



EUROGROUP

Concevoir le bien vieillir et financer ses aléas :
la 5^{ème} branche

Points de vue

Janvier 2008



Points de vue

EUROGROUP

Concevoir le bien vieillir et financer ses aléas :
la 5ème branche

Janvier 2008

Sommaire

Introduction

Quels sont les besoins et comment évoluent-ils ?	p 6
• Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007	
Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?	p 10
• Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007	
Quel équilibre entre responsabilisation individuelle et solidarité collective ?	p 15
• Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007	
Regards croisés	p 21
• Le défi de la longue vie, par Hervé Juvin, Eurogroup Institute	
• Entre effort individuel et solidarité collective, quel financement de la dépendance ?	
Conclusions et pistes de réflexions sur la base des travaux de la CNSA	p 23
Annexe Synthèse CNSA	p 27
Remerciements	p 33

Introduction

En quelques dizaines d'années, un allongement régulier et important de l'espérance de vie a provoqué des modifications profondes des grands équilibres économiques et socio démographiques de la société. Au cours du XX^e siècle, l'espérance de vie à la naissance des Françaises et des Français a progressé de près de 40 ans : elle continue d'augmenter au rythme de 2,5 mois par an. En 2004, pour la première fois, l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes dépassait 80 ans, cette moyenne ne progressant pas parce que quelques-uns vivent beaucoup plus longtemps mais parce que Françaises et Français sont sans cesse plus nombreux à se rapprocher du seuil biologique de la longévité.

Estimée aujourd'hui à environ un million de personnes, le rapport de Madame Gisserot, « Perspectives Financières de la Dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 » estime à 1 % en moyenne la croissance par an du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040, ceci malgré les incertitudes sur les tendances sanitaires, l'épidémiologie des démences, les déterminants sociaux et comportementaux de la dépendance.

L'ampleur de ces évolutions est telle qu'aucun acteur public ou privé, assureur, banquier, constructeur, fournisseur de flux divers, eau, gaz, électricité, télécoms... ne peut ignorer leurs conséquences sur ses offres actuelles ou futures.

L'objet de ce document n'est pas, à l'évidence, de traiter de manière approfondie toutes les questions qui peuvent se poser à l'égard de cette question du vieillissement de la population mais de faire partager aux lecteurs des analyses, points de vue et recommandations sur les différentes questions qui nous paraissent se poser de manière plus cruciale :

- Quels sont les besoins et comment évoluent-ils ?
- Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?
- Quel équilibre entre responsabilisation individuelle et solidarité collective ?
- Quel partage entre public et privé sur sa prise en charge ?

Ces points de vue et réflexions, présentés dans la première partie du Livre, ont été recueillis lors d'une conférence/débat organisée en octobre dernier par Eurogroup.

La conclusion et les pistes de réflexions, proposées à la fin de ce document, sont issues d'une réflexion menée par les consultants d'Eurogroup.

Quels sont les besoins et comment évoluent-ils ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Introduction de Jean-François Kauffer - Directeur, Eurogroup :

« Au cours du XX^{ème} siècle, l'espérance de vie à la naissance, moyenne hommes/femmes a pratiquement doublé. On est passé de 40 ans en 1900 à 78 ans en l'an 2000.

L'espérance de vie moyenne des femmes est supérieure d'environ quatre ans à celle des hommes. En revanche, les perspectives qualitatives de la vie au grand âge sont sensiblement en défaveur des femmes puisqu'à 90 ans, une femme sur trois est en état de dépendance contre un homme sur cinq. Aujourd'hui, le nombre des personnes dépendantes, dans pratiquement toutes les études qu'on peut lire, sur la base du classement en Groupes ISO Ressources (GIR), et qui n'englobe que ses catégories 1 à 4, est estimée à environ un million.

Les études de la DREES et de l'INSEE estiment qu'en moyenne, ce chiffre va progresser de 1 % par an en moyenne sur les 40 années qui viennent.

Vivre plus longtemps, soit, mais comment bien vivre ces années supplémentaires, comment bien vieillir ? Et au fond, quels sont les besoins spécifiques de ces personnes âgées voire très âgées, à propos desquelles on envisage, enfin on a décidé plutôt, de créer, comme vous le savez, une cinquième branche de la protection sociale ? »

Les réponses de :

Hervé Juvin - Président Eurogroup Institute

Professeur Alain Franco - Gériatre - CHU Grenoble

Hervé Juvin

« Vaste question à laquelle il serait bien imprudent de prétendre apporter une réponse en quelques mots. Hier matin, j'étais à Clermont-Ferrand pour une conférence. L'intervenant qui terminait la matinée, un des plus grands linguistes de France, était face à une salle un peu dissipée. Au bout de quelques phrases dans son introduction, il a indiqué que dans la salle - à peu près 400 personnes - probablement une centaine, dans pas beaucoup d'années, commenceraient à être atteints de démence sénile. La suite de son discours a été accueillie par un silence royal. Et nous en avons bavardé ensuite au cours du déjeuner et quelqu'un lui a dit « Ce sont des mots forts ». Il a répondu « Non, non, ce ne sont pas du tout des mots forts, ce sont des mots qu'on n'entend jamais ». Je crois que c'est un peu notre pari ce soir. Ce n'est pas courant dans une entreprise que l'on parle de tous les sujets que tu as évoqués, et quand même, puisqu'un mot n'a pas été prononcé, qu'on parle de la mort.

Nous devons d'abord mesurer ce qui travaille en profondeur notre société, nos comportements par rapport à ce sujet. Nous passons d'un siècle où la crainte majeure de l'humanité, c'était la mort subite, à une époque où notre crainte majeure est celle de la vie diminuée. Aucun de nous ne supporte l'image d'un corps moins performant, d'une intelligence qui tourne moins vite, d'une séduction qui diminue. Je crois que ce rapport au corps et cette incapacité à s'imaginer vieillir est au cœur de toutes les questions que nous allons aborder, et elle fait - je reprends ce que disait ce linguiste hier - elle fait évidemment partie d'un déni collectif majeur. Nous nous refusons à imaginer autre chose qu'un corps performant, une éternelle jeunesse et une séduction qui va en s'améliorant avec les cheveux blancs.

Le deuxième point qui m'apparaît important, c'est la montée dans les projets de vie d'un risque nouveau qui est le risque de la très longue vie. Il faut bien mesurer que pour la génération de nos parents ou de nos grands-parents, le risque premier, c'était la mort à tout âge, et c'était la mort jeune. Les guerres civiles européennes n'y ont pas peu contribué. Dorénavant, le risque viager est

de retour, et ce risque viager, c'est le risque de la longue ou de la très longue vie. Choisissons de sourire un peu. Le meilleur exemple que je connaisse de ce risque de longue vie est donné par la belle Otero. La belle Otero avec Emilienne d'Alençon et Liane de Pougy, peuplent mon panthéon féminin personnel. Ces trois jeunes et très belles dames, familières de Maxim's au début du siècle dernier étaient surnommées « le passage des princes ». La plus intelligente et la plus belle était probablement la belle Otero, et elle avait calculé qu'avec tous les bijoux, les cadeaux dont elle avait bénéficiés, elle pouvait prendre une retraite bien méritée à 40 ans et aller vivre tranquillement dans sa propriété niçoise. Elle était tellement jolie d'ailleurs que c'est à cette époque qu'on a modelé la coupole du Negresco sur la forme d'un de ses seins. Le problème de la belle Otero, c'est qu'elle est restée très riche à 60 ou 65 ans. Elle a vendu sa maison pour réduire beaucoup son train de vie à 70. A 80, ça n'allait plus du tout. Elle est morte dans une soupente dans la misère la plus noire à 96 ans. C'est l'image la plus violente que je connaisse du risque viager, le risque de très longue vie. Et nous y sommes collectivement confrontés. Aucun système financier, aucun système de retraite aujourd'hui n'a provisionné ce qui permet de projeter chacune des jeunes femmes qui naissent en ce moment en France sur une espérance de vie qui va être de 95 à plus de 100 ans.

Les centenaires sont sortis des statistiques pour devenir une réalité sociale que nous connaissons dans nos familles. Le paradoxe considérable est que nous consacrons des moyens inouïs à cette prolongation de la durée moyenne de la vie. Nous avons quelquefois le sentiment que le pouvoir politique lui-même est jugé selon l'allongement de la durée de la vie qu'il nous permet d'obtenir. Des moyens financiers considérables sont engagés à cet effet et nous nous soucions très peu du sentiment d'utilité, de fierté de soi et de reconnaissance sociale que nous assurons aux personnes de plus de 80 ou de plus de 90 ans. C'est pour moi le noeud de la question. Je ne suis pas convaincu que le problème soit financier, je ne suis pas convaincu que le problème soit technique ou même médical. J'ai été trop souvent invité dans des maisons de retraite où des grands-parents ou des arrière-grands-parents de famille nombreuse n'ont pas reçu un coup de téléphone depuis cinq ans, pas une lettre depuis cinq ans, où leur famille se réduit à l'infirmière, au médecin soignant ou au kiné, pour ne pas constater que l'isolement, là dé liaison qui procède de ces sociétés d'idéologie de la mobilité infinie est probablement le premier problème auquel nous sommes confrontés.

