent parfois plus facile de se développer dans les pays latins. Korian a annoncé en 2007 l'acquisition de 97 % de Segesta (80 M d'euros pour un chiffre d'affaires de 44M et 1015 lits), ce qui lui

donne une plate forme de croissance en Italie, pays qui connaît un fort déficit structurel de lits (173 000 lits à créer selon le gouvernement). Il dispose par ailleurs d'une centaine de lits en Belgique. Deuxième opérateur étranger en Espagne avec 1504 lits, et classé parmi les dix premiers groupes du pays après l'acquisition de Grupo Care en 2006, Orpéa constitue le plus international des groupes français avec également des lits en Italie (474) et en Belgique (170). Dans les pays européens où Orpéa est présent, l'objectif est d'atteindre une taille critique comprise entre 2 500 et 3000 lits. Medica France s'est également développé à l'étranger avec la prise de contrôle d'Aetas en Italie en 2005 (1062 lits). Emera s'est quant à lui concentré sur son segment haut de gamme avec le rachat de 220 lits en Suisse. Noble Age est quant à lui présent en Belgique. Enfin, des rumeurs d'acquisition en Italie et en Espagne, voire en Chine, persistent concernant respectivement Emera et Colisée Patrimoine. Néanmoins, s'il s'agit d'un relais de croissance pour les années à venir, il convient de nuancer ces chiffres. Les sept derniers groupes du Top 15 des opérateurs privés ne comptent aucune implantation à l'étranger. De même, à l'échelle européenne et a fortiori mondiale, les groupes français pèsent encore peu. Le premier groupe privé britannique Southern Cross Healthcare compte 35 000 lits, devant le groupe privé à but non lucratif Bupa Care Hommes (21 000 lits).

L'élargissement de l'offre sur le moyen séjour et l'aide à domicile : la recherche de synergies par la diversification

Sur le plan national, la diversification des grands groupes s'opère dans les secteurs du moyen séjour (cliniques SSR et psychiatriques) et, pour DomusVi, de l'aide à domicile (désengagement de Medidep en 2005). Ce sont tout d'abord la proximité des métiers et l'importance des synergies qui encouragent les opérateurs à se diversifier vers des activités connexes, au-delà de la seule gestion de structure d'hébergement. Ainsi, Orpéa a ouvert en 2008 une clinique SSR de 128 lits à Boulogne Billancourt (Hauts de Seine) et programmé l'ouverture en 2009 d'une clinique à Asnières (Hauts de Seine) et à Paris XIVème, et en 2010 une clinique à Meaux (Seine et Marne). Cette approche demeure néanmoins encore peu répandue, bien que l'ambition de « groupes exhaustifs » soit légitimée par les pouvoirs publics et autorités de tutelle avec le mouvement de développement, médicalisation et recomposition de l'offre sanitaire et médico-sociale en institution. Ainsi, la levée des contraintes en HAD, SSIAD et SAD (notamment l'assouplissement de la clause d'exclusivité) ouvre-t-elle la voie à la diversification. Parallèlement, nous avons vu que le maintien à domicile constituait désormais une priorité des pouvoirs publics en adéquation avec la demande des personnes âgées. L'élargissement de l'offre vers des métiers connexes à la gestion d'hébergement personnes dépendantes permet de fluidifier le parcours résidentiel de la personne âgée, qui peut constituer un futur résident, que se soit en amont lors de la consommation de services, ou en aval, à la sortie d'une hospitalisation par exemple. Les opérateurs peuvent ainsi logiquement s'inscrire dans les filières gériatriques locales existantes, mais également développer leur propre réseau aux différentes étapes de vieillesse, du service à la personne aux établissements sanitaires. Korian souhaite ainsi offrir au niveau local une gamme complète de services permettant de répondre aux divers besoins des personnes âgées dépendantes tant dans le domaine médico-social (MAD, EHPAD), que sanitaire (cliniques spécialisées dans la psychogériatrie, rééducation fonctionnelle, HAD...). De même, le groupe Colisée Patrimoine a décidé d'offrir son expertise dans la prise en charge des personnes âgées pour développer une large palette de services d'aide à domicile, visant notamment à terme les prestations médicalisées.

Cette stratégie de diversification n'est cependant pas sans risque, et nécessite des financements significatifs et des compétences spécifiques alors que le modèle économique diffère sensiblement avec des taux de marge éventuellement moindres. Deux obstacles majeurs à la diversification sont mis en avant par le secteur privé commercial : la condition d'activité exclusive (les dispositions du code du travail (article L 119-1) imposent aux services d'aide à domicile de se consacrer exclusivement à cette activité). Le but était d'éviter que n'importe qui puisse intervenir au domicile des particuliers, surtout lorsqu'ils sont considérés comme vulnérables. La législation a été assouplie sur ce point. Les établissements publics autonomes, les CCAS et les associations intermédiaires bénéficient d'ailleurs de dérogations en la matière. Second point de blocage, les obstacles opposés par les CRAM à l'intervention des opérateurs privés commerciaux, en dépit des circulaires de la CNAV.

Enfin, les opérateurs privés se montrent très proactifs sur la prise en charge des nouvelles pathologies, avec la création d'unités (voire d'établissements) dédiés à la prise en charge des malades d'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés constituent va constituer la principale cause d'entrée en institution. Là encore, le nombre de places reste insuffisant et les conditions d'accueil souvent inadéquates. Il convient aussi de mentionner le développement de l'accueil de jour et l'hébergement et celui de résidences pour personnes âgées peu ou pas dépendantes. Ces dernières représentent une alternative entre le logement foyer et l'EHPAD et offrent un environnement plus proche du domicile privé à des personnes fragiles. Elles permettent de reculer et peut être faciliter le transfert dans l'établissement spécialisé dans la prise en charge de la dépendance. Plusieurs groupes explorent actuellement ce segment dont les Parentèles qui gère 7 établissements situés en région parisienne et spécialisés dans l'accueil des malades d'Alzheimer, ou le Groupe Emera qui a signé en 2007 un accord exclusif avec Nexity pour le développement d'un nouveau concept regroupant d'un côté Résidence seniors services, de l'autre maison de retraite médicalisée. De même Medica France se positionne sur des résidences multiservices agréées AFAQ et adaptées techniquement à l'hébergement temporaire ou permanent, avec là encore des structures spécialement conçues pour les malades Alzheimer ou assimilées. Ces développements se font souvent en partenariat avec des promoteurs immobiliers. Kaufman & Broad a ainsi racheté un tiers du capital du groupe Seniors santé. En entrant sur le marché dépendance, le groupe immobilier veut développer un produit à forte valeur ajoutée sur un marché jugée à forte croissance (cap-geris.com 2007). De son côté Bouygues immobilier a créé la première structure spécifique à la construction de résidences services : l'activité Produits spécifiques de BI.

Le secteur privé non lucratif

Positionnement et part de marché du secteur privé non lucratif

Un privé non lucratif toujours prédominant au sein du secteur privé, mais qui perd des parts de marché

Au sein du secteur privé, les maisons de retraite sont encore gérées en majorité par des structures privées à but non lucratif. Celles-ci regroupent des établissements gérés par des congrégations, des associations régionales (AREP en Ile de France), des fondations (Fondation Caisse d'Épargne et Solidarité), des caisses de retraite et des mutuelles (Mutualité Sociale Agricole, Mutualité Française). Si l'on considère le secteur privé dans sa totalité (lucratif et non lucratif), ce dernier représente 41 % du nombre total d'établissements (soit 4334 établissements), sachant que les structures du privé non lucratif représentent à elles seules environ un quart du parc installé en termes de capacités d'hébergement et 29 % des établissements¹. On dénombre ainsi 3200 établissements ayant le statut d'associations à but non lucratif.

	Année de création	Nombre d'EHPAD	Nombre de lits	Chiffre d'affaires 2006	Tarifs	Couverture géographique	Taille moyenne (lits)
UNMPAPH		124	8830		40 à 70€/jour	nationale	70
FCES	1992	59		103,5 M€	Entre 50 et 60€/jour	nationale (Rhône Alpes, Languedoc Roussillon, Poitou Charente)	
AREPA	1964	25	4660		48 €/jour en province ; 69 €/jour à Paris (hormis résidences services)	nationale : essentiellement île de France	74
ERAFO-ARPAD	1966 (AREFA) - 1984 (ARPAD)	15	3822	50,5 M€	de 58,84€/jour à 84,04€/jour	multirégionale	71
ACPPA	1982	11	1265	45,4 M€	74€/jour à Paris . 52€/jour en province	présence régionale (Rhône, Paris, Montpellier)	85
Hospitalor	1972	26	2508	41,3 M€		multirégionale (Moselle, Alsace, Nord)	67
AFP	1950	16	1243	26 M€	49€/jour	présence multirégionale (Poitou Charentes, PACA, Limousin, Rhône Alpes, Auvergne, Aquitaine)	65
SMA - Les Sinoplies	1993	11		23,7 M€			

Les établissements du secteur privé à but non lucratif présentent une grande diversité d'offre. Ils représentent 30 % des capacités d'accueil des maisons de retraite, 27 % des foyers logements, 14 % des USLD et 70 % des services de maintien à domicile – à mettre en perspective avec les parts de marché du secteur privé lucratif qui sont respectivement de 20 %, 4 %, 0 % et 10 %. Au nombre de 2040 en 2003, soit un nombre de places installées équivalent à 127 100, les maisons de retraite privées à but non lucratif ont connu une croissance de 6 % entre

1 Source : DRESS - Etudes et résultats 2005

1996-2003. A contrario, les logements foyers à but non lucratif, au nombre de 810, soit 40500 places installées, ont connu une évolution négative : -7 % de 1996 à 2003. Ces évolutions se sont en partie autoalimentées par le fait qu'avec la réforme de 2002, nombre de foyers logements ont été convertis en Ehpad. On constate donc un relatif maintien de la volumétrie d'offre d'hébergement aux personnes âgées (dépendantes ou non) du secteur privé non lucratif, ce qui, face à la croissance du lucratif, se traduit par une perte de parts de marché en relatif.

En ce qui concerne l'offre médicalisée des établissements à but non lucratif, 29 % des maisons de retraite privée à but non lucratif sont signataires d'une convention tripartite. Avec 71 500 places installées médicalisées, les places médicalisées en maisons de retraite privées non lucratives représentent 56 % de la capacité totale. Le secteur privé non lucratif s'inscrit dans la même tendance générale de médicalisation de l'offre. Au-delà des enjeux de la réforme du conventionnement, cette médicalisation des activités du secteur privé non lucratif s'ancre généralement dans des traditions plus anciennes et/ou une stratégie de diversification de l'offre en réponse à des besoins qui évoluent également avec le temps. Pour illustration, au moment de sa création, la vocation première de l'AREPA, l'un des acteurs majeurs du secteur privé non lucratif, était la gestion de logements foyers pour personnes âgées. Rapidement confrontée au problème de dépendance, l'AREPA a été à l'origine de l'ouverture du premier EHPAD français (anciennement MAPAD) en 1981. Aujourd'hui, l'AREPA gère environ 25 EHPAD. Plus récente, la Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité a, quant à elle dès le départ, concentré ses activités sur les établissements médico-sociaux (à hauteur de 81 %), tandis que les établissements sanitaires représentent 15 % de son offre.

Le secteur associatif est souvent pionnier, à l'origine de solutions novatrices à travers un panel d'activités diversifiées

De manière générale, le secteur associatif est reconnu pour avoir une image de pionnier, d'éclaireur et d'expérimentateur dans différents domaines sanitaires et médico-sociaux. Ancré dans l'économie sociale et solidaire, le secteur privé non lucratif a tout d'abord cette caractéristique qu'il recoupe des secteurs d'activités divers. Dans le secteur du handicap par exemple, le secteur associatif représente 88 % des activités. En ce qui concerne les secteurs sociaux et médico-sociaux, ce sont plus de 56 % des capacités qui sont détenues par le privé non lucratif. La part de marché des associations dans le secteur des personnes âgées est également significative : 33 % des capacités d'accueil sur le médico-social et 14 % dans le secteur sanitaire (USLD) où la technicité et les capacités financières sont d'une tout autre nature. Enfin, bien que devant faire face à de nouveaux entrants (Leclerc, Assureurs...), le secteur non lucratif demeure en position dominante sur l'offre de services, segment porteur plus récent et encore relativement peu développés : ce sont ainsi près de deux tiers des Ssiad qui sont gérés par des organismes privés, majoritairement des associations à but non lucratif. La stratégie de diversification d'activités constitue par ailleurs, pour les grands acteurs privés non lucratifs, des relais de croissance en adéquation avec leur philosophie d'action. C'est notamment le cas de la Fondation Caisse d'Epargne qui héberge d'autres fondations et se diversifie à travers des partenariats avec la Fédération Hospitalière de France, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, ou encore le Crédit foncier de France. La Mutualité Française (UNMPAPH) est également à l'origine d'innovations intéressantes, restées cependant ponctuelles de type Villages Retraite ou Domiciles Services.

Ce secteur, d'ores et déjà le plus diversifié en terme d'activité, est également force de proposition en termes d'innovation, parce que proche du terrain et à l'écoute de besoins qui peuvent différer plus ou moins selon la localisation et la population adressée. Le secteur non lucratif est également moins fortement contraint par des enjeux de rentabilité, et moins structuré (pas de modélisation du bon mode de gestion « standard »). Exemple d'expériences innovantes, la mise en place d'un service de cyclopousse pour les déplacements quotidiens des personnes âgées lancé en 2007 par AREFO en partenariat avec la ville de Villeurbanne. Parmi les expériences qui reviennent plus couramment, on retrouve le fait de favoriser les échanges entre générations au sein des structures d'hébergement ou encore l'intégration de petites unités à d'autres services de nature différente (crèches, salles de quartier). Précurseur en la matière, le modèle d'organisation sous forme de petites unités de vie à dimension humaine s'est largement diffusé auprès de l'ensemble des acteurs. La dépendance psychique liée à la maladie

d'Alzheimer est également un enjeu perçu par le secteur associatif. Confrontée à la dépendance psychique au sein de ses établissements, l'AREPA a notamment ouvert en 1991 un premier CANTOU, unité de vie pour personnes désorientées, politique poursuivie à ce jour avec la multiplication des unités de vie CANTOU au sein de ses établissements. Sur 66 EHPAD du groupe, 18 possèdent des CANTOU. L'association a par ailleurs créée en 2004 un établissement spécialisé pour l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. De même, l'une des résidences Arpage de l'ARPAD possède une unité spécifique Alzheimer, tandis qu'au sein de ses futurs établissements, des unités spécifiques « personnes désorientées » seront systématiquement créées afin d'accueillir des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. Ce projet passe par le développement d'une offre novatrice dans l'EHPAD de Juvisy. Au second semestre 2008, ce dernier proposera un accueil de jour spécifique et séquentiel dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'hébergement temporaire, longtemps délaissé du fait de difficultés de fonctionnement propres, est un mode d'hébergement sur lequel les associations sont demeurées présentes. L'AREFO-ARPAD a développé une offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au sein de ses EHPAD, permettant ainsi de créer des passerelles entre le domicile et l'hébergement. De même, nombre d'établissements de la Mutualité Française maintiennent un certain nombre de lits en hébergement temporaire dans le cadre d'une politique d'aide aux aidants. Pour être en mesure d'anticiper et de satisfaire des demandes multiples, la Fondation Caisse d'Epargné affiche quant à elle une réelle volonté de diversifier les modalités d'accueil au sein de ses résidences, en proposant notamment un accueil de jour pour des personnes souffrant de troubles de type Alzheimer, des séjours de courte durée pour pouvoir se remettre doucement d'une hospitalisation ou encore un accueil de répit de manière à soulager momentanément les familles... Ces acteurs nationaux au portefeuille d'activités diversifié se situent dans une logique de prévention, avec également un positionnement sur le maintien à domicile, fer de lance d'une multitude d'association de petite taille.

Le secteur privé non lucratif, un acteur de l'économie sociale et solidaire qui place en son cœur les besoins des usagers et le souci de la qualité

Les états généraux de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (FNADES) ont été l'occasion pour les 450 directeurs d'établissement présents de réaffirmer « la dimension humaniste de l'action sociale ». Considérant que les personnes les plus fragilisées ont besoin d'un suivi médical de qualité et d'un accompagnement adapté, la médicalisation des établissements, la qualité de l'accueil et de l'animation ont été énoncées comme constituant trois priorités d'action. Exception faite des acteurs traditionnels du secteur philanthropique (congrégations) et des mono établissements associatifs, les opérateurs du secteur privé à but non lucratif se sont fortement professionnalisés ces dernières années, même si des progrès demeurent à accomplir. Majoritairement positionnés sur l'habilitation à l'aide sociale, le rapport qualité/prix de leur offre la rend davantage accessible. Avec un taux de certification aux normes de qualité (certification NF Service, AFNOR...) s'élevant à 76 %, ces établissements déploient des moyens importants pour améliorer les soins et les prestations, bien qu'il demeure encore de grandes disparités, notamment dans le cas de mono établissements associatifs qui connaissent pour certains d'importantes difficultés financières et de gestion.

L'offre du secteur privé non lucratif s'inscrit par ailleurs dans une culture de proximité, du fait même de la structuration du secteur. L'inscription dans la réalité d'un territoire constitue une approche conjointe aux associations locales – nature intrinsèque des structures – et des associations et fédérations nationales qui sont majoritairement organisées de façon décentralisée (exemple de la Mutualité Française). Les implantations de la Mutualité Française, premier acteur du secteur privé à but non lucratif avec près de 11 500 lits, sont géographiquement diversifiées (Bretagne, Ardèche, Côte d'Or...), mais disparates (pour des raisons souvent historiques) avec une présence forte dans les espaces périurbains et les villes moyennes, et un principe de maillage territorial pour satisfaire aux besoins de proximité de ces quelques 38 millions d'adhérents. Dans le cas d'un fonctionnement centralisé (FCES), l'objectif visé demeure le maillage du territoire et l'intégration dans l'économie locale par le soutien d'initiatives et/ou acteurs présents, ou la création en cas de non réponse par rapport à un

besoin. Sa dispersion est néanmoins également un point de fragilité, avec des questions prégnantes sur la taille critique et donc de pérennité des établissements – sachant que le seuil de rentabilité se situe entre 60 et 70 lits. L'arbitrage est souvent à opérer entre taille critique d'une part, proximité et maillage du territoire (donc petites unités) d'autre part.

Cet enjeu rejoint celui de la localisation. Pour pallier le déficit d'offre en milieu rural, les principaux acteurs présents, essentiellement des acteurs publics de type CCAS ou des acteurs du secteur associatif ou mutualiste, privilégient les petites unités de vie. La MSA (Mutualité Sociale Agricole) a par exemple développé le concept des MARPA (Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées), petites unités intégrées dans un bourg dont la vocation est de proposer un habitat regroupé à des PA souvent isolées et les commodités attenantes (services, centre ville...). L'enjeu est également de lutter contre l'isolement social qui tend à provoquer ou aggraver la tendance à la dépendance physique (malnutrition...). Si les personnes âgées vivant en milieu rural sont moins enclines à entrer en établissement, la solidarité intergénérationnelle ou entre résidents du bourg joue également davantage. Cause et conséquence, les conseils généraux « ruraux » priorisent les services de maintien à domicile pour satisfaire aux besoins exprimés. Ce sont bien souvent encore les associations essentiellement locales que l'on retrouve sur ce créneau. A l'exception de quelques gros acteurs nationaux bien identifiés, dont principalement les Mutualités et Fondations, le secteur privé non lucratif apparaît donc comme particulièrement disparate, intégrant pléthore de petits acteurs. Compte tenu de leur « historique » décentralisé, même les réseaux mutualistes tels que l'UNMPAPH sont diversifiés et hétérogènes avec un poids du local très fort. L'UNMPAPH fédère 70 groupements mutualistes gestionnaires d'établissements et de services pour personnes âgées, ainsi que 31 groupements non-gestionnaires de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes. Dans ce cadre, l'initiative est laissée au local, hier les unions départementales, demain les unions régionales. Ce contexte d'éparpillement de microstructures non lucratives ouvre la voie à des rachats (stratégie de la Fondation Caisse d'Épargne qui privilégie les reprises aux créations).

Modèle économique : un objectif d'équilibre des finances

Le secteur privé non lucratif obéit à un mode de gestion privé. Les établissements définissent librement leur organisation interne et leurs salariés relèvent du droit privé. Cette formule leur confère une autonomie et une souplesse appréciable, mais elle a pour contrepartie la nécessité de présenter un bilan en équilibre. Une exigence qui oblige à une gestion rigoureuse pour que ne soit pas remis en cause le principe de l'accès aux soins pour tous. Majoritairement habilités à l'aide sociale, ces établissements proposent des tarifs conventionnés pour accueillir des personnes âgées à faible niveau de ressources, et sont souvent dans l'obligation de réinvestir les éventuels excédents – si tant est qu'ils existent – dans l'établissement. La plupart des structures associatives proposent donc des tarifs d'entrée de gamme. Reconnue d'utilité publique en 2001, la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, a ainsi pour mission d'accompagner des personnes fragilisées par le grand âge, le handicap ou la maladie. Ces personnes peuvent, quelles que soient leurs ressources, être prises en charge par un service ou un établissement de la Fondation. La question de la rentabilité – ou du moins l'équilibre – est donc un enjeu clé et force est de constater que le secteur associatif demeure à ce jour peu rentable, d'autant qu'il s'est développé sur des activités moins rémunératrices tels les services à la personne, les petites unités de vie ou encore l'hébergement temporaire, sans toutefois, nous l'avons vu, ni industrialiser les modèles, ni atteindre la taille critique nécessaire aux synergies et économies d'échelle. Ainsi, malgré une progression de 58 % de son chiffre d'affaires entre 2004 et 2005 suite à la densification de son réseau d'établissements, la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité reste déficitaire avec un déficit de 131 K€ en 2005 pour un chiffre d'affaires de 186,7 millions. Plus globalement, le taux de marge brute d'exploitation des associations tend à chuter (1,8 point pour l'ACPPA) du fait notamment de la hausse de postes salaires et frais de personnel, suite aux embauches complémentaires induite par la signature de conventions tripartites. Ces acteurs sont confrontés aux mêmes tensions inflationnistes sur les coûts que les acteurs commerciaux décrites précédemment.