Je vais terminer, si vous l'acceptez, sur un dernier point. Sommes-nous toujours dans le domaine de l'assurance alors que le projet politique implicite est d'amener 80 % d'une classe d'âge à un âge supérieur à 80 ou 90 ans ? Nous sortons probablement à cet égard du domaine de l'assurance caractérisée par le risque et par l'aléa de la vie humaine pour entrer dans un domaine de produits d'épargne et pour entrer pratiquement dans un problème de répartition des revenus sur tout un cycle de vie. Je me permets d'attirer là-dessus votre attention parce que la logique de l'assurance, c'est la logique de l'aléa. Si nous ne sommes plus dans l'aléa, le jour où nous parviendrons à conduire 80 ou 90 % d'une classe d'âge au seuil de la très longue vie, 85 – 90 ans, peut-être plus, nous serons sortis du problème de l'assurance pour entrer dans un autre domaine qui est celui du lissage des revenus et du pouvoir d'achat tout au long du cycle de vie, et qui est un problème de gestion d'un type nouveau

Nous touchons là des questions essentielles. Je ne suis pas sûr qu'en parlant seulement de financement ou de techniques, on les aborde bien. La question la plus pénible de ce sujet-là n'est ni dans la technique, ni dans l'argent, elle est dans le lien social, elle est dans la reconnaissance de soi et elle est dans l'estime que nous pouvons porter à ceux qui sont différents, sans les mêmes performances, sans les mêmes capacités, mais toujours autant homme. C'est probablement à ce défi de la différence intégrée et vivante que nous sommes confrontés. »

Quels sont les besoins et comment évoluent-ils ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Professeur Alain Franco

« Si vous devez retenir une seule chose de la démographie en la matière, c'est l'hétérogénéité de la population vieillissante. Elle est terriblement hétérogène. Et pour être provocateur, je dirais que tous les bébés, sont absolument identiques mais tous les vieux sont complètement différents les uns des autres.

Quatre dimensions du vieillissement : la dimension biologique, la dimension clinique, la dimension psychologique et la dimension sociale. Chacune de ces dimensions a ses propres règles, ses propres lois. Et dans une seule personne se conjuguent l'accumulation ou l'addition de ces quatre dimensions. Et vous comprenez bien que les paramètres étant différents pour chacune de ces dimensions, au bout du compte, on est très différent les uns des autres.

Deux générations de vieux. Aujourd'hui les vieux, ce sont deux générations en même temps, les parents et les enfants vieux. A l'hôpital, quand on appelle les enfants d'une personne âgée, c'est un retraité qui vous demande de ne pas être dérangé après minuit parce que son cœur risque d'en prendre un coup, même si la maman meurt. Cela signifie aussi que l'on est en train de vivre en bonne santé de plus en plus longtemps. La vie en bonne santé croît plus vite que l'espérance de vie. Et donc la partie finale de la vie qui s'appelle la morbidité se comprime. Or cette compression de la morbidité amène à une sorte de modèle où les êtres humains vont de mieux en mieux, de plus en plus longtemps et leur mort surviendrait à peu près au même moment si vous voulez. Cette hypothèse est à la base du principe de rectangularisation de la courbe de survie.

Mais alors, de quoi meurt-on ? Dans les services de long séjour - où il faut dire qu'on ne soigne pas mal les gens, sans acharnement, j'en dirai peut-être un mot - les personnes peuvent mourir d'une cause aiguë bien identifiée. Mais dans de nombreux cas l'équipe de soins constate que telle ou telle personne se trouve sur la pente descendante. On fait ce qu'on peut, sans acharnement, on fait ce qu'on peut, mais ils vont mourir. Tout le monde sait qu'ils vont mourir. Il n'y a pas de cause évidente. Mais l'entourage rappelle que la dame a eu un conflit avec son fils lors de la dernière visite, ou bien que le fils aux Etats-Unis a eu un infarctus, ou bien il y a des affaires qui se trament autour de l'héritage. Parfois les personnes expriment clairement leur volonté d'en finir et réduisent ou arrêtent leur alimentation. Et c'est une des explications de dire, mais d'une façon encore un peu mystérieuse, que l'environnement globalement, psycho sociétal, a quelque chose à faire sur l'espérance de vie.

On peut décrire deux approches actuelles de la médecine des personnes âgées et malades. Il y a classiquement la médecine aiguë basée sur un diagnostic et des traitements, souvent des médicaments qui sont remarquablement efficaces, quelquefois dangereux, surtout chez les vieux. Et pratiquée par les mêmes médecins la médecine des maladies chroniques qui concerne 80 % de cette population. La première est très bien enseignée dans les facultés de médecine. La seconde pas encore très bien, elle qui concerne l'évaluation du handicap et l'accompagnement. Mais c'est celle-là dont on a besoin aujourd'hui. Les gériatres le savent bien, parce qu'ils ont vécu cette mutation dans leur pratique.

Alors la morbidité, c'est quoi ? C'est un peu complexe. C'est la vulnérabilité, c'est la fragilité, c'est la poly pathologie, c'est-à-dire plusieurs maladies en même temps, en moyenne sept quand on a 85 ans et qu'on rentre à l'hôpital. Sept en même temps, ou plus. Le gériatre doit donc démêler sept maladies. Ce n'est pas du tout la médecine conventionnelle. Quel choix va-t-on faire, quels traitements faut-il interrompre au profit de quels autres ? La morbidité, c'est aussi la poly médication qui j'estime est une fragilité en soi.

Et puis il y a les familles. Les familles tiennent le coup en France. C'est incroyable ce que le téléphone portable a permis avec les familles, le mobile ou la visiophonie. Les familles restent unies et même

si le fils est à Brest et la fille à Nice, ça marche encore. Et donc on reste à la maison parce qu'on sait sa famille derrière, même si elle n'est pas toujours dans la même ville. Le maintien ou plutôt le soutien à domicile est une donnée sociologique forte chez nous

Alors en pratique, pour la population en phase de morbidité, un, les besoins d'aide à l'autonomie croissent de façon soutenue, mais sans doute pas rédhibitoire en matière de besoins quand on est en phase de morbidité. Deux, les préoccupations des familles, c'est une préoccupation pour le reste à charge et le reste à vivre. C'est-à-dire que toutes les allocations, tout ce qu'on a aujourd'hui ne suffit pas. Trois, il y a un épuisement et même une mortalité inadmissible des aidants. Savez-vous qu'être un aidant d'Alzheimer, c'est la maladie chronique la plus grave qui existe. Surmortalité de 20 à 60 %. Aidant d'Alzheimer, c'est plus grave que tout.

Dernier point. Notre pays a la particularité d'avoir mis en place des systèmes différents qui s'occupent de la santé et de la dépendance et d'accepter que certaines professions soient contraintes à la retraite à un âge très précoce. Quant à la distinction entre handicap d'adulte et dépendance d'âge la loi de 2005 et la CNSA nous amènent à une convergence progressive et salutaire. »

Question de Jean-François Kauffer - Directeur, Eurogroup

Je poserais volontiers une question, parce que je fais partie de ceux qui redoutent de perdre la mémoire et de tomber, éventuellement brutalement, dans un état de démence ! Alors la question que je te pose, c'est celle-ci. Aujourd'hui, parmi les personnes âgées dépendantes, on en a 70 % qui souffrent de ces maladies neuro dégénératives de type Parkinson, Alzheimer ou maladies apparentées.

Est-ce qu'à horizon raisonnable, à 5, 10 ou 15 ans, tu estimes toi, le spécialiste de la question, qu'on a une chance raisonnable de stabiliser cette maladie ou ces maladies à leur état de développement le plus précoce, là où elles ne provoquent pas encore de véritable invalidité, voire, a-t-on une chance de les guérir ? Ce qui pour le coup modifierait beaucoup les statistiques et les nombres qu'on a commencé par évoquer.

Professeur Alain Franco

Je crois que je serais très immodeste si je donnais une réponse ferme. Ce qui me frappe le plus dans cette affaire, c'est qu'il y a des travaux très solides aujourd'hui qui montrent que les facteurs de risque de la démence, toutes formes comprises- il y a une vingtaine de démences cliniquement différentes - et les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont pratiquement les mêmes. Et on se rend compte qu'à l'âge moyen de la vie, quand on tape un peu trop fort sur le risque cardio-vasculaire, cela peut avoir des répercussions sur le risque cérébral. Or la prévention des facteurs de risque est extrêmement efficace sur les risques d'attaques cérébrales, ou d'infarctus. Il y a toute chance que déjà en contrôlant ces risques, on réduise de moitié pratiquement le risque de démence. Je trouve qu'on a fait énormément de progrès dans cette maladie depuis pas mal d'années. Bien sûr, tout le monde est impatient qu'on trouve le médicament qui va guérir l'Alzheimer, comme on a trouvé la streptomycine pour guérir du jour au lendemain la tuberculose. Pour le moment, je ne sais pas ; les essais de vaccins ont été tout à fait extraordinaires, mais ils étaient dangereux. Si on arrive à faire des nouveaux vaccins anti-Alzheimer - le mot est impropre du reste - peut-être qu'on va progresser assez vite. Je ne suis pas du tout pessimiste, mais je suis mal à l'aise pour te donner un délai.

Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Les réponses de :

Georges Constantin - Président association des enseignes de Service A la Personne

Laurent Dodin – Responsable des EHPAD d'Ile de France du groupe Korian

Georges Constantin

« J'ai d'abord eu une première interrogation : en quoi les enseignes de services à la personne sont concernées par cette problématique, parce que, en tout cas dans le plan Borloo, elles ne le sont pas ? Et c'est bien une des difficultés d'aborder cette problématique à travers les services à la personne. Borloo a dit « Moi je veux créer des emplois dans les services à la personne, c'est bien ». On a parlé ménage, on a parlé assistance informatique, on a parlé soutien scolaire. On a parlé de plein de choses qui sont effectivement créatrices d'emplois. Mais la problématique vieillissement, ça fait un peu peur. Et je dois ajouter, et ça a déjà été évoqué, que les séparations administratives n'ont pas facilité les choses parce que Jean-Louis Borloo était ministre de l'emploi, il n'était pas du tout ministre de la santé ou de tout ce qui concerne le médico-social. Ceci étant posé, ce qu'on constate c'est le monde associatif qui domine cette activité depuis longtemps, de personnes âgées. Les personnes handicapées sont prises en charge dans leur vie quotidienne et dans l'accompagnement de leur vie quotidienne par des structures qui existent sur l'ensemble du territoire, et effectivement, donc, je rappelle que c'est à 80 % le secteur associatif et à 20 % le secteur privé dans cette prise en charge à domicile.

Il y a actuellement une vingtaine d'enseignes nationales de services à la personne identifiées et labellisées par l'agence nationale. On peut les répartir en trois grandes catégories, même si c'est un petit peu schématique. Première catégorie, ce sont des enseignes de prestataires de services qui se réunissent pour avoir un lieu unique de mise en relation, et pour gérer cette mise en relation, tout en sachant que globalement, les particuliers s'adressent d'abord soit aux associations, soit aux sociétés et peu aux enseignes dans ce domaine. Donc enseignes de prestataires. Il y en a un certain nombre.

Ensuite, vous avez des enseignes qui cherchent à apporter un service supplémentaire à leurs clients pour les fidéliser, ce sont les banques, Caisse d'Epargne, Crédit Agricole, Crédit Lyonnais ou des mutuelles types MAIF, MGEN, qui vont créer leur propre enseigne et qui veulent apporter un service supplémentaire à leurs clients, mais qui n'interviennent pas de manière spécifique dans l'accompagnement du handicap et l'accompagnement des personnes âgées.

Et puis vous avez une troisième catégorie dont l'origine est plutôt des assistants et des compagnies d'assurances, d'assurances de personnes qui cherchent à organiser la vie de ces personnes. Et on se rend compte que dans l'organisation de la vie, ce sont effectivement les personnes âgées, les personnes handicapées qui sont principalement concernées puisque là, on est dans un environnement un petit peu complexe.

Quand vous cherchez une femme de ménage, vous n'avez pas envie de payer un intermédiaire pour trouver la femme de ménage. En revanche, quand il faut organiser la vie, organiser des services qui sont des services un peu complexes, qui sont des services, à la fois services à la personne mais aussi des services médico-sociaux, à ce moment-là, il y a une vraie valeur ajoutée d'un certain nombre d'enseignes pour organiser ce type de vie.

On se rend compte qu'il y a une demande de plus en plus forte, et en particulier dans les contrats liés à la dépendance. En cas de survenance de l'aléa prévu dans le contrat d'assurance, il y a une demande que la sortie soit faite en prestations de services et pas en rente. C'est-à-dire que c'est « Organisez-moi ma vie le jour où l'aléa survient ». Et pour organiser la vie le jour où l'aléa survient, il faut qu'on puisse garantir plusieurs choses. D'abord que le service soit bien organisé, alors c'est vrai que c'est soit du service à la personne, du service à domicile direct, mais il y a également tous les moyens modernes type téléassistance, type télésurveillance qu'on peut implanter au logement de la personne et

donc qui participe à cette organisation. Mais il faut également qu'on rassure la personne et sa famille sur deux choses. D'abord, la bonne identification du besoin. Et ce n'est pas toujours le besoin tel qu'il est formulé qui est bien celui-ci. C'est-à-dire qu'on vous demande une femme de ménage, on vous demande une aide à domicile. Et en réalité la personne âgée qui est isolée a besoin de quelqu'un chaque jour à qui faire la conversation et avec qui prendre le café.

Deuxième chose, il y a une nécessité, et pour nous c'est très important, à garantir la qualité de la prestation. Et ça, c'est quelque chose de compliqué, parce qu'il faut qu'on soit sûr. Alors on a plein de systèmes, je ne vais pas rentrer dans le détail, d'évaluation de la qualité des prestataires. Et je dirais que ce n'est pas les normes NF, ou la certification, qui apportent la totalité de la réponse, parce qu'ils vérifient davantage les process. Mais c'est là-dessus qu'il est important que nous nous engageons. Et surtout, généralement, nous nous engageons sur une longue période. C'est-à-dire qu'à la différence de l'assistance où c'est accidentel, donc sur quelque temps, là, nous nous engageons sur une longue période.

Troisième élément que je voulais évoquer, et sur lequel je crois qu'on a des besoins de réflexion en France... Alors j'anticipe peut-être ce que va dire le représentant de Korian, mais ça ne fait rien, c'est le continuum résidentiel que vous avez commencé à aborder. Tout ce que vous avez dit sur le maintien à domicile, très bien, mais actuellement, on est dans un schéma en France où quand la personne âgée, handicapée n'arrive plus à rester à son domicile, il faut lui trouver la solution EHPAD, la solution médicalisée. Or, on se rend compte qu'il y a un besoin de créer des solutions intermédiaires, où on a besoin d'une assistance parce qu'on ne peut plus rester à son domicile, mais on n'a pas encore totalement besoin d'un système médicalisé très lourd qui est celui des EHPAD. Or la réflexion en France n'est pas satisfaisante dans ce domaine. Avant, on avait les foyers logement. Les foyers logement, on y entraînait, vous l'avez indiqué, à la retraite et puis on y vivait quelques années, parce que l'espérance de vie était plutôt limitée. Maintenant, on reste à domicile plus longtemps, mais on n'a pas re-créé ce dispositif intermédiaire – beaucoup de gens commencent à y réfléchir – ce dispositif intermédiaire qui est entre le maintien à domicile et puis la structure totalement médicalisée, parce que là, c'est le besoin d'accompagnement vraiment médicalisé qui prime. Et cette structure, il faut qu'elle soit petite, c'est-à-dire que c'est des unités de vie dans lesquelles vous avez au maximum 20-25 personnes, peut-être moins, qui doivent être implantées ou dans un quartier pour que les gens continuent à être dans leur cadre de vie, qu'ils puissent y rencontrer des gens, ou dans un village, enfin dans un gros village quand on est à la campagne, mais où on ne soit pas trop éloigné de ses habitudes de vie et de ses traditions de vie.

Juste un exemple, mais il vaut ce qu'il vaut, il est adapté aux pays nordiques, il n'est pas forcément adapté à la France. J'ai été frappé il y a une vingtaine d'années, en visitant des structures de ce type-là et dans plusieurs endroits de Suède. Il y avait, soit dans la périphérie de Stockholm, soit dans des villes moins importantes, des maisons de quartier qui étaient à la fois l'addition de la maison des jeunes, du restaurant de quartier. C'est-à-dire que tout le monde y venait, chômeurs, salariés, tout le monde y venait. On venait faire sa gymnastique, on venait assister à des conférences et tout ça. Et puis il y avait également des logements pour personnes âgées qui n'avaient pas encore le besoin d'être médicalisées, donc ils rencontraient plein de gens pendant la journée. Et puis il y avait en plus quelques logements étudiants à qui on faisait payer pas cher, parce que les étudiants assuraient la garde de nuit. Et j'avais trouvé que ce système d'intégration sociale des personnes âgées était quelque chose de très intéressant pour assurer leur maintien dans leur espace de vie habituelle dans leur quartier. Donc je crois qu'il serait utile, dans les réflexions dans lesquelles nous sommes, parce qu'on va évoquer le cinquième risque, on est là sur des trucs un peu hard quand même, y compris sur les aspects financiers. Il serait utile de réfléchir à des solutions de ce type. Il y a ce besoin de prise en charge qui est certainement à étudier avec des investisseurs et des collectivités locales, avec des organismes de logement social. Mais on a des efforts importants à faire dans ce domaine-là. »

Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Laurent Dodin

Je voudrais illustrer on va dire la réaction de la société d'une manière générale, de notre société française en l'an 2007 par rapport à la maison de retraite, par une petite anecdote. Lorsque j'annonce à des personnes que je travaille dans un groupe de maisons de retraite, généralement j'ai deux réactions. Soit les uns me disent « Magnifique, c'est un métier d'avenir, formidable, pas de chômage, pas de délocalisation et croissance assurée ». Soit les autres me disent « Mon dieu quelle horreur, fasse le ciel que je n'y aille jamais ». Je dirais que ces deux réactions sont à la fois symptomatiques de l'image que nous avons en France de la maison de retraite et également de sa méconnaissance. Méconnaissance parce qu'en fait, d'une part le marché, si on peut appeler ça un marché, de la maison de retraite n'est pas extensif à l'infini, il se réduit au contraire sur un créneau de plus en plus restreint, et ça c'est lié, comme le disait le professeur Franco, à une morbidité qui se comprime. Et qu'effectivement, de tels efforts ont été faits dans le cadre du maintien à domicile, qui répond aussi à un vrai besoin de prise en charge de la famille et de son entourage, que quelque part, le placement en maison de retraite n'intervient qu'au dernier moment, souvent dans la précipitation, souvent mal préparé, et souvent suite à ce que l'on pourrait qualifier d'un accident de la vie : décès du conjoint, problème pathologique grave, etc.

Notre métier a profondément, profondément changé. On n'est plus dans la maison de retraite effectivement où on venait de son plein gré jouer aux boules avec ses amis, on est vraiment dans la grande dépendance. Nos établissements accueillent 70 % à peu près de personnes atteintes de troubles cognitifs, dont la maladie d'Alzheimer bien sûr.

Cette situation a également changé je dirais la réaction des familles, de l'entourage familial par rapport à la maison de retraite où quelque part, la maison de retraite est perçue je dirais comme un peu une bouée de sauvetage. Mais elle ne répond pas non plus toujours à toutes les problématiques. Et en particulier, une des problématiques qui est de plus en plus prégnante dans nos établissements, c'est celle de la fin de vie, puisque plus tard vous arrivez effectivement, et plus cette problématique est proche et se pose de façon importante.

Or, avec la médicalisation dans ces établissements, les attentes de l'entourage sont de plus en plus exigeantes par rapport à la mort et je dirais à la non mort. Nous avons en quelque sorte une obligation de résultat, d'arriver à une fin de vie la plus tardive et la plus soft possible.

C'est vrai qu'il est assez compliqué de savoir si oui ou non notre pays est suffisamment doté en EHPAD ou pas. Ce qu'on peut constater en tout cas, c'est qu'on rentre de plus en plus tard, donc de fait, on reste de moins en moins longtemps aussi dans nos établissements. L'âge moyen dans les établissements du groupe Korian est de l'ordre de 85 ans, il faut quand même le savoir. Et la durée moyenne de séjour qui était, il y a quelques temps encore, de quatre à cinq ans est maintenant de quelques mois. Et cela, en l'espace de trois - quatre ans. Je parle des nouveaux entrants, bien sûr. Parce qu'on va dire que la présence des anciens résidents fausse un petit peu cette analyse. Mais quelqu'un qui rentre aujourd'hui en EHPAD a une durée moyenne de séjour de six mois à peu près, ce qui est excessivement faible.

Lorsque vous arrivez dans une situation d'urgence et lorsque vous arrivez dans un état bien sûr physique dégradé, et qu'en plus vous restez relativement peu de temps, ça complique énormément le travail des équipes qui doivent travailler au quotidien, aux côtés et pour ces personnes. Donc ça, c'est une donnée fondamentale. L'autre, c'est qu'effectivement, sur le plan humain, pour

nos équipes, le travail a profondément changé. Travailler avec une personne âgée qui a, comme on dit communément, toute sa tête, c'est complètement différent que de travailler avec une personne souffrant de troubles d'Alzheimer. Il y a une usure au travail qui est démultipliée.

Alors il ne faut pas non plus négliger l'aspect financement, puisqu'on est aussi là pour en parler. Donc nos maisons de retraite qui sont maintenant devenues EHPAD bénéficient des conventions tripartites avec le Conseil Général et la DDASS. Ces conventions tripartites ont été une révolution on va dire dans le monde médico-social, puisqu'elles ont permis, et c'est quelque chose qu'on ne dit peut-être pas assez, elles ont permis une énorme avancée dans la qualité de la prise en charge en EHPAD. Elles ont permis d'intégrer une partie du personnel infirmières, aide-soignante... en professionnalisant les salariés, en leur donnant également la possibilité d'accéder à un diplôme, à des compétences distinctives.

Et puis elles ont augmenté aussi nos ratios de personnel. Il faut savoir que dans les établissements du groupe Korian, le ratio de personnel avoisine actuellement 0,5, à peine plus, ETP par résident. Ce qui est mieux qu'autrefois, mais peut-être encore largement insuffisant, puisque le plan « Solidarité Grand Âge » prévoit un pour un.

Alors au-delà du financement, une des questions aussi qui se pose, c'est celle je dirais du paiement du prix de journée dans nos établissements. Il se trouve qu'actuellement, les aides publiques financent d'une part les personnels soignants au niveau de la DDASS, et puis le personnel lié à la dépendance au travers des financements Conseil Général et des tarifs GIR, qui eux-mêmes sont solvabilisés par l'APA. Reste bien sûr le tarif hébergement qui dans les établissements d'Ile-de-France avoisine les 3 000 euros par mois, pour une pension moyenne en France qui doit être de 1 200 – 1 300 euros, à peu près.

Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Laurent Dodin

La maison de retraite a profondément changé au cours des 10 dernières années. En effet, sous l'impulsion des pouvoirs publics, de réels efforts ont été réalisés pour favoriser le maintien à domicile, de sorte que le placement en maison de retraite n'intervient qu'au dernier moment, souvent dans la précipitation, souvent mal préparé, et souvent suite à ce que l'on pourrait qualifier d'un « accident de la vie » : décès du conjoint, problème pathologique grave, etc.

On est ainsi passé de la maison de retraite où l'on venait de son plein gré « se reposer » avec ses amis, à la prise en charge de la grande dépendance. Nos établissements accueillent 70 % à peu près de personnes atteintes de troubles cognitifs, dont la maladie d'Alzheimer. Et l'on ne vient plus de son plein gré, dans une démarche volontaire, en maison de retraite.

Cette situation a également bouleversé les attentes des familles : la maison de retraite est souven perçue comme une bouée de sauvetage, à un moment d'extrême difficulté. Mais elle ne répond pas pour autant à toutes les problématiques, en particulier psychologiques, qui envahissent l'entourage familial face à la dépendance et à la mort. Les professionnels se trouvent ainsi souvent confrontés à une obligation de résultat, celle d'une fin de vie la plus tardive et la plus douce possible.

Il est finalement assez compliqué de savoir dans quelle proportion notre pays est insuffisamment doté en EHPAD. Ce qu'on peut constater en tout cas, c'est qu'on rentre de plus en plus tard, donc de fait, on reste de moins en moins longtemps aussi dans nos établissements. L'âge moyen dans les établissements du groupe Korian est de l'ordre de 85 ans. Et la durée moyenne de séjour qui était, il y a quelques temps encore, de quatre à cinq ans est maintenant de quelques mois. Lorsque nos résidents arrivent dans une situation d'urgence, dans un état physique dégradé, et pour une courte période, cela complique énormément le travail des équipes qui doivent travailler au quotidien, aux côtés de ces personnes. Cette situation nécessite davantage de formation et d'accompagnement du personnel, afin d'éviter un risque démultiplié d'usure au travail, voire de situation maltraitante.

Sur le plan du financement, nos maisons de retraite sont désormais devenues EHPAD et bénéficient à ce titre des conventions tripartites avec le Conseil Général et la DDASS. Ces conventions tripartites ont été une révolution dans le monde médico-social, elles ont constitué une énorme avancée dans la qualité de la prise en soins des résidents. Elles ont en effet permis d'intégrer une partie du personnel, infirmières, aide-soignante, en professionnalisant les salariés, en leur donnant également la possibilité d'accéder à un diplôme, à des compétences reconnues et validées. Et puis elles ont augmenté nos ratios de personnel. A ce jour, dans les établissements du groupe Korian, le ratio de personnel avoisine 0,6 ETP par résident. C'est nettement mieux qu'autrefois, mais sous doute encore largement insuffisant, puisque le plan « Solidarité Grand âge » prévoit un pour un.

Au-delà du financement public, une des questions qui se pose est celle du paiement du prix de journée dans nos établissements. Ainsi, le tarif hébergement, qui reste à la charge des résidents et des familles, avoisine les 3 000 euros par mois dans les établissements privés d'Ile-de-France en raison des coûts du foncier, pour une pension moyenne en France d'environ 1400 euros. Aucune réponse gouvernementale n'a, à ce jour, permis de soulager cet effort familial souvent considérable.