Analyse stratégique : une évolution contrainte vers a minima davantage de coordination

En termes de développement, il s'agit d'analyser deux axes que constituent d'une part la diversification, d'autre part la concentration. Concernant les stratégies de diversification, elles répondent tout d'abord à un principe d'action (la prise en charge de la personne âgée dans son intégralité, du domicile à l'établissement), ainsi qu'à une demande de plus en plus forte des pouvoirs publics (schémas gérontologiques, PRIAC). L'AREPA souhaite ainsi passer du statut d'hébergeur à celui d'« accompagnateur de vie en direction du grand âge ». Ses 66 établissements doivent devenir des plateformes de services, d'information, de formation, et plus globalement de sensibilisation à l'évolution de la longévité. Il demeure néanmoins un certain nombre d'obstacles à une implication plus forte des opérateurs gestionnaires d'établissements dans les services à domicile et dans les services intermédiaires. En effet, il ne faut pas méconnaître les différences de culture, d'approche gestionnaire, de pratique des relations avec les financeurs et tutelles ou tout simplement l'absence de volonté individuelle de diversification, quand bien même celle-ci serait reconnue, on l'a dit, par l'ensemble des fédérations.

Pour ce qui est des dynamiques de concentration sur le secteur non lucratif, nous avons relativement peu d'éléments. Celles-ci doivent donc être analysées au vu de la dispersion initiale des acteurs, ainsi que des leviers existants et de l'existence (ou non) d'acteurs qui auraient les moyens de ces politiques. L'AREFO-ARPAD poursuit son développement sur une stratégie de croissance interne et externe ciblée avec la création ou la reprise de gestion de 2 à 3 établissements chaque année. Concernant l'UNMPAPH (Mutualité Française), ses orientations stratégiques demeurent à ce jour ouvertes, qu'il s'agisse de créations ou de reprises, bien que l'on observe des reprises localisées, (reprise des murs ou de la seule gestion). La Fondation Caisses d'Epargne est certainement aujourd'hui la plus active en la matière, qui représente un réseau de 82 établissements et services de maintien à domicile répartis sur tout le territoire. Les évolutions observées sur les activités de services à domicile, assurées principalement par des associations de taille très variable, nous offrent par ailleurs une grille de lecture pertinente. Elles mettent en exergue les trois dynamiques existantes : une dynamique d'autonomie qui demeure (les associations revendiquent une autonomie de leur politique de développement) ; une dynamique de réseau avec un regroupement des structures dans un cadre fédératif (cas notamment de Mutuelles de taille moyenne telle Harmonie Mutualité ou Euromut) ; enfin, une dynamique d'intégration qui arrive bien souvent en dernier lieu comme une solution à la disparition (l'instance fédérale devenant le niveau de gestion, de décision et de discussion avec les collectivités et les financeurs qui préfèrent avoir affaire à un nombre d'interlocuteurs limité). On ne peut en effet oublier les phénomènes de concurrence qui existent et concernent d'ailleurs davantage les associations entre elles, que les groupes privés commerciaux qui n'ont pas le même positionnement ou les CCAS qui restent encore largement focalisés sur les activités de gestion d'établissements, et limitent leurs interventions aux seuls résidents d'une commune, sans chercher à se développer au-delà de leur champ d'action. La concurrence est largement modulée pour les acteurs locaux par la sectorisation géographique des interventions ou la spécialisation des publics.

Un autre enjeu pour ces acteurs réside dans la coordination de leur offre. A titre illustratif, tous les établissements gérés par l'AREFO et l'ARPAD ont intégré sur leur lieu géographique un réseau gérontologique, ce qui permet aux établissements de s'inscrire dans une démarche de qualité et d'innovation et favorise la création de passerelles entre structures sanitaires, sociales et médico-sociales. La coordination des interventions permet par ailleurs d'optimiser le coût de la prise en charge, ce qui constitue un enjeu fondamental pour le secteur non lucratif. Les acteurs du privé non lucratif peuvent également renforcer leur positionnement vis-à-vis des acteurs publics. Dans le cadre de la politique « Mieux Vieillir », la CNAV et la MSA ont ainsi signé une convention de partenariat qui réaffirme l'engagement politique des deux acteurs en matière de prévention et de perte d'autonomie des personnes âgées. Les objectifs sont de renforcer leur réseau tant national que local puisque la convention engage 46 caisses de la MSA et les 20 caisses régionales du régime général ; développer les actions menées pour les retraités par une coordination active en matière d'information, identification des besoins, diversification des aides de maintien à domicile en fonction des spécificités locales ; enfin, développer des lieux de vie collectifs. Dans la même logique, les caisses MSA Franche Comté et Bourgogne, la CRAM et le RSI ont proposé en 2008 un nouveau système d'aides

pour les plus de 65 ans dans le cadre d'un plan d'aide pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées et assurer le suivi adapté des soins après une hospitalisation. L'enjeu est bien entendu d'avoir une offre qui soit à la fois accessible et de qualité pour l'utilisateur (solvabilisation du public cible), et viable d'un point de vue économique pour le porteur du projet.

Eléments de prospective

Vers un renforcement de la concentration : pour une maîtrise de l'offre ?

Une course à la taille critique : une nécessité ou une fenêtre d'opportunité conjoncturelle ?

Les entreprises du secteur privé lucratif ont connu ces cinq dernières années des taux de croissance élevés de leur chiffre d'affaires, non seulement en raison de leur croissance organique, mais également de nombreuses opérations d'acquisitions. Cette dynamique de développement est tout d'abord à mettre en perspective avec les difficultés, voir le retrait d'autres acteurs traditionnellement présents sur le secteur : opérateurs publics et associatifs, congrégations. Sur certains territoires, les acteurs privés commerciaux sont parfois les seuls à répondre aux demandes de créations. Ainsi, outre l'augmentation des besoins d'hébergement à laquelle il faut répondre, les acteurs privés ont majoritairement gagné des parts de marché sur les structures associatives et privées indépendantes. Cependant les acteurs publics et associatifs représentent encore aujourd'hui près de 80 % des établissements (en incluant les Mutualités et Fondations). A échéance de 5-10 ans, la part de marché de ces acteurs traditionnels historiques devrait encore se réduire. En effet, en raison de l'intensité capitalistique de ce secteur (10 à 15 millions d'euros pour la création d'un établissement moyen de 80 place) et les investissements nécessaires à la mise aux normes continue des établissements existants souvent anciens (avec un niveau de confort d'hébergement très limité, chambres pour 2 voire 3 résidents, cabinets toilettes communs...), ces acteurs ont et auront de plus en plus de difficultés à trouver les moyens de leur développement, voire simplement de leur maintien. Ils seront en effet en incapacité de mobiliser les financements nécessaires à la création ou restructuration de leurs établissements. Traditionnellement et jusqu'aux années 1980, leur présence sur le secteur médico-social était rendue possible par un accès facilité au marché financier : garantie d'emprunt et subventions accordées par les collectivités locales, acquisition de terrain pour un euro symbolique... Aujourd'hui, ce contexte favorable des années 1980 a disparu et les structures sont confrontées à des manques de fonds propres, des déficits en termes de résultat ...

Parallèlement à cet état de fait, on trouve face à ces acteurs historiques une concurrence forte et organisée qui structure le marché et le développement du secteur : d'une part les acteurs appartenant au secteur privé à but lucratif qui ont réussi à atteindre une certaine taille critique (que ce soit sous forme de groupes ou de regroupements tels les réseaux coopératifs comme Resideal Santé) ; d'autre part les acteurs du secteur privé à but non lucratif là encore à taille critique parmi lesquels on retrouve pour l'essentiel les organismes mutualistes (de livre III ou livre II, Mutualité Française, MGEN ...), les Fondations (une seule identifiée aujourd'hui qui est la Fondation des Caisses d'Epargne) et enfin les associations d'envergure nationale (AREPA, ARFO...) qui se sont très fortement professionnalisées ces dernières années et ont gagné en efficacité de gestion.

Concernant tout d'abord la part de marché des acteurs privés commerciaux, celle-ci est aujourd'hui encore relativement secondaire puisque ces derniers représentent 18 % des capacités d'accueil EHPAD et USLD confondus (20 % si l'on exclut les USLD), soit en ordre de grandeur de l'ordre de 100 000 places sur les quelques 540 000 places existantes. Si l'on se place maintenant d'un point de vue dynamique sur les trois dernières années, ces acteurs ont été à l'origine de 70 à 75 % des 5000 nouvelles créations de places autorisées chaque année, le reste étant majoritairement le fait des autres identifiés ci-dessus (mutualistes...). Aussi, à pourcentage constant de part de création de places privées lucratives (70 à 75 %) et sur la base de 7 500 places autorisées par an dans les cinq années à venir, les acteurs commerciaux lucratifs pourraient ajouter entre 25 000 et 30 000 places à leur parc existant, soit une part de marché comprise entre 20 et 25 % sur les offres EHPAD / USLD (marché total estimé à 600 000 places dans 5 ans). Au sein du secteur privé à but non lucratif, les acteurs mutualistes et les fondations devraient également gagner en part de marché au « détriment » des mono établissements de statut « loi de 1901 », ce qui permettrait au secteur privé non lucratif de maintenir sa part de marché à environ 25 % des capacités d'accueil. Ces estimations de parts de marché, reposant sur les créations uniquement, ne tiennent pas compte des mouvements de concentration et de rachats en cours. Si les acteurs privés semblent s'inscrire dans ces stratégies de reprise de façon plus marquée que les autres acteurs, il est difficile ici d'en estimer les impacts en termes de nombre de reprises et donc in fine de part de marché.

Sur le point de la création de places ex nihilo, les perspectives de développement sont contraintes par la planification du secteur dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux (fonction des besoins identifiés) et des PRIAC (tributaires des financements disponibles). Les liens avec le secteur sanitaire sont également de plus en plus impactant avec la nécessaire inscription dans une filière de soins. Ainsi, la réforme hospitalière, la mise en place des ARS, et plus globalement les enjeux de décloisonnement entre sanitaire et médico-social posent la question d'éventuelle nouvelles parts de marché avec la reconversion d'hôpitaux de proximité en EHPAD. Cela pourrait concerner 30 000 places. La prudence est cependant de mise quant à l'intérêt pour les acteurs privés à but lucratif ou non lucratif de se positionner sur ces reconversions (taux d'occupation, rentabilité...).

Au-delà de ces quelques éléments de prospective portant sur les créations, soit les nouvelles parts de marché potentielles et la répartition de celles-ci entre les différents type d'acteurs intervenant sur le secteur des personnes âgées dépendantes, il existe une autre tendance de fond qui redistribue les cartes au sein même de chaque groupe d'acteurs : la concentration. Celle-ci peut prendre diverses formes (fédération, réseau, absorption...), mais constitue aujourd'hui une orientation stratégique majeure. En effet, les contraintes actuelles pesant sur ce secteur impliquent à la fois de trouver des réponses aux enjeux économiques (activité à forte intensité capitalistique, augmentation des coûts de fonctionnement, taille critique, mutualisation des fonctions supports et recherche de synergies...), mais aussi aux enjeux « techniques » (coûts des travaux de mise aux normes, maîtrise des coûts de fonctionnement pour les « mono établissements », réponses qualitatives dans l'hébergement...). Face à cette double contrainte, un nombre important d'acteurs (indépendants privés, congrégations, associations...) se retrouvent en situation délicate, ne pouvant répondre aux évolutions du marché de l'hébergement, et se retrouvent donc contraints à se désengager de l'activité par cession de leur établissement. Les cibles potentielles de reprise ou de rapprochement sont donc encore nombreuses, sachant que l'on dénombre environ 600 établissements privés qui ne peuvent statistiquement s'aligner aux critères de modernité (remises aux normes). L'heure n'est donc pas à l'essoufflement du mouvement de concentration sur les 5 années à venir. Ainsi, bien que des acteurs se soient lancés dans l'internationalisation de leur activité vers des pays de proximité (Korian, Orpéa...), la stratégie de croissance sur le territoire hexagonal du top 10 des structures privées n'est pas remise en cause, et demeure bien souvent première en termes d'orientation stratégique. L'acquisition d'établissements isolés peu s'avérer plus rentable et moins coûteuse que celle de réseaux entiers (appropriation culturelle, financière...).

Dans les prochaines années, la priorité continuera donc à se positionner sur l'obtention d'autorisations nouvelles (dans la mesure des places autorisées) et sur la reprise et restructuration de places existantes. Pour illustration, le groupe Noble Age, côté en bourse, possède des réservoirs de importants de croissance interne (30 % de ses places autorisées ne sont pas encore en service) et de progression des marges (40 % du parc n'est pas encore aux normes de rentabilité du groupe). Le modèle de développement du groupe est ainsi axé sur la création et acquisition de

résidences médicalisées au cœur des villes et des agglomérations de plus de 50 000 habitants en France et en Belgique. La société a d'ores et déjà obtenu des autorisations sécurisées pour ouvrir quelques 900 lits supplémentaires dans les années à venir, qui s'ajouteront aux 2 800 existants (soit un tiers de l'existant). Même dynamique pour Orpéa, acteur de référence sur le secteur avec 14 000 places, et des prévisions à quelques 200-300 places créées par an auxquelles viendront s'ajouter le double en rachat (600 places environ)¹.

En conclusion, le paysage concurrentiel est aujourd'hui et pour les années à venir en recomposition, sous l'influence de deux catégories d'acteurs : les privés lucratif et non lucratif à taille critique. Les changements ne semblent en effet pas pouvoir venir des acteurs publics ou associatifs qui n'ont pas les moyens de leur ambition (manque de fonds propres...) dans un cadre d'évolution extrêmement rapide. Le monde mutualiste, dont l'atout premier, au-delà de leur ancienneté et leur légitimité sur le secteur, est d'être à la fois assureurs (donc prescripteurs) et gestionnaires est également en mesure aujourd'hui de s'inscrire comme acteur majeur du changement. Cependant ces acteurs sont en position moins offensive que les acteurs privés lucratifs aujourd'hui dans les stratégies de reprise et de concentration. Les débats qui ont lieu actuellement dans le monde de la mutualité, relatif notamment au positionnement et à l'offre des mutuelles de Livre II (métiers de l'assurance) et de Livre III (métiers des services), permettent d'entrevoir dans les années à venir une restructuration permettant de tirer partie de toutes ces synergies et d'être plus offensif.

Les facteurs de croissance : des leviers de financement et un paysage concurrentiel dispersé

L'enjeu premier, et discriminant, de ce développement tient à son financement. Pour rappel, la création d'un établissement de 80 lits représente un investissement de 10 à 15 millions d'euros. Ceci explique l'entrée récente de fonds d'investissement institutionnels au capital de certains opérateurs comme tendance de fond de l'évolution du secteur. La prise de participation de ces fonds constitue un puissant levier de financement. Elle crédibilise et facilite par ailleurs les démarches des opérateurs auprès des banques qui, du fait des montants à souscrire et des contraintes législatives propres au secteur obligeant à échelonner l'amortissement sur 15-20 ans², ont de fortes exigences sur le niveau de fonds propres à apporter. L'entrée de Groupama Centre Atlantique au capital du Groupe Noble Age à hauteur de 4,97 %³ illustre cette tendance et l'intérêt porté par ces fonds institutionnels au secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Dans la même logique, la société Mieux vivre⁴ qui contrôle aujourd'hui une vingtaine d'établissements (1 500 places), mais vise un objectif de 2 500 places dans les 2 ans, puis 4 000 places à terme, vient d'ouvrir son capital à des investisseurs financiers, en réalisant une levée de fonds de 8 millions d'euros. Six millions ont été apportés par le groupe Irdi-Icso⁵ et 2 millions ont été souscrits par des outils de financement du groupe Crédit Agricole. La caisse régionale de la banque joue un rôle clef dans cette opération, puisqu'elle a mis par ailleurs à la disposition de Mieux Vivre un prêt de 50 millions sur trois ans. Concernant les Mutuelles et la Fondation Caisse d'Épargne, leur principal avantage comparatif réside dans les synergies possibles en interne entre les métiers de l'assurance et ceux de la gestion d'établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, qui leur permettent de bénéficier de fonds propres. Néanmoins, ces synergies peuvent s'avérer difficiles à mettre en œuvre ou tout simplement à optimiser (différences culturelles, problème

1 Source : communiqués de presse et entretien avec Mr Marian

2 Enjeu / contrainte du renouvellement des autorisations et immobilier monovalent.

3. Selon l'actualité des marchés financiers (communiqués d'avril 2008), cette prise de participation a dû se faire sous la forme d'une augmentation de capital réservée pour un montant de 7,2 ME (soit 800 000 E en valeur nominale et 6 400 000 E de prime d'émission), et sous réserve de certaines conditions usuelles. Sa réalisation a été soumise à l'approbation des actionnaires lors de l'Assemblée Générale du 23 Juin 2008. Groupama Centre Atlantique doit être représenté au Conseil d'Administration du Groupe Noble Age en qualité de censeur et rejoindre les actionnaires fondateurs au sein du pacte d'actionnaires du Groupe Noble Age.

4. Spécialisée dans l'exploitation d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Mieux Vivre a été constituée au début de l'année 2007 par l'apport des activités d'exploitation d'Ehpad du groupe Espaces Loisirs Concept. Elle a pour actionnaires majoritaires ses fondateurs Serge Audouin et Marc Faujanet.

5 Créé il y a vingt-cinq ans par la région Midi-Pyrénées, et aujourd'hui détenu à 20,4 % par la région Midi-Pyrénées et à 21,2 % par la Caisse des Dépôts, l'Institut régional (Irdi) de développement industriel et son fonds de placement à risque Isco ont pour mission de soutenir les fonds propres d'une vingtaine d'entreprises.

d'évaluation des coûts...) et nécessitent dans tous les cas du temps. Ces acteurs bénéficient également des mêmes conditions d'accès aux crédits bancaires que les acteurs commerciaux, bien qu'ayant un modèle économique différent (habilitation majoritaire ou totale à l'aide sociale et financements subséquents d'une partie du tarif hébergement par les collectivités).

Concernant les fonds d'investissement au sens strict, seul le groupe Medica France, anciennement cédé à Bridgepoint par la caisse des dépôts et consignations est aujourd'hui concerné avec l'entrée en 2006 de BC Partners et Axa Private Equity à son capital. Aucune autre tentative d'approche n'a été identifiée. L'intérêt porté par ce type de fonds au secteur médico-social est en fait relativement limité, car ces derniers se placent dans une logique de retour sur investissement à échelle de 5-7 ans, alors que les enjeux de rentabilité et de croissance des groupes s'inscrivent dans le moyen et long terme¹.

L'entrée en bourse peut également constituer un levier de financement. Bien que ce dernier demeure aujourd'hui circonscrit à 3 acteurs (Noble Age, Korian, Orpea), les besoins de financement croissants qu'impliquent les stratégies de développement et l'intensité capitalistique relevée peuvent amener d'autres groupes à y recourir. Cette alternative est d'autant plus attractive que les groupes de maisons de retraite cotés en Bourse ont vu le cours de leurs actions progresser fortement depuis leur introduction. Pour les analystes financiers, ces maisons constituent à la fois des valeurs de croissance et des valeurs défensives, autrement dit leur développement est moins sensible à la conjoncture, ce qui n'est pas un atout négligeable après la prise de conscience induite par la crise des subprimes. Orpea, dont le chiffre d'affaires a augmenté de 29 % au premier semestre, a ainsi vu son cours de Bourse bondir de 44 % en un an et de plus de 300 % sur trois ans. Introduit en Bourse en juin 2006, l'action de Noble Âge a quant à elle doublé de valeur en un peu plus d'un an. Au-delà de la croissance du chiffre d'affaires, la croissance des cours s'explique bien entendu également par la consolidation du secteur.

Les stratégies en matière d'immobilier entrent également dans ce cadre et peuvent constituer un élément clé du montage financier d'opérations d'extension ou de construction. Les acteurs de l'immobilier vont certainement voir leur rôle se renforcer dans les années à venir sur le secteur de la santé, qu'il s'agisse de SIIC (Sociétés d'Investissements Immobiliers Cotées) avec une approche « rendement », ou de promoteurs immobiliers ou office HLM avec une approche « construction ». En effet, si les opérateurs du secteur continuent de conserver en propre une partie de leurs établissements, la tendance est à l'externalisation de tout ou partie des murs pour éviter le cumul d'une dette considérable, sujet sensible lorsque le groupe est coté puisque la dette pèse sur le bilan. Le recours aux partenariats avec les acteurs immobiliers est également favorisé par la configuration actuelle des marchés immobilier et financiers (volatilité des taux d'intérêt). Propriétaire de 15 % de son parc d'établissements, Korian a décidé de céder plus de la moitié de son patrimoine. Son ratio dette nette sur fonds propres devrait ainsi passer de 90 % à un peu moins de 70 %. Orpea, l'acteur le plus « foncier » et le plus endetté du panel (il détient plus 50 % de ses établissements), semble suivre le même chemin, avec comme alternative à une cession pure et simple, la création d'une structure qui lui permettra de ne céder que 40 % de la propriété des immeubles. Noble Âge est quant à lui locataire de la quasi-totalité de ses établissements. Au sein de la Mutualité Française, les stratégies immobilières peuvent différer d'un établissement à l'autre, avec une part relativement équivalente d'établissements propriétaires et locataires (50/50). Du côté des acteurs immobilier, GECINA, première société foncière française dédiée à la santé, qui investit depuis 2005 dans l'immobilier de santé via GECIMED, a gagné très vite une taille critique en rachetant en septembre 2006 pour 536 millions d'euros les murs de 28 cliniques de Générale de Santé, le premier groupe de cliniques privées français. La foncière a aussi investi dans plusieurs EHPAD exploités par Medica France et développe des partenariats avec Korian et Orpea². Ces sociétés peuvent éventuellement faire partie de l'actionnariat des opérateurs, comme c'est le cas pour Batipart avec Korian. Du côté des promoteurs immobiliers, le groupe Nexity a noué récemment un partenariat avec Emera en vue de construire des maisons pour seniors (produit mixte constitué d'un EHPAD adossé à une résidence services). Bouygues Immobilier est également très présent dans la promotion de maisons de retraite (700 chambres cette année). Vinci Immobilier inscrit quant à lui sa percée sur le secteur à travers une stratégie de partenariat avec Omeris tout en

1 La création d'une maison de retraite demande a minima 3 ans entre la préparation du dossier et la construction. Les temps de montée en charge peuvent également s'échelonner sur le temps.