Quel équilibre entre responsabilisation individuelle et solidarité collective ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Les réponses de :

Catherine Ollivet - Présidente de CODIF Alzheimer

Député Philippe Vitel - Vice président Conseil Général du Var

La troisième partie de notre débat tient à la volonté manifestée par le Président de la République au cours de sa campagne et la décision prise par le gouvernement de créer une cinquième branche de la Sécurité Sociale. Alors qu'est-ce que ça veut dire ? J'avoue que moi je n'ai pas le sentiment d'avoir fait le tour de la question, mais à ma connaissance, la notion de branche apparaît en 1967 avec les ordonnances Jeanneney qui visent à l'époque à mieux identifier les risques, de manière à mieux contrôler les budgets et les financements qu'on affecte à ces risques.

En 2000, on consacrait 0,65 % du PIB environ à la prise en charge de la dépendance. Sous l'effet canicule, on est passé en 2006 à environ un point de PIB, soit 16 milliards d'euros.

Lors de la journée Alzheimer, Nicolas Sarkozy a déclaré, à propos des personnes dépendantes « C'est à la solidarité nationale, à la solidarité familiale ou à l'assurance de lui financer - à cette personne - cette aide, au-delà de ce que peut supporter la responsabilité personnelle de chacun ». Alors Madame, où se trouvent pour vous les limites de ces responsabilités entre la personne elle-même, la famille et puis la nation, nous tous ?

Catherine Ollivet

« Le problème n'est pas de savoir quel est le pourcentage du PIB que nous donnons aujourd'hui, c'est depuis combien d'années nous n'en donnons pas assez. Parce qu'il s'agit à la fois de répondre aux besoins identifiés actuels auxquels nous ne répondons pas correctement, et de prévoir les réponses à venir, face à l'augmentation prévisible du nombre de personnes atteintes de ces pathologies entraînant une lourde perte de l'autonomie. Donc jusqu'où sommes-nous capables d'aller, de choisir et de faire des choix de société par rapport à ça ?

Aujourd'hui, dans notre XXIème siècle, c'est la première fois dans l'histoire de l'humanité, qu'il y a des familles de cinq générations. Et ces familles de cinq générations s'inscrivent dans une culture de familles éclatées, de familles recomposées, de familles géographiquement dispersées, ce qui multiplie les difficultés de conserver un lien familial fort.

Vous avez remarqué que Monsieur Kauffer, comme Monsieur Dodin, ont dit « Pourvu que ça ne m'arrive pas ». Une femme, dit « Pourvu que ça n'arrive pas à mon père ou à ma mère » : 80 % des personnes qui soignent et prennent soin d'une personne en situation de perte d'autonomie sont des femmes. Et comme vous le voyez à cette tribune, la majorité de ceux qui en parlent, qui décident et qui financent sont des hommes. Je n'ai pas « griffé » pour le plaisir. C'est très symbolique de notre société française aussi. Ce qui explique peut-être que, pendant très longtemps le vieillissement et la dépendance ont été oubliés, parce que cela ne concernait que des femmes. Et finalement, est-ce si grave que ça qu'une femme devienne dépendante ?

La dépendance est-elle le contraire de l'autonomie ? Bien sûr que non. On peut être dépendant physiquement et parfaitement autonome psychiquement. Il y a l'indépendance financière, l'indépendance physique et l'autonomie psychique. C'est-à-dire la capacité de décider, de choisir sa vie. Et c'est là que tout change.

Depuis le choc de la canicule de 2003 et de ses 15 000 morts, les progrès réels du soutien à domicile des personnes âgées, ont répondu, grosso modo, aux besoins de la perte d'autonomie physique, mais n'ont en aucune façon répondu aux besoins de la perte d'autonomie psychique de type Alzheimer ou maladie apparentée.

Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui et quelles seront-elles demain ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Comme vous l'avez dit : « Ma femme de ménage, je la trouve à l'étage d'en dessous ou chez la concierge ». En réalité, beaucoup de ceux qui utilisent les « emplois Borloo » sont des personnes en grande perte d'autonomie, en grand déficit et les associations d'aides à domicile ne sont pas, le plus souvent, dotées de personnels qualifiés pour prendre en charge des personnes vulnérables. Mais c'est là qu'il y avait des employeurs. Actuellement à domicile, des personnes fragiles, en grande perte d'autonomie, sont aidées, accompagnées par des personnes en grande difficulté sociale ! J'arrive du 93 ; le 93 est un merveilleux laboratoire du chaudron magique Borloo : 263 associations de maintien à domicile se sont créées en 2006, sans aucun critère de qualité ni d'organisation, ni d'encadrement. C'est-à-dire que les personnes âgées vulnérables ont été un formidable réservoir pour résoudre une partie du chômage des cas sociaux de la Seine-Saint-Denis. C'est une aberration. Il est indispensable que des obligations de formation et d'encadrement se mettent en place extrêmement vite. Nous sommes actuellement, dans une situation dramatique de double maltraitance, maltraitance de la personne aidée, maltraitance de la « professionnelle » aidante.

Aujourd'hui, en France, c'est essentiellement la famille qui assume à 70 % la vie quotidienne à domicile d'une personne souffrant de déficits cognitifs de type Alzheimer. C'est le tout ou rien, domicile ou institution. Entre les deux, il n'existe que très peu de réponses organisées, souples, face aux situations de crise, à l'épuisement de l'aidant. Nous lâchons prise souvent, comme l'a dit Monsieur Franco, parce que l'aidant familial se meurt. Il y a 20 ans, j'ai enterré à 8 semaines d'intervalle mon père d'un cancer et ma mère, jeune Alzheimer. 20 ans après, comme présidente d'association, je continue à aller aux enterrements des conjoints avant leur malade. Je n'ai pas vu de changement. Les conjoints continuent à mourir de leur accompagnement trop lourd....

Alors c'est vrai que nous assumons le plus loin possible, au-delà des limites, au-delà du raisonnable. Une société a-t-elle le droit de condamner des gens à mort, parce qu'à 80 ans, ils ont le malheur d'être l'aidant familial principal vivant 24 heures sur 24 avec un conjoint, un père ou une mère atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Bien des raisons poussent les aidants familiaux à aller toujours un peu plus loin et même trop loin. L'une de ces raisons est le « reste à charge » des établissements d'accueil. Et pas seulement le coût dans un établissement privé, désigné du doigt comme étant un « établissement honteusement commercial ». Pendant bien des années, heureusement que nous avons eu les établissements commerciaux, c'était les seuls qui acceptaient nos malades !

Dans un hôpital gériatrique public de l'AP-HP en 2007, en Ile-de-France, le malade Alzheimer accueilli paye au titre de l'hébergement 2 800 euros par mois. Ce n'est pas le tarif scandaleux d'un grand groupe privé commercial qui gagne de l'argent sur la tête des vieux. En Ile-de-France, le « reste à charge » se situe entre 2 500 euros dans un établissement associatif non lucratif et 3 000 euros et plus dans un établissement privé commercial.

La première phrase que j'entends dans la bouche d'un mari ou d'une femme de 80 ans, c'est « Madame Ollivet, ça fait 52 ans qu'on est mariés, ce n'est pas maintenant que je vais l'abandonner ». Mais ce que je rencontre depuis peu, ce ne sont pas des conjoints qui m'appellent, ce sont des filles. Et leur première phrase est : « Ma mère est Alzheimer, elle vit seule, ça fait déjà 20 ans qu'elle est divorcée, elle ne s'est jamais remariée. Qu'est-ce que je fais ? ».

« Mettre » son conjoint, sa mère en établissement, nous le vivons tous comme une fracture, comme le reniement de ce que nous lui avons chuchoté à l'oreille : « Je te le promets, je t'accompagnerai jusqu'au bout ». C'est insupportable. C'est insupportable aussi pour la dignité de ces personnes âgées obligées de demander l'aide financière de leurs enfants : « Moi Madame, j'ai fait la guerre, j'ai commencé de rien en 45. Jamais je ne demanderais de l'argent à mes enfants ». « Madame Ollivet, je ne comprends pas, il est malade, il est à 100% et j'ai une Mutuelle, pourquoi je dois payer aussi cher ? ».

C'est un malade oui, un malade au long cours. Il n'est plus un malade comme les autres puisqu'il est chronique, incurable et vieux.

Le domicile n'est pas toujours ce havre de paix espéré quand on est un vieux malade et dépendant. Les familles s'efforcent de répondre aux besoins du mieux possible, le plus souvent dans une absence totale d'autres choix.

En moyenne statistique, le coût de la maladie restant à la charge de la personne malade et sa famille, est de 1 000 euros par mois pendant en moyenne huit ans. Bien évidemment, un malade débutant coûte moins cher et la charge est surtout aux stades les plus évolués. Combien de personnes actuellement, lorsqu'on connaît le montant moyen de la retraite des femmes, peuvent dépenser en plus 1 000 euros par mois pendant huit ans pour assurer sa survie et sa vie ?