2 Depuis le 1er janvier 2007, Gecimed a investi près de 145 millions d'euros avec un rendement net moyen de 6,7 %.

commercialisant ses résidences au titre de LMP/LMNP. Enfin, Pierre & Vacances a racheté en 2007 Les Senioriales pour 23 millions d'euros. Gecimed a d'ailleurs réalisé récemment une acquisition conjointe au côté de la Générale de Santé qui a acquis le fonds de commerce d'un hôpital construit par Gecimed. De facto, les EHPAD constituent un secteur immobilier porteur offrant une forte visibilité et des rendements plus élevés que dans les bureaux (3,5 %), ou le logement (4 %, dix ans de hausse des prix de l'immobilier ayant entamé la rentabilité des locations classiques). Les taux dans l'immobilier santé sont aujourd'hui de l'ordre de 5 à 6 %. La rentabilité souhaitée pourra par ailleurs demeurer plus faible dès lors que le produit entre dans un cadre d'une loi de défiscalisation et devient un placement immobilier (cas du LMP¹ « location en Meublé Professionnel »). L'entrée sur l'immobilier de santé de ses différents acteurs constitue donc une tendance de fond du secteur² et un levier de développement pour les acteurs en croissance.

Les limites du modèle de développement : des contraintes financières et de fonctionnement, avec une question en suspens sur de potentiels nouveaux entrants

L'entrée de fonds d'investissement ou l'introduction en bourse peuvent faire craindre que la recherche de rentabilité à court terme l'emporte sur les engagements à moyen et long terme, ce qui mettrait en péril le bon fonctionnement du secteur (moins de services ou plus de services facturés, hausse des prix, éclatement des groupes en cas de retrait d'un fond...). Néanmoins, ce risque semble aujourd'hui écarté et ne semble pas devoir se profiler. Dans le cas d'entrée de fonds constitués par les acteurs de la bancassurance, la logique de développement s'inscrit dans le long terme (avec notamment une volonté de maîtriser les offres et les conditions tarifaires de celles-ci). Les résultats semblent par ailleurs trop faibles ou pas assez immédiats pour rendre attractif le secteur aux fonds d'investissement privés qui pourtant aujourd'hui se diversifient fortement (secteur alimentaire...). Plusieurs raisons à cela : les rendements plafonnent dès lors qu'est atteint le « rythme de croisière » de l'établissement ; le niveau de tarification est dépendant des pouvoirs publics (subventions, mais également plafonnement des hausses tarifaires) et du niveau de solvabilité des personnes concernées ; les tensions inflationnistes sur les coûts sont fortes (hausse prévisible des coûts immobiliers, financiers et salariaux) ; les sommes investies sont significatives mais pas du même ordre que sur le secteur sanitaire ; enfin, les Bancassureurs se positionnent sur le secteur. A cet égard, l'entrée en bourse avortée en 2005 de DomusVi est très instructive. Cet acteur a vu entrer dans son capital deux fonds institutionnels qui, ce faisant, ont contré le projet d'OPA du fond d'investissement Blackstone, déjà présent sur le sanitaire.

Concernant les stratégies immobilières, la transformation des places en EHPAD en produit de placement financier dans le cadre du LMP trouve également ses limites. Cette stratégie est notamment celle de GDP Vendôme / Dolcea, même si tous les groupes y ont partiellement recours. Dolcea/GDP Vendôme a pour caractéristique de maîtriser toute la filière liée à son activité : de la promotion avec GDP Vendôme Promotion à la commercialisation par Patrimmo Expansion, en passant par la gestion, assurée par Dolcée. Positionné sur ce secteur depuis plus de 17 ans, GDP Vendôme commercialise ainsi les chambres de ses maisons médicalisées à des particuliers par le biais de CGPI, de banques et de plates-formes immobilières. Or, le gouvernement a récemment ciblé la location en meublé professionnelle comme une niche fiscale trop avantageuse, avec une réforme possible à venir³. Aucune décision n'a été prise à ce jour, mais une orientation de suppression ou de remplacement de ce placement aurait un impact direct sur la création d'EHPAD.

Enfin, au-delà du mouvement de concentration identifié précédemment, et des entrées de nouveaux acteurs (bancassureurs...), on peut s'interroger sur la non présence de structures étrangères. Le cas s'est posé en 1997 avec l'arrivée d'un opérateur américain à vocation « globale » : Holiday retirement. L'expérience s'est achevée

- 1 Les loyers ne sont pas considérés comme des revenus fonciers mais relèvent du régime des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Deux statuts coexistent : le régime appelé loueur en meublé non professionnel (LMNP) et le régime dit professionnel (LMP), très avantageux fiscalement.
- 2 Elle leur permet d'acquérir une expertise en matière de montage et de construction d'établissements de santé, et ainsi de proposer des projets d'aménagement mixtes « clé en main ». Elle leur permet également d'accroître leur patrimoine avec un actif neuf et de diversifier leur portefeuille, donc les risques
- 3 L'administration a décidé de s'attaquer aux niches fiscales non plafonnées. Trois pistes de réforme ont été retenues : limiter les déficits déductibles du revenu global à 10700 euros ou supprimer cette possibilité d'imputation ; rendre cumulatifs les critères pour pouvoir prétendre au statut de LMP et revoir à la hausse le seuil de 23 000 euros ; suppression pure et simple du LMP.

rapidement puisque ce dernier s'est retiré en 2003 en revendant sa filiale française, Serience, avec une forte plus value permise par la fluctuation du taux de change euros/dollars. Cette expérience est demeurée unique. De facto, la complexité de l'Hexagone en matière de réglementation (secteur médico-social), financement (logique binaire soin/dépendance) et d'imbrication des autorités administratives de régulation s'avèrent tout à fait dissuasif. On peut ainsi parler de « barrières législatives à l'entrée ».

Une entrée de nouveaux acteurs sur le secteur par la compétence « services », en l'occurrence des sociétés prestataires des groupes d'hébergement dans le cadre de leur politique d'externalisation (Veolia, Sodexo) apparaît également peu plausible. L'avantage compétitif de tels groupes est en effet de capitaliser sur une offre services indépendamment de l'environnement (exemple de la restauration pour des établissements de santé, scolaires, militaires...).

Enfin, dernière éventualité à soulever, peut être la plus probante, l'entrée par la compétence « soin » d'acteurs du sanitaire, sachant qu'il existe déjà des acteurs duaux (Medica France, Korian) et des stratégies de diversification vers les cliniques (filiale Clinéa d'Orpea). Les acteurs du sanitaire obéiraient à la même logique à savoir la diversification de leur portefeuille d'activités et le développement de synergies dans l'offre (retour en EHPAD après une hospitalisation et inversement). Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social semble d'ailleurs une tendance forte pour les années à venir avec la médicalisation des maisons de retraite, l'instauration des filières de soins, les réformes en cours (ARS...), mais également la raréfaction des relais de croissance sur le sanitaire et la force de frappe financière des ces acteurs.

Vers un développement aval et diversifié des assureurs ou des banquiers : pour une continuité de l'offre ?

Une relation de donnant / donnant : vers une maîtrise des tarifs ?

Nous l'avons vu, les Bancassureurs se sont récemment intéressés au secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ils sont présents au capital des groupes de maisons de retraite (Predica pour Korian ; la Macif et la Caisse Epargne pour DomusVi ; Groupama pour Noble Age), éventuellement au capital des sociétés immobilières présentes sur le secteur (Gedimed, Foncières des Régions), ou encore à travers leur Fondation dans le cas de la Caisse d'Epargne. Tout d'abord, l'entrée au capital des groupes de maisons de retraite des Bancassureurs s'inscrit dans une perspective à long terme. En ce sens qu'il s'agit de développer des synergies entre deux métiers complémentaires. Acteur bancaire le plus présent sur le secteur, à travers notamment sa fondation qui gère quelques six mille lits, ainsi que sa participation dans DomusVi, la Caisse d'Epargne a récemment renforcé sa légitimité avec un produit dépendance, qui vient étoffer son offre prévoyance. Ces acteurs ont ainsi une meilleure compréhension et maîtrise de l'offre qu'ils inscrivent dans leur contrat dépendance (évaluation des coûts, des risques...) et peuvent la dimensionner en conséquence. Leur présence leur permet également d'accompagner le processus de vente de leurs propres produits.

L'entrée des Bancassureurs dans le capital des opérateurs de maisons de retraite peut dès lors constituer un élément de régulation par l'imbrication des enjeux de financement et de solvabilité. En effet, dès lors que le résident en EHPAD est l'assuré, il semble nécessaire pour ces acteurs de maîtriser la hausse des coûts de l'hébergement, celle-ci impactant directement le montant de cotisation dépendance versée dans le cadre de l'assurance. Dans ce contexte, l'attitude des pouvoirs publics, et notamment la création ou non d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à la dépendance, constitue un enjeu majeur qui impactera fortement la stratégie de ces acteurs et leur positionnement sur le secteur de l'hébergement aux personnes âgées dépendantes. Par ce biais (équilibre entre assurance privée et financement public) et celui de la tarification, la puissance publique conditionnera l'évolution du secteur, en suscitant ou non un regain d'intérêt des Bancassureurs sur la dépendance, sachant que globalement l'assurance est identifiée pour les années qui viennent comme l'un des premiers leviers de croissance organique des Bancassureurs.

Vers des groupes exhaustifs maîtrisant tous les chaînons de l'offre, du service à la personne à l'hébergement médicalisé ?

Sans qu'il soit fait mention des acteurs du privé non lucratif dont les activités sont historiquement relativement diversifiées, deux opérateurs commerciaux principaux ont inscrit dans leur stratégie de développement la diversification vers les services de maintien à domicile: Korian avec création de Korian services, enseigne aujourd'hui en suspens, et DomusVi. Tous deux ont d'ailleurs pour actionnaires des acteurs du secteur banque et assurance (Prédica qui détient 27 % de Korian ; la Macif et la CNCE, actionnaire chacun à hauteur de 17 % de DomusVi). Les groupes d'assurance et bancaires tels que les Caisses d'Epargne, CNP Assurances, Crédit Agricole, Groupama, LCL, Macif, Maif,... portent d'ailleurs un intérêt réel au secteur des services à la personne. Majoritairement présents via les enseignes nationales, ces groupes ont largement participé à la structuration du marché en intervenant dans le domaine de l'intermédiation¹.

Pouvant constituer un relais de croissance dans les années à venir, cette stratégie de diversification en aval suscite néanmoins un engouement mesuré en raison d'une prise de risque pour une moindre rentabilité du modèle économique des services à la personne². L'essor des services à la personne apparaît en outre plus lent que prévu³, et même si parmi ces services, ceux liés aux personnes âgées, sont les plus porteurs, leur rentabilité à court terme se révèle défavorable. Enfin, ce secteur est largement investi par les associations et les organismes publics, qui par ailleurs réalisent 60 % de leur activité (en termes d'heures travaillées) auprès des personnes âgées et dépendantes. Son intérêt n'est cependant pas inexistant comme le prouve la progression régulière des entreprises privées dans le chiffre d'affaires pour atteindre 10% du marché en 2006. En 2008, cette part du privé lucratif devrait atteindre 15 % voire 20 % en 2010 avec un chiffre d'affaires alors de l'ordre de 3,6 Md euros⁴.

La stratégie de diversification des groupes de maisons de retraite peut cependant devenir un axe de développement dans les années à venir. Elle permet principalement de diversifier les sources de revenus, et de nouer des synergies entre l'activité hébergement et l'activité service, avec l'enjeu de la « captation » de la personne futur résident d'un établissement et le ménagement de passerelles entre les offres. Ce développement constitue dès lors l'une des réponses pouvant être apportée à l'inadaptation de l'offre aux besoins et l'existence de ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées.

Deux autres facteurs d'évolution de l'offre peuvent être relevés, mais militant plutôt en faveur de stratégies de spécialisation. On constate d'une part un mouvement de spécialisation des maisons de retraite sur la dépendance forte, d'autre part, la priorité donnée au développement des services de maintien à domicile face au déficit de places en institution⁵. Dans cette perspective, une offre intégrée peut apparaître prometteuse avec un investissement initial relativement faible. Le segment spécifique des services destinés aux personnes âgées est porteur en raison du vieillissement de la population, mais doit encore se structurer et se professionnaliser. Il s'agit pour les opérateurs d'être capables de proposer des services de qualité et de se faire connaître auprès du grand public, deux points sur lesquels des grands groupes de maisons de retraite ne sont pas démunis. En outre, ces services à domicile nécessitent des compétences bien spécifiques détenues via l'activité EHPAD. Enfin, la diversification de son portefeuille d'activités permettrait à l'opérateur d'être un interlocuteur unique de l'assuré qui aurait des prestations de services incluses dans son cadre de contrat d'assurance dépendance.

1 Certains assureurs vendent déjà de la téléassistance ou de la mise en relation avec des services à domicile.

2 Les acteurs présents sur ce marché doivent disposer d'agences physiques, particulièrement coûteuses, pesant sur la rentabilité. Les contraintes financières des familles sont également un frein au développement d'activités de services. Pour l'instant, seuls quelques acteurs proposent une prise en charge directe d'aide à domicile dans leur contrat dépendance dont LCL, l'UNPMF, AG2R.

3 Malgré un nombre d'heures travaillées en progression, un fort développement des entreprises de services qui a été multiplié par 2,5 entre 2005 et début 2007, une professionnalisation accrue, la demande de la part des ménages n'est pas aussi soutenue que ce qui était prévu lors du lancement du plan Borloo. Les mesures prises par les gouvernements successifs depuis quinze ans jusqu'au plan Borloo ne sont pas parvenues à surmonter des obstacles structurels : mauvaise image et manque d'attractivité de ces métiers, ancrage culturel du travail au noir, insuffisance de formation, problèmes de qualité des services,....

4 Source : étude d'Ineum Consulting menée en partenariat avec l'école de commerce Essec en 2007

5 Faute de places en établissement, mais aussi par choix, entre 60 et 70 % des malades d'alzheimer vivent chez eux ou chez un proche. A noter que depuis 2007, les services à domicile concernant les personnes dépendantes bénéficient d'une nouvelle dynamique dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2007. Ainsi, les EHPAD peuvent désormais développer une activité de services à domicile. Plus globalement, le marché des services à la personne qui pèse 12 Md euros, possède un potentiel considérable en tenant compte de l'importance du travail non déclaré dans ce secteur, estimé à 48 Md.

Les acteurs mutualistes déjà présents sur ce secteur sont d'ailleurs encore davantage concernés. Leur orientation vers le service est plus ancienne et/ou davantage ancrée dans leur philosophie d'action qui consiste à appréhender la prise en charge dans sa globalité. Dans certains départements, la Mutualité Française propose ainsi à ses adhérents des ateliers pour les préparer à la dépendance et la « dégradation physique » de leur parent malade, mettant ainsi l'accent sur l'aide aux « aidants », activité peu développée et non sécurisée d'un point de vue financier, les familles n'étant pas toujours prêtes à payer pour ce type de prestation. Korian services proposait également d'assister les familles des malades dans l'organisation de leur planning, la coordination des prestataires et leur gestion budgétaire, mais l'expérience s'est interrompue fin 2007. Néanmoins, et même si les noms peuvent différer d'un acteur à l'autre, il n'en demeure pas moins que nombre d'acteurs de l'hébergement - privés commerciaux, privés associatifs et publics - mettent en avant l'importance de l'intégration des compétences sanitaires, médico-sociales et sociales pour construire une prise en charge globale de la personne âgée en perte d'autonomie, ce qui signifie sortir du cadre strict de l'hébergement. On parle ainsi de « carrefour polyvalent de services à la personne » (Synerpa), « plate-forme » dont les établissements pourraient être les coordinateurs (FEHAP, FHF), « plate-forme de services ». L'unanimité semble devoir se faire autour du rôle pivot à faire jouer aux établissements dans l'intégration des services.

Annexes

Analyse approfondie des comptes de Korian, Orpéa et Noble Age

Korian

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA	607 979	519 762	477 744	88 217	17%	Voir onglet CA
Autres produits	407	2 331	2 331	(1 924)	-83%	
Produits d'exploitation	608 386	522 093	480 075	86 293	17%	
Achats consommés et autres achats	39 455	34 614	34 993	4 841	14%	
Charges externes	82 982	67 933	65 129	15 049	22%	
Charges de personnel	301 497	266 158	240 792	35 339	13%	A
% du CA	50%	51%	50%			
Impôts et taxes	38 066	30 036	27 213	8 030	27%	
EBITDAR	146 386	123 352	111 948	23 034	19%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	24%	24%	23%			
Loyers externes	66 677	54 724	40 714	11 953	22%	B
% EBITDAR	46%	44%	36%			
EBITDA	79 709	68 628	71 234	11 081	16%	
% du CA	13,1%	13,2%	14,9%			
Dotations aux amortissements et provisions	24 402	17 054	21 022	7 348	43%	
Résultat opérationnel courant	55 307	51 574	50 212	3 733	7%	
% du CA	9%	10%	11%			
Autres charges et produits opérationnels	346	(5 374)	26 387	5 720	-106%	
Résultat opérationnel	55 653	46 200	76 599	9 453	20%	
Charges financières	(25 059)	(24 934)	(36 821)	(125)	1%	
Produits financiers	5 988	11 556	120	(5 568)	-48%	
Résultat financier	(19 071)	(13 378)	(36 701)	(5 693)	43%	C
Résultat avant impôt	36 582	32 822	39 898	3 760	11%	
Impôts sur les bénéfices	(8 687)	(10 669)	(7 975)	1 982	-19%	
Résultat net d'IS des activités arrêtées, cédées	(2 829)	-	(13)	(2 829)		
Résultat net	25 066	22 153	31 910	2 913	13%	
Part des intérêts minoritaires	1 939	2 452	2 086	(513)	-21%	
Part du groupe	23 127	19 701	29 824	3 426	17%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 50% du CA au 31 décembre 2007. L'évolution de la masse salariale s'explique principalement par le fait qu'en Italie, les charges de personnel sont supportées par des coopératives qui les refacturent aux établissements dans des contrats de prestation de services. Ces charges sont alors comptabilisées en charges externes. Sans cette pratique courante en Italie, le taux de charges de personnel aurait été stable entre 2006 et 2007.
- B. Le groupe a opté pour un processus d'externalisation du portefeuille immobilier : le portefeuille d'externalisation envisagé sera de l'ordre de 100M€ au cours des prochains mois, les actifs cédés seront immédiatement repris en location. La hausse de ce poste s'explique essentiellement par les activités étrangères (8,1M€), puis par la hausse de l'indice ICC servant de base au calcul de la hausse des loyers. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à plus de 240M€.
- C. Les charges financières sont maîtrisées grâce à une politique de couverture. Au 1er janvier 2008, 92% de la dette financière est couverte. Coût moyen de la dette : 5,5%/an. Les produits financiers se composent des revenus des instruments de couverture. Le résultat financier se dégrade en raison de la variation de la juste valeur des instruments financiers qui avait généré un profit non cash de 11,5 M€ en 2006, contre un profit de seulement 5,7 M€ en 2007. Voir onglet Endettement

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA GROUPE	607 979	519 762	477 744	88 217	17%	A
PÔLE EHPAD Fce (hors Belgique)	358 118	336 540	304 298	21 578	6%	B
dont EHPAD exploitées dep 01/01/06	327 600	317 140		10 460	3%	
EHPAD Mieux vivre	17 600	17 800		(200)	-1%	
EHPAD ouvertes en 2006	2 300	1 200		1 100	92%	
EHPAD ouvertes en 2007	218	-		218		
EHPAD acquises en 2006/2007	10 400	400		10 000	2500%	
Taux de marge EBITDAR	27,11%	26,27%	24,80%			
PÔLE SANITAIRE Fce (hors Belgique)	199 840	183 222	173 446	16 618	9%	C
dont Etablissements exploités dep 01/01/06	179 700	171 022		8 678	5%	
Plateau d'Assy	4 200	10 100		(5 900)	-58%	
Etablissements ouverts en 2007	4 140	-		4 140		
Etablissements acquis en 2006/2007	11 800	2 100		9 700	462%	
Taux de marge EBITDAR	19,47%	18,50%	20,88%			
ITALIE 6 mois	29 560	-	-	29 560		D
dont EHPAD exploitées dep 01/01/06	16 600	-	-	16 600		
Etablissements ouverts en 2007	4 860	-	-	4 860		
Etablissements acquis en 2007	8 100	-	-	8 100		
Taux de marge EBITDAR	16,58%	0,00%				
ALLEMAGNE 3 mois	20 461	-	-	20 461		E
dont Etablissements exploités dep 01/01/06	15 500	-	-	15 500		
Etablissements ouverts en 2007	961	-	-	961		
Etablissements acquis en 2007	4 000	-	-	4 000		
Taux de marge EBITDAR	25,90%					
EBITDAR GROUPE	146 386	123 352	111 948	23 034	19%	
Taux de marge EBITDAR	24,1%	23,7%	23,4%			
Loyers externes	66 677	54 724	40 714	11 953	22%	
EBITDA GROUPE	79 709	68 628	71 234	11 081	16%	
% du CA	13,1%	13,2%	14,9%			

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. La forte progression du CA est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, dont + 27,8M€ pour la France, mais aussi aux acquisitions intervenus sur 2007.
- B. Pôle EHPAD - La hausse du CA 2006 / 2007 s'explique par :
- la hausse de l'activité des établissements exploités depuis le 1er janvier 2006, + 5,4%, qui illustre l'efficacité de la gestion des taux d'occupation et de la politique tarifaire du Groupe.
 - * TO = 96,3% contre 96,6% en 2006 (nb jrs facturés / nb de jrs facturables)
 - * hausse du prix moyen hébergement qui progresse de 3,9% à 68,43€ / jour en 2007 (+2,55€ par rapport à 2006).
- Remarque* : Les tarifs hébergement des EHPAD sont libres à l'entrée du résident, puis indexés annuellement par arrêté du ministère de tutelle. Pour l'année 2007, les tarifs des prestations offertes aux personnes âgées résident en maison de retraite au 31 décembre 2006 ne pouvaient augmenter de plus de 2,5%.
- Une revalorisation tarifaire au-delà de cette indexation n'est alors possible qu'à l'occasion d'un changement de résident. Le management du Groupe peut donc, dans une certaine mesure, améliorer les tarifs hébergement de ses EHPAD. A périmètre constant, c'est-à-dire en ne tenant compte que des établissements exploités depuis le 1er janvier 2006, les tarifs hébergement ont augmenté de 3,9%.
- la contribution des établissements acquis pour 10,4M€
- C. Pôle sanitaire - La hausse du CA 2006 / 2007 s'explique par :
- Une croissance à périmètre constant de + 5,1%
 - * TO = 96,3% contre 94,8% en 2006
 - * hausse du prix moyen hébergement qui progresse de 2,7% par rapport à 2006
 - la contribution des établissements acquis pour 11,7M€
- D. Au 31 mai 2007, le groupe a finalisé l'acquisition du groupe Segestra, principalement implanté dans la région de Milan. De lits supplémentaires ont été ouverts et des développements ont été entrepris à Florence et Rome.
- E. Début octobre 2007, le groupe a finalisé l'acquisition du groupe Phönix, 10ème opérateur privé en Allemagne. De lits supplémentaires ont été ouverts et d'autres ouvriront sur 2008.