Je rappelle qu'on ne vit pas que de piqûres, de pansements ou de médicaments. On vit parce que quelqu'un vous parle, parce que quelqu'un vous tient la main, parce que quelqu'un vous rassure, parce que quelqu'un vous affirme que vous êtes toujours une personne, que vous existez, que vous ressentez toujours, que vous aimez toujours. Et même au fin fond de la maladie, vous êtes encore capable de rire et de sourire...

Jean-François Kauffer

« Monsieur le Député, bonsoir. Merci beaucoup de nous avoir rejoints. En vous attendant, nous avons échangé sur les caractéristiques réelles du vieillissement et du grand âge. Quels types de besoins ça génère, quels types de solutions on s'est attaché à mettre en oeuvre dans ce pays ? Tout en notant que l'on a fait des efforts importants, notamment au travers des plans qui se sont succédés à partir de 2003. Mais la question au fond, c'est celle de savoir, après avoir constaté de la part de notre pays un sous investissement considérable et pendant de très longues années sur la prise en charge de la dépendance et du handicap, c'est celle de savoir si une cinquième branche qui aurait pour mérite de mieux identifier les risques et les budgets que la nation est capable de mettre en place pour les prendre en charge, si cette cinquième branche, est en mesure de nous faire rattraper le retard que nous avons accumulé. Sachant qu'aujourd'hui, si je ne prends que le champ de la dépendance, nous sommes à environ - en termes de financement - à 1 % du PIB, quand la Suède y a consacré 2,7 % pendant des dizaines d'années. »

Quel équilibre entre responsabilisation individuelle et solidarité collective ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Député Philippe Vitel

« Aujourd'hui, on évoque la dépendance. La dépendance qui se situe où ? Qui se situe aux confins à la fois de la vieillesse et de la maladie. Deux éléments qu'il ne faut pas dissocier dans le raisonnement qui doit être le nôtre et qui constitue aujourd'hui, pour notre système de protection sociale, un nouveau défi, comme vous l'avez évoqué Monsieur dans vos propos introductifs. Alors ce défi est triple. Il est financier bien sûr, mais il est autant médical qu'organisationnel. Et c'est aujourd'hui effectivement un défi humain pour notre société. Et moi aussi, je constate que peut-être la prise de conscience collective n'est pas au niveau de ce qu'on devrait en attendre, et que cela doit être pour nous tous une des priorités absolues. Aujourd'hui, il ne peut y avoir solidarité que si elle est collective, et pour avoir atteint ce niveau de solidarité collective, il faut qu'il y ait compréhension collective de ce phénomène. Et je crois que nous n'avons pas encore effectivement atteint cet état. Et c'est d'ailleurs pour cela qu'il est légitime, comme vous le posez dans votre questionnaire, de savoir ce qui doit revenir à la solidarité collective et à la responsabilité individuelle. Parce qu'aujourd'hui, le traitement des risques liés à la dépendance ne sont clairs ni dans leur principe, ni dans leur organisation et ni dans leur financement.

Alors effectivement, beaucoup de choses ont été faites. Vous évoquiez les premières politiques faites dans un oecuménisme politique, on doit bien le dire, parce que moi élu UMP, reconnaît la valeur de ce qui a été fait en 2001 par Madame Guinchard-Kunstler qui était ministre à l'époque des personnes âgées, qui a mis en place l'APA. On lui a reproché de ne pas en avoir prévu exactement le financement. Mais je crois objectivement qu'elle n'en était pas capable à ce moment-là. Et que d'ailleurs, la demande, face à ce dispositif est allée bien au-delà très rapidement de tous les chiffres qu'on avait prévus.

Quoi qu'il en soit, quand en 2002 j'ai été élu, quand le maire de ma bonne ville de Toulon, Hubert Falco est devenu secrétaire d'Etat aux personnes âgées, eh bien il manquait 1,2 milliard d'euros pour financer l'APA de l'année 2003. Et donc il a été obligé d'arbitrer en trois parties dont on connaît la déclinaison : un tiers pour l'Etat, un tiers pour les collectivités locales et un tiers pour les allocataires. Et ceux-ci qui n'étaient pas quand même à des niveaux d'aide suffisants, mais ils correspondent aux réelles dépenses, étaient de ce fait obligatoirement pénalisés. Mais trouver 1,2 milliard de but en blanc dans le budget de l'Etat, ce n'est pas quelque chose de facile. Quoi qu'il en soit, ces politiques ont été mises en place. La caisse de financement a été créée, les choses ont avancé, mais ont avancé à un rythme à tous les niveaux qui n'est pas concevable aujourd'hui et qui oblige à raisonner aujourd'hui différemment. Et c'est pour ça que je trouve totalement légitime le discours du Président de la République, à la fois dans ses engagements et dans sa campagne électorale, et qui demande aujourd'hui au gouvernement de trouver une réponse adaptée et structurée pour ce cinquième risque social. Alors qui dit « cinquième risque » dit-il obligatoirement cinquième branche ? Quel financement de cette cinquième branche ? C'est là pour le politique que se pose la question aujourd'hui.

Qu'est-ce qui a été fait depuis quatre ans ? Déjà, la mise en place de structures locales d'information et de prise en charge médicale rapide par le biais des CLIC. Les CLIC sont critiqués par beaucoup. Moi je suis dans un département où les CLIC marchent bien. Mais j'étais à un colloque où quand j'ai dit ça, je me suis fait siffler. Alors je le dis aujourd'hui avec prudence, les CLIC, je ne sais pas s'ils sont dans une uniformité de fonctionnement et de qualité partout, mais il y a des endroits où ça fonctionne bien. Et ça fonctionne bien à partir du moment où ils ont en plus des partenariats avec des associations telles France Alzheimer, Var Alzheimer chez moi. Et je crois que main dans la main, on arrive rapidement à faire un travail positif.

Aujourd'hui, le Président a installé, sous la responsabilité du premier ministre, une commission chargée d'élaborer un nouveau plan d'action sur cette maladie qui est aujourd'hui la première cause de dépendance des personnes âgées.

J'ai une obsession personnelle, c'est le baluchon Alzheimer. Et c'est aujourd'hui le code du travail français qui nous empêche de mettre en place ce système dans notre pays alors qu'il rend des services évidents ailleurs. Baluchon Alzheimer, vous connaissez tous ce que c'est. Vous avez un patient Alzheimer chez vous, vous désirez partir une semaine en vacances, vous faites venir quelqu'un qui présente toutes les garanties pour prendre en charge le malade pendant une semaine, il va rester une semaine jour et nuit chez vous. Vous n'avez pas en France le droit de faire un contrat de travail de 24 heures sur 24 pendant une semaine à durée déterminée avec quelqu'un. C'est un combat personnel que je mène depuis plusieurs années sur ce sujet, que j'ai mené auprès de Philippe Bas et que je continue aujourd'hui dans les relations que j'ai avec les élus en charge. C'est une problématique qui dépasse la problématique santé. C'est une problématique aujourd'hui du code du travail et donc des politiques de travail dans ce pays.

Donc aujourd'hui, installation sous la responsabilité du premier ministre de cette commission chargée d'élaborer ce nouveau plan d'action sur la maladie d'Alzheimer. Le professeur Joël Ménard en a été chargé. Il a remis son rapport au Président de la République le 21 septembre et nous donnera ses réponses définitives le 1er novembre de cette année. Mais le Président de la République, à l'occasion de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, a présenté déjà les grands axes de ce plan et a mobilisé tous les ministres concernés, Xavier Bertrand, Valérie Pécresse, Roselyne Bachelot et Valérie Létard sur cette pathologie. Ce débat, pour le Président, se fera sur le contenu du plan, associera l'ensemble des professionnels de la maladie et sera aussi ouvert à tous les Français par le biais d'Internet.

Nous en arrivons au dur du débat, c'est l'effort budgétaire que tout cela représente aujourd'hui. L'effort budgétaire nécessite de nouveaux moyens. On est en train de discuter du projet de loi de finances de la Sécurité Sociale, du PLFSS. Il n'est pas encore en discussion à l'assemblée, il a été présenté. Mais vous avez noté que nous envisageons la mise en place de franchises médicales dont le montant plafonné à 50 euros par personne et par an, serait directement destinées aux frais générés par toutes les pathologies liées au vieillissement et à la dépendance. Ça devrait générer 850 millions d'euros investis dans la prévention, investis dans la recherche et le développement. Et là, le Président insiste beaucoup sur le déficit de recherche sur le domaine d'Alzheimer dans notre pays, et sur la meilleure prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Et vous avez évoqué avec juste raison aujourd'hui des restes à payer considérables dont il faut à tout prix trouver le moyen de financement pour les diminuer.

Alors en ce qui concerne cette cinquième branche de protection sociale pour la prise en charge de la dépendance, qu'est-ce qui la justifie ? Ce qui la justifie, c'est déjà la situation actuelle. C'est aussi le défi majeur que va représenter le vieillissement dans les années à venir, puisque d'ici 2040, le nombre de personnes de plus de 85 ans sera multiplié par deux. 2 500 000 personnes de plus de 85 ans en 2040. Et donc de ce fait, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera de 55 %. Alors ce que l'on ne peut pas payer aujourd'hui, on pourra encore moins le payer demain. Il faut donc réfléchir à cette éventualité de mise en place de cette cinquième branche, préfigurée d'ailleurs dans l'esprit, et je me souviens d'une discussion que j'avais eu avec Hubert Falco à l'époque par la mise en place de la CNSA, qui dans son esprit était déjà une forme de préfiguration de cette cinquième branche, en partie alimentée par le produit de la journée de solidarité qui paraissait gadget mais qui quand même a fait rentrer pas mal d'argent dans les caisses.

Quel équilibre entre responsabilisation individuelle et solidarité collective ?

Extraits de la conférence/débat organisée par Eurogroup le 3 octobre 2007

Mais aujourd'hui, il faut aller beaucoup plus loin. Et donc le Président de la République, là aussi conformément à ses engagements, a demandé à ses ministres de réfléchir à la mise en place de cette cinquième branche de protection sociale dès 2008, chargée de financer les actions en direction des personnes dépendantes. Alors concrètement, qu'envisage-t-il par là ? Pour lui concrètement, il s'agit de développer un nouveau droit à la protection sociale, commun à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie, handicapés et personnes âgées dépendantes. Ce droit devra être mieux adapté à la diversité des situations individuelles et prendre en compte de manière plus juste les capacités contributives des personnes ainsi que leur patrimoine. Il s'agit aussi dans son esprit de développer l'assurance individuelle contre le risque de dépendance. Et pour ce faire, il appelle aux investisseurs privés et leur demande d'investir davantage dans ce secteur, non pas en substitution de la solidarité nationale qui atteint un niveau sur lequel on ne peut plus je crois lui demander d'efforts supplémentaires, mais en complément de cette solidarité nationale, envisageant donc la dépendance comme un risque assurable au même titre que beaucoup d'autres choses. Et qui pourra d'ailleurs être couvert en partie par des produits financiers innovants.

Donc cette cinquième branche qui était dans les fantasmes, dans les souhaits, dans les rêves de beaucoup de monde depuis très longtemps, aujourd'hui, c'est une réalité en construction. Que sera t-elle demain ?

C'est à nous de le faire, c'est à nous de le mettre en place, c'est à tous ceux qui ont aujourd'hui un rôle à jouer dans ce domaine à le faire. Mais je crois que nous allons vraiment tourner une page et qu'enfin demain, nous pourrions être fiers dans notre pays, comme d'autres pays le sont, de ce que nous faisons pour nos personnes les plus fragiles et les plus âgées. A ce sujet d'ailleurs, et je terminerai par là, j'ai Madame une souffrance personnelle devant un sujet que vous avez abordé, qui est le thème des aidants familiaux. Nous sommes dans un pays où les aidants familiaux n'ont toujours pas de statut, dans un pays où les aidants familiaux n'ont donc pas une reconnaissance, une tutelle qui les amènerait à une formation. J'ai organisé il y a deux ans à l'Assemblée Nationale le premier colloque européen sur les aidants familiaux, et j'ai eu honte. J'ai eu honte, car on était à un stade où on n'avait même pas de statistiques à présenter. Alors que tous les invités étrangers qui m'avaient fait la joie de venir nous avaient montré, les Suisses, les pays de l'Est, les pays du Nord, l'avance qu'ils avaient dans ce domaine. Là aussi, je crois que nous avons un effort majeur à faire, et là, ce n'est pas un problème de financement, c'est exclusivement un problème de volonté. Et donc ça coûte moins cher. Et depuis deux ans, les choses ont un peu avancé, la prise de conscience a avancé, mais nous avons encore un retard considérable. Et nous avons là je crois, au-delà de l'apport direct aux patients, un moyen d'aider à cette prise de conscience en reconstituant le lien intergénérationnel qui doit aussi intervenir dans ce domaine-là. Voilà en quelques mots ce que je voulais vous dire. Je vous ai peut-être très déçu, mais la cinquième branche, aujourd'hui, à part effectivement la décision politique, tout est à y mettre dedans. »

Regards croisés

Jean-François Kauffer, Directeur Eurogroup
Hervé Juvin, Président Eurogroup Institute

Entre effort individuel et solidarité collective, quel financement de la dépendance ?

Par Jean-François Kauffer, Directeur, Eurogroup

Depuis le début de ce siècle, notre pays s'est attaché avec volontarisme, et notamment sous « l'effet canicule » à combler le retard considérable qu'il avait accumulé dans la prise en charge du handicap et de la dépendance. En 2000, l'OCDE estimait que la France consacrait 0,65% de son PIB au financement des « soins de longue durée », contre 0,95 pour l'Allemagne, 1,35 pour les Pays Bas, et ...2,74% pour la Suède. Compte tenu de la complexité des circuits de financement mis en œuvre, et malgré la création de la CNSA, il est difficile de chiffrer rigoureusement les dépenses publiques affectées à la dépendance. En s'appuyant sur les travaux de la cour des comptes et du centre d'analyse stratégique, le rapport Gisserot estime toutefois que ces dépenses s'élèvent, en 2005, à environ 16 Milliards d'Euro, tangentant ainsi 1% du PIB.

Chargés d'éclairer les « marges de choix » du gouvernement, les auteurs du rapport, « Perspectives Financières de la Dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 », ont bâti 5 scénarios d'évolution des dépenses à 20 ans en fonction du niveau de solidarité exprimé par la nation et de sa répartition. A effort constant (1% de PIB), le reste à charge des ménages augmente fortement... tout comme l'opportunité pour eux de souscrire une police dépendance. A effort sensiblement accru, sur une génération, (1,4% de PIB), le reste à charge diminue...et l'assurance dépendance disparaît !

Si ces hypothèses relatives au financement de la dépendance par à la création d'une 5^e branche de protection sociale, l'un des facteurs de choix du gouvernement entre ces divers scénarios tiendra certainement dans la pesée que l'on peut faire de la sensibilité de nos concitoyens à ce problème de société.

Or, un récent sondage Opinionway sur la perception des enjeux sociaux prioritaires semble démontrer que les Français se soucient de la dépendance comme d'une guigne, seule une personne sur 10 y voyant une priorité !

Si cette mesure de la sensibilité « citoyenne » à la dépendance est fiable, elle laisse mal augurer, aussi bien de la solidarité inter générationnelle à venir concernant la dépendance, que de la prise en charge individuelle du problème via une police d'assurance par exemple. Un niveau de préoccupation aussi faible n'incite en effet ni à « cotiser » d'avantage pour les anciens, quelle que soit la forme de cette contribution, ni à se prémunir soi même contre une perte d'autonomie susceptible de survenir dans 30, 40, ou 50ans !

Les arbitrages à venir vont donc se révéler particulièrement ardu, au point que l'on est fondé à se demander s'il était politiquement adroit d'annoncer la création d'une 5^e branche destinée à « sécuriser » dans le temps les financements du handicap et de la dépendance, et s'il ne vaudrait pas mieux les confondre avec ceux de l'assurance maladie qui d'ailleurs y contribue aujourd'hui à hauteur de 60%.

Au demeurant, cette distinction des risques ne se justifierait pas si l'on s'en tenait à la définition de la santé telle qu l'OMS l'a posée en 1948, sans la modifier depuis :

«État de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Mais il est vrai que cette ambition pour la santé...qui la rapproche du bonheur, s'accommode mal de contraintes budgétaires drastiques !

Le défi de la longue vie,

Extrait d'une note

Par Hervé Juvin, Président Eurogroup Institute

[...]

Une évolution aussi rapide et aussi violente, rapportée au temps long de la démographie, au temps figé de l'administration sociale, ne va pas sans problèmes. Le plus évident semble celui des retraites. La longue et la très longue vie placent de nouveau le sujet du risque viager sur le devant de la scène, et la constitution de rentes viagères redevient une priorité urgente pour les futurs retraités. Le plus pénible, et souvent le plus difficile à aborder, semble celui de la dégradation des capacités physiques et mentales vécue par les personnes en fin de vie, telles que la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson en popularisent les images. Les solutions médicales attendues seront-elles suffisantes ? Le problème le plus réel est celui de l'insertion des personnes âgées et très âgées dans une société où la compétition, la mobilité, la vitesse, paraissent exclure les moins agiles, les plus lents, les plus faibles, un problème que les progrès de la médecine, de la gériatrie, de l'assistance sociale, ne permettent pas à eux seuls de résoudre.