Bilan consolidé

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	1 681	1 249	1 173	432	35%
Survaleurs (Goodwills)	627	410	360	217	53%
Immobilisations incorporelles	525	503	491	22	4%
Immobilisations corporelles	274	201	161	73	36%
Immobilisations financières	15	15	11	-	0%
Impôts différés actifs	8	4	4	4	100%
Actifs non courants	1 449	1 133	1 027	316	28%
Stocks	3	2	1	1	50%
Clients et cptes rattachés	75	40	42	35	88%
Autres créances et actifs financiers courants	74	47	46	27	57%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	70	27	57	43	159%
Actifs courants	222	116	146	106	91%
Actifs détenus en vue de leur cession	10	-	-	10	
Passif	1 681	1 249	1 173	432	35%
Capital	138	138	254	-	0%
Primes	228	231	108	(3)	-1%
Réserves et résultats consolidés	272	257	35	15	6%
Capitaux propres (part du groupe)	638	626	397	12	2%
Intérêts minoritaires	9	4	21	5	135%
Capitaux propres totaux	647	630	418	17	3%
IDR	11	6	6	5	83%
Impôts différés passifs	189	177	164	12	7%
Autres provisions	7	5	4	2	40%
Emprunts et dettes financières	605	294	419	311	106%
Passifs non courants	812	482	593	330	68%
Provision à moins d'un an	2	4	5	(2)	-50%
Fournisseurs et cptes rattachés	54	23	24	31	135%
Autres dettes et cptes de régularisation	108	74	95	34	46%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	48	34	32	14	41%
Instruments financiers passifs	2	2	6	-	0%
Passif courant	214	137	162	77	56%
Passifs détenus en vue de leur cession	7	-	-	7	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Endettement net (courant / non courant)

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Emprunts auprès des établissements de crédit	587 919	283 287	407 300	304 632	108%
Financement des locations financières	13 778	8 918	10 241	4 860	54%
Participation des salariés	27	23	10	4	17%
Dépôts et cautionnements LT	-	-	-	-	
Autres dettes financières diverses	3 566	1 395	1 103	2 171	156%
Passifs détenus en vue de la vente	372	-	-	372	
Dettes financières LT	604 918	293 623	418 654	311 295	106%
Emprunts auprès des établissements de crédit CT	5 186	1 091	1 569	4 095	375%
Financement des locations financières CT	2 376	2 134	1 396	242	11%
Dépôts des résidents CT	20 246	18 444	15 038	1 802	10%
Dettes financières diverses CT	-	-	-	-	
Concours bancaires courants	20 252	10 333	11 774	9 919	96%
Autres dettes financières diverses CT	265	796	1 824	(531)	-67%
Engagement de rachat de minoritaires CT	1 174	1 176	746	(2)	0%
Passifs détenus en vue de la vente	1 103	-	-	1 103	
Dettes financières CT	48 396	33 974	32 347	14 422	42%
Juste valeur des instruments financiers de couverture	2 475	2 030	6 102	445	22%
Dettes financières	655 789	329 627	457 103	326 162	99%
Valeurs mobilières de placement	3 013	5 676	25 111	(2 663)	-47%
Disponibilités	67 557	20 930	32 186	46 627	223%
Actifs détenus en vue de la vente	382	-	-	382	
Trésorerie	70 188	26 606	57 297	43 582	164%
Instruments financiers actifs	13 284	7 088	-	6 196	87%
Endettement net	572 317	295 933	399 806	276 384	93%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	34%	24%	34%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	39%	50%	36%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

- A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Korian s'élevait au 31 décembre 2007 à 572,3 M€. La majorité de cette dette relève d'une convention de crédit conclue en 2006 suite à l'introduction en bourse du Groupe.
- Au 31 décembre 2007, l'endettement du Groupe Korian est principalement un endettement à taux variable. Le Groupe dispose d'instruments financiers qui visent à le protéger contre les variations de taux. En février 2007, Korian a ajusté son profil de couverture pour tenir compte du changement de profil de la dette intervenu lors de la signature de la nouvelle convention de crédit en novembre 2006. Le Groupe utilise les instruments financiers dérivés standards (swaps de taux d'intérêts, caps, floors, etc...) pour se protéger contre le risque de taux d'intérêt qui découle de sa politique de financement à taux variable. En tenant compte des instruments financiers, l'encours des crédits à taux variable au 31 décembre 2007 est couvert à plus de 92%, reflétant une politique de gestion prudente du Groupe. Par ailleurs, Les valeurs mobilières de placement sont constituées de dépôts à terme ou de SICAV de trésorerie « euro » et conformément aux critères de l'IAS 7.6 sont définis comme des placements à court terme, très liquides, facilement convertibles en un montant connu de trésorerie et soumis à un risque négligeable de variation de valeur.

Actionnaires 2007

<i>Devise: €000</i>	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital
Groupe Batipart	9 822	35%
Predica	7 474	27%
MSRESS Armaillac	2 134	8%
ACM Vie	3 266	12%
FCPE Korian actionariat	87	0%
Flottant	4 904	18%
Total actions	27 687	100%
Capital	138 435	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative

A

Orpéa

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA	544 600	414 944	309 637	129 656	31%	Voir onglet CA
Autres produits	N.C.	179	38			
Produits d'exploitation	544 600	415 123	309 675	129 656	31%	
Achats consommés et autres achats externes	106 100	77 827	59 247	28 273	36%	
Autres charges	2 100	1 596	1 041	504	32%	
Charges de personnel	273 400	209 857	154 828	63 543	30%	A
% du CA	50%	51%	50%			
Impôts et taxes	28 700	22 483	16 664	6 217	28%	
EBITDAR	134 300	103 360	77 895	30 940	30%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	25%	25%	25%			
Loyers externes	37 100	26 900	20 302	10 200	38%	B
% EBITDAR	28%	26%	26%			
EBITDA	97 200	76 460	57 593	20 740	27%	
% du CA	18%	18%	19%			
Dotations aux amortissements et provisions	24 800	19 228	13 758	5 572	29%	
Résultat opérationnel courant	72 400	57 232	43 835	15 168	27%	
% du CA	13%	14%	14%			C
Autres charges et produits opérationnels	9 200	3 318	5 338	5 882	177%	
Résultat de la cession MEDIDEP	-	-	25 635			
Résultat opérationnel	81 600	60 550	74 808	21 050	35%	
Charges financières	N.C.	(24 680)	(24 470)			
Produits financiers	N.C.	9 117	3 310			
Résultat financier	(24 800)	(15 563)	(21 160)	(9 237)	59%	D
Résultat avant impôt	56 800	44 987	53 648	11 813	26%	
Impôts sur les bénéfices	(15 600)	(12 802)	(16 889)	(2 798)	22%	
QP résultat dans les entreprises associées	N.C.	265	1 773			
Résultat net	41 200	32 450	38 532	8 750	27%	
Part des intérêts minoritaires	-	1	421			
Part du groupe	41 200	32 449	38 111	8 751	27%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 50% du CA au 31 décembre 2007. L'évolution de la masse salariale progresse au même rythme que le chiffre d'affaire.
- B Le groupe a opté pour l'externalisation d'une partie de son portefeuille immobilier. La hausse de ce poste s'explique essentiellement par les acquisitions (+ 6,1M€). A périmètre constant, les loyers sont maîtrisés et ne progressent que de 4%. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à 850M€.
- C La marge opérationnelle courante se maintient malgré les investissements entrepris, ce qui résulte d'une bonne maîtrise des coûts, et des bons résultats des établissements à maturité.
- D Le coût de l'endettement financier net s'élève à 24,8M€ contre 15,3M€ au 31 décembre 2006, reflétant le rythme de développement soutenu du Groupe (France : ouverture d'établissements, prise de participation, acquisitions de fonds de commerce et de location-gérance ; Belgique – Italie – Espagne : acquisitions d'établissements)
- Voir onglet endettement

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA GROUPE	544 600	414 944	309 637	129 656	31%	A
France	493 400	386 800	306 900	106 600	28%	
% CA	90,60%	93,22%	99,12%			
Belgique	12 300	6 000	-	6 300	105%	B
% CA	2,26%	1,45%				
Espagne	24 300	8 700	-	15 600	179%	C
% CA	4,46%	2,10%				
Italie	9 600	3 800	2 700	5 800	153%	D
% CA	1,76%	0,92%	0,87%			
Suisse	5 900	9 600	-	(3 700)	-39%	
% CA	1,08%	2,31%				
Variation CA à l'international					85%	
EBITDAR GROUPE	134 300	103 360	77 895	30 940	30%	
Taux de marge EBITDAR	24,7%	24,9%	25,2%			
Loyers externes	37 100	26 900	20 302	10 200	38%	
EBITDA GROUPE	97 200	76 460	57 593	20 740	27%	
% du CA	17,8%	18,4%	18,6%			

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. Orpea intervient sur 2 secteurs : les maisons de retraite et les cliniques de moyen séjour et psychiatrie. La forte progression du CA est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, mais aussi aux acquisitions intervenus sur 2007. Ainsi le CA France progresse de + 107M€ (il représente 82% du CA total). Elle s'explique aussi par le développement à l'international avec +85% du CA hors France. Plus précisément, la hausse de 31% du CA global se décompose en :
- +11% de croissance organique
 - +20% de croissance externe
- B. En 2007, constitution d'une filiale « Orpea Belgium » détenue à 100%. Cette filiale a fait l'acquisition de résidences représentant 451 lits sur 2007.
- C. La filiale « Grupo Care » a acquis une résidence de 164 lits sur 2007.
- D. Le groupe a acquis 4 établissements (dont un psychiatrique de 80 lits) représentant 432 lits en 2007.

Bilan consolidé

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	2 040	1 167	854	873	75%
Survaleurs (Goodwills)	127	53	10	74	140%
Immobilisations incorporelles	493	358	309	135	38%
Immobilisations corporelles et stocks immobiliers	1 215	656	417	559	85%
Immobilisations financières	25	9	9	16	178%
Impôts différés actifs		2	2	(2)	-100%
Actifs non courants	1 860	1 078	747	783	73%
Stocks		1	1	125	24900%
Clients et cptes rattachés	125	37	27	(37)	-100%
Autres créances et actifs financiers courants		40	54	(40)	-100%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	55	12	25	43	358%
Actifs courants	180	90	107	91	101%
Actifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	
Passif	2 040	1 167	854	873	75%
Capital	46	46	46	-	0%
Réserves consolidées	415	183	149	232	127%
Résultat de l'exercice	41	32	38	9	28%
Capitaux propres (part du groupe)	502	261	233	241	92%
Intérêts minoritaires	-	-	2	-	#DIV/0!
Capitaux propres totaux	502	261	235	241	92%
PRC	31	17	9	14	82%
Impôts différés passifs	300	128	102	172	134%
Emprunts et dettes financières	759	385	283	374	97%
Passifs non courants	1 090	530	394	560	106%
Provision à moins d'un an		9	5	263	2922%
Fournisseurs et cptes rattachés		59	48	(59)	-100%
DFS	272	70	54	(70)	-100%
Autres dettes et cptes de régularisation		57	66	(57)	-100%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	176	181	52	(5)	-3%
Passif courant	448	376	225	72	19%
Passifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Endettement net (courant / non courant)

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Dettes financières LT	759	385	283	374	97%
Dettes financières CT	176	181	52	(5)	-3%
Dettes financières	935	566	335	369	65%
VMP et disponibilités	55	12	25	43	358%
Trésorerie	55	12	25	43	358%
Endettement net	880	554	310	326	59%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	43%	47%	36%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	25%	22%	27%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

- A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Orpea s'élevait au 31 décembre 2007 à 880 M€. Elle se décompose ainsi :
- 238M€ liés à l'exploitation bénéficiant d'instruments financiers dérivés. Elle est adossée aux droits d'exploitation des 21 403 lits détenus, inscrits aux bilan en immobilisations incorporelles pour 493M€.
 - 292M€ liés à la dette immobilière entièrement swappée depuis février 2008, à taux fixe sur les 3 prochaines années (base euribor 3 mois fixée à 3,87%). Le ratio LTV (Loan to Value) de cette activité immobilière ressort à 34% contre des ratios habituellement admis de 70%.
 - 350M€ liés au développement finançant les projets immobiliers en cours de développement. Les ratios financiers du Groupe sont en deçà des covenants agréés par le pool bancaire, ce qui lui permet ainsi de conserver une bonne flexibilité financière pour la poursuite de son développement.

Actionnaires 15 mai 2007

<i>Devise: €000</i>	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital
JC Marian et famille	6 046	33%
SEMPRE	3 130	17%
SOCIETE GENERALE	612	3%
Public	8 486	46%
Total actions	18 274	100%
Capital	45 685	

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 15 mai 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative:

- A Au 31 décembre 2007, le capital social de Orpea est divisé en 18 274 359 actions de 2,5 € de nominal chacune. 6 680 272 actions ont un droit de vote double.

Noble Age

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA	120 490	74 150	66 070	46 340	62%	Voir onglet CA
Charges de personnel	49 170	34 760	24 090	14 410	41%	A
% du CA	41%	47%	36%			
EBITDAR	27 030	17 560	12 200	9 470	54%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	22%	24%	18%			B
Loyers externes	17 120	12 110	8 640	5 010	41%	C
% EBITDAR	63%	69%	71%			
EBITDA	9 910	5 450	3 560	4 460	82%	
% du CA	8%	7%	5%			
Dotations aux amortissements et provisions	1 730	1 180	640	550	47%	
Résultat opérationnel courant	8 067	4 201	2 960	3 866	92%	
% du CA	7%	6%	4%			D
Autres charges et produits opérationnels	(301)	10	130	(311)	-3110%	
Résultat opérationnel	7 766	4 211	3 090	3 555	84%	
Résultat financier	(1 767)	(817)	(459)			
Résultat net	3 636	2 136	1 918	1 500	70%	
Part des intérêts minoritaires	203	(209)	522			
Part du groupe	3 433	2 345	1 396	1 088	46%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 41% du CA au 31 décembre 2007. Le CA a progressé plus rapidement que ces charges.
- B En ne considérant que le CA exploitation, le taux de marge EBITDAR passe de 25,6% en 2006 à 27,4% en 2007. La marge des établissements en régime de croisière s'établit à 30.6 % contre 30 % l'an dernier. Dans un contexte d'élargissement du parc de lits de 84 % d'un exercice à l'autre, la marge sur Ebitdar délivrée à la clôture démontre la maîtrise opérationnelle acquise par le Groupe de passage des sites à restructurer vers le segment du régime de croisière sur un périmètre relativement étendu (parc de 1.575 lits, soit 56 % du périmètre des lits en exploitation au 31/12/07 contribuant à plus de 71 % de l'Ebitdar consolidé).
- C Le groupe a opté pour l'externalisation d'une partie de son portefeuille immobilier. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à 11M€.
- Le poids des loyers sur le chiffre d'affaires Exploitation se maintenant à un niveau proche de 18.0%, dans un contexte de maîtrise renforcée de l'évolution des loyers grâce à la mise en œuvre d'une formule d'indexation plus conforme à la structure de produits du Groupe (neutralité économique recherchée).
- D La marge opérationnelle courante progresse légèrement et passe de 6 à 7% au 31 décembre 2007. Le résultat opérationnel courant augmente de 92% et se répartit ainsi :
- résultat opérationnel courant réalisé par l'Exploitation double d'un exercice à l'autre à 7M€. La marge opérationnelle se hisse à 7.6 % du chiffre d'affaires de l'exploitation contre 5.4 % à la même période de l'an passé, traduisant la bonne performance de gestion des établissements.
 - Le résultat opérationnel courant réalisé par l'immobilier s'établit à 0,8M€ Keur, soit une marge opérationnelle de 3.3 % du chiffre d'affaires de l'immobilier contre 7.4 % précédemment, ce mouvement s'expliquant par le mode d'externalisation des actifs retenu plus contributeur d'activité

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
CA GROUPE	120 490	74 150	66 070	46 340	62%
CA Exploitation	94 980	65 700	45 970	29 280	45%
% CA	79%	89%	70%		
CA Immobilier	25 510	8 450	20 100	17 060	202%
% CA	21%	11%	30%		
EBITDAR GROUPE	27 030	17 560	12 200	9 470	54%
Taux de marge EBITDAR	22,4%	23,7%	18,5%		
Loyers externes	17 120	12 110	8 640	5 010	41%
EBITDA GROUPE	9 910	5 450	3 560	4 460	82%
% du CA	8,2%	7,3%	5,4%		

Narrative
A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

A Noble Age intervient sur 2 secteurs : les maisons de retraite (EHPAD) et les cliniques de moyen séjour (SSR).

La forte progression du CA (+45K€ dont +63% liés à l'exploitation) est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, avec +13% de croissance organique, aussi aux acquisitions intervenus sur 2007 (+22% de lits).

A cela s'ajoute la hausse du prix moyen d'hébergement d'environ +4% sur l'EHPAD et le maintien d'un fort taux d'occupation à environ 96%.

La progression du CA immobilier s'explique par la livraison de trois opérations sur le dernier trimestre de l'exercice 2007 (extension, nouveaux sites et cessions de bâtiments).

Endettement net (courant / non courant)

Devise: €000 000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Dettes financières LT	45	27	17	18	67%
Dettes financières CT	32	11	7	21	191%
Dettes financières	77	38	24	39	103%
VMP et disponibilités	20	20	8	0	1%
Trésorerie	20	20	8	0	1%
Endettement net	57	18	16	39	211%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	31%	17%	24%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	21%	32%	28%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Noble Age s'élevait au 31 décembre 2007 à 57 M€, soit une progression de 39M€ par rapport à 2006.

La structure financière intègre mécaniquement les effets de l'accélération du développement. La trésorerie disponible en fin d'exercice reste forte et va permettre au groupe de poursuivre sa stratégie de développement en 2008.

L'endettement du seul secteur Exploitation reste contenu au niveau des capitaux propres consolidés (soit un gearing de 103%).

Il intègre principalement :

- les intérêts d'emprunts souscrits afin d'acquérir de nouvelles capacités de lits (lignes nouvelles de 19.3 millions d'euros contractées depuis le 31 décembre 2006 pour financer l'acquisition de 500 lits et l'ouverture de 192 lits),
- ceux relatifs aux prêts servant à financer des travaux d'entretien et de maintenance du parc installé (besoins financés à hauteur de 2.1 millions d'euros fin 2007).

Bilan consolidé

Devise: €000 000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	184	111	68	73	66%
Survaleurs (Goodwills)	25	12	8	13	108%
Immobilisations incorporelles	65	41	27	24	60%
Immobilisations corporelles et stocks immobiliers	11	9	6	2	17%
Immobilisations financières	1	1	1	(0)	-8%
Impôts différés actifs	0	0	0	(0)	-25%
Actifs non courants	103	64	42	39	61%
Stocks	31	11	5	20	182%
Clients et cptes rattachés	23	12	11	11	92%
Autres créances et actifs financiers courants	7	4	2	3	75%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	20	20	8	0	1%
Actifs courants	81	47	26	34	73%
Actifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	
Passif	184	111	68	74	67%
Capitaux propres (part du groupe)	39	35	19	4	11%
Intérêts minoritaires	-	-	-	-	#DIV/0!
Capitaux propres totaux	39	35	19	4	11%
PRC	1	1	0	1	100%
Impôts différés passifs	23	10	7	13	130%
Emprunts et dettes financières	45	27	17	18	67%
Autres passifs non courants	0	1	0	(0)	-12%
Passifs non courants	69	38	25	31	83%
Fournisseurs et cptes rattachés	13	6	6	7	117%
Autres dettes et cptes de régularisation	31	20	11	11	52%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	32	11	7	21	191%
Passif courant	76	37	24	39	103%
Passifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Actionnaires 15 mai 2007

Devise: €000	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital	Narrative
Total actions	7 642		A
Capital	15 284		

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 15 mai 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative:

A Au 31 décembre 2007, le capital social de Orpea est divisé en 7 642 141 actions de 2 € de nominal chacune.

Bibliographie :

- ▶ « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie », rapport du Commissariat général au Plan (2005)
- ▶ « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », rapport du Centre d'Analyse Stratégique (mai 2006)
- ▶ « Les personnes âgées dépendantes », rapport de la Cour des Comptes (novembre 2005)
- ▶ « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique Candesic (mai 2007)
- ▶ « Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique », étude du GRATH (2007)
- ▶ Publications « Études et Résultats » de la DREES
- ▶ Enquêtes et études démographiques de l'Insee
- ▶ « Acteurs du secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Eurostaf (2006)
- ▶ « Le secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Xerfi (2007)
- ▶ Documents financiers de base de Korian, Orpea et Noble Age (source : Diane) et rapports d'analystes financiers pour les sociétés cotées
- ▶ Rapports d'activité (sous réserve de disponibilité)
- ▶ Le mensuel des maisons de retraite
- ▶ Revue de presse : Midi Libre, Figaro, L'Express, L'Expansion, Le Monde... (outil de recherche : Factiva)