Le paradoxe est criant. Des moyens considérables, et jusqu'à l'ouverture d'une cinquième branche de la sécurité sociale, sont consacrés à assurer les conditions biologiques de la longue et de la très longue vie, alors que rien, ou très peu, n'a été entrepris pour assurer les conditions morales et sociales de la dignité des grands et très grands vieillards. Comment aller bien si la société les exclut ? Et quelle facilité de penser qu'il suffit de payer et d'assurer, là où il faut entourer, échanger, donner du temps ? S'il faut réaliser une révolution dans ce domaine des affaires sociales, c'est bien de considérer que l'environnement médical, les aides financières, et même les services à la personne, ne servent à rien tant que la personne âgée ou très âgée ne se sent pas utile, n'est pas un membre présent dans la société – tant qu'elle ne peut plus concevoir aucun projet de vie.

Rendre la dignité aux personnes âgées, leur redonner l'activité qui leur va et qu'elles désirent, les réinsérer dans la famille, dans le voisinage, dans la communauté, est le préalable à toute approche pérenne et satisfaisante de la longue et de la très longue vie. Il appelle sans doute une conception différente de la protection sociale, des régimes obligatoires et des caisses nationales, des collectivités territoriales et des liens familiaux. Il appelle surtout cette capacité d'innovation sociale, d'invention des modes de vie et d'insertion que requièrent aussi bien les défis de la très longue vie que ceux du handicap. Dans ces domaines, comme dans tant d'autres, il ne s'agit plus de payer. Il s'agit de construire, ou d'aider à construire, d'aider à se projeter, d'aider chacune et chacun à trouver un sens à cette vie en plus qui nous est donnée.

Conclusions et pistes de réflexion

La Conférence débat dont vous avez lu de larges extraits, qui parfois interpellent fortement nos consciences, a eu lieu le 3 octobre dernier.

Sa préparation, outre de nombreuses rencontres avec des professionnels des questions du handicap et de la dépendance, s'est appuyée sur les nombreux rapports et publications de ces dernières années ou derniers mois traitant de ces questions, et notamment les rapports :

- de la Cour des Comptes sur les personnes âgées dépendantes et sur la mise en place de la CNSA,
- du Centre d'Analyses Stratégiques « bâtir les scénarios du libre choix »,
- de la mission confiée à Madame Gisserot « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : Prévisions et marges de choix ».

La première des conclusions de ces lectures et contacts est que la question qui est posée à notre société par le handicap et par la dépendance est aujourd'hui parfaitement cernée.

La démographie, nonobstant les incertitudes liées aux hypothèses qu'elle prend en compte – taux de natalité, prévalence de certaines affections, évolutions des comportements... – est, en matière de prévision, une science bien plus « dure » que l'économie. La médecine, quant à elle, dans sa capacité à stabiliser les maladies chroniques invalidantes et à guérir grand nombre d'affections, qui prolongent d'autant l'espérance de vie, est un art dont la performance ne cesse de croître.

Le défi, aussi bien actuel que futur, auquel est confronté notre société en matière de vieillissement de la population, ou de handicap, est donc parfaitement connu; reste à le relever !

Comment relever ce défi ?

Le rapport annuel de la CNSA, qui a été rendu public le 17 octobre dernier traite, dans sa 6^o partie, - dont la synthèse figure en annexe -, de cette question.

Il constitue un excellent document de cadrage politique, au sens le plus noble du terme. Il exprime, au regard de la question posée, des convictions partagées par tous les membres de son conseil en matière de solutions à mettre en œuvre, des opinions divergentes quant à leur financement, des questions précises à traiter dans les mois qui viennent.

Au chapitre des convictions partagées :

« Un droit universel à une réponse personnalisée. »

« Dès lors qu'il s'agit de compenser les effets d'une situation qui altère l'autonomie de la personne, quels que soient son âge ou les causes d'une telle situation, il convient d'aborder résolument la création du droit universel d'aide à l'autonomie sous l'angle dit de la « convergence », sans distinction entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées » :

Le droit universel d'aide à l'autonomie veut dire le droit de pouvoir bénéficier :

- a) du service rendu d'une évaluation personnalisée et pluridisciplinaire des besoins d'aide à l'autonomie, au regard d'un projet de vie personnel,
- b) la traduction de cette évaluation dans un plan personnalisé de compensation, en réponse au projet de vie et tenant compte du caractère propre de chaque situation vécue, de sa gravité et de sa durabilité, comme de l'incidence de l'environnement familial voire professionnel. Ce plan identifie les différents types de besoins d'aides qui concourent à la compensation (aides humaines, animalières, techniques, au transport, aux aidants familiaux, etc.), quel que soit le lieu de vie,
- c) d'une « prestation personnalisée de compensation » intégrant l'ensemble des prestations, biens et services identifiés comme nécessaires au sein du plan personnalisé de compensation.

Conclusions et pistes de réflexion

Au chapitre de ce qui fait débat :

« Les options possibles pour le financement de ce droit. »

Le financement des aides extérieures à la prestation personnalisée de compensation relève, à titre de couverture « complémentaire », des mécanismes de prévoyance personnelle ou collective. En revanche la question du financement de la prestation personnalisée de compensation renvoie à différentes options possibles.

Un premier débat porte sur la place respective du financement public et celle des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective.

Un deuxième débat renvoie aux questions qui s'adressent à tous les risques « socialisés », avec deux questionnements :

- d'une part, la prise en compte ou non des ressources (revenus ou patrimoine) de la personne bénéficiaire, pour décider de l'accès au financement public ou pour décider du niveau de la couverture par le financement public,
- d'autre part, le cas échéant, l'application de mécanismes relevant de la logique d'aide sociale en l'espèce la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et la mise en œuvre des recours en récupération, notamment successorale. Une très large majorité des membres du Conseil expriment sur ce point un refus net, considérant qu'il s'agirait d'un retour en arrière par rapport aux dispositions actuellement retenues aussi bien pour l'APA que pour la PCH.

Un troisième débat concerne, au sein d'un financement public, la part dévolue aux ressources nationales et celle supportée par les ressources départementales.

Pistes de réflexion :

Le problème étant précisément posé, les solutions clairement définies, subsiste donc, « hélas, trois fois hélas », la question de leur financement et celle de savoir jusqu'où doit s'exprimer la solidarité collective, tant en matière de « panier de services » garantis, qu'en termes de financement de ces services et, a contrario, de ce qui doit relever de la responsabilité individuelle ou familiale. Mais, d'abord, quel est l'enjeu économique :

« Un enjeu sérieux pour les finances publiques, mais un défi surmontable. »

« En matière financière aussi il importe de distinguer d'un côté, les enjeux correspondant à la prise en charge de l'aide à l'autonomie, et de l'autre, les soins qui s'adressent à la même personne.

Cela pour comprendre que le défi majeur et de court terme concerne, et de très loin, l'évolution de l'ONDAM médico-social (dépenses de soins). Ce qui renvoie aux arbitrages sur les niveaux de moyens et d'équipement, mais surtout sur le délai dans lequel on décide d'atteindre tel ou tel objectif cible de réponse aux besoins. Car la croissance des dépenses de l'ONDAM médico-social résulte essentiellement de choix d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de service - dont la cadence de réalisation tient compte des contraintes budgétaires - et non pas d'une tendance spontanément à la hausse des coûts de fonctionnement.

Cela pour comprendre également qu'en ce qui concerne la compensation pour l'autonomie, si la prévision des dépenses publiques dépend bien sûr des choix qui seront in fine retenus quant aux options de financement de la prestation personnalisée de compensation, leur montant relève globalement d'un effort, à l'horizon d'une génération, équivalent au supplément d'environ cinq milliards d'euros de dépenses que la Nation consent en ce moment, chaque année, sur le budget de l'assurance maladie. Ce qui fait de la question du financement public de l'aide à l'autonomie 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. »

Sans avoir la prétention de répondre à cette interrogation politique majeure, avançons ici quelques pistes de réflexion, sous forme d'éclairage et de questions.

Eclairage :

Pour choisir un exemple plus proche que la Suède, Le Grand Duché du Luxembourg, dont le niveau de vie est conséquent et les finances publiques équilibrées, a opté pour une compensation intégrale à charge de la collectivité de la perte d'autonomie, sans considération des ressources de la personne, ni recours sur sa succession. Sans distinction, non plus entre handicap et dépendance.

Ceci se traduit par une dépense publique moyenne annuelle de 22 000 € dans le cas d'une prise en charge à domicile et de 42 000 € en établissement.

Par comparaison, et sans être tout à fait certain que les périmètres soient comparables, le niveau annuel maximum de l'APA français s'établit à 13 000 €.

Interrogations :

- L'allongement de la durée de la vie pose la question de la répartition des ressources que l'individu acquiert pendant sa phase d'activité rémunérée (que ces ressources soient, « à sa discrétion », ou à celle de la société par le biais de l'impôt), en ce compris la « retraite » par répartition, qui est un « salaire différé ».

Quels moyens peut-on mettre en œuvre pour qu'une meilleure allocation de ces ressources sur la vie entière accompagne efficacement son allongement ? Autrement dit, comment inciter, par d'autres mécanismes que la fiscalité des produits d'épargne, ou en les modifiant, à différer l'usage d'un revenu actuel, en prévision d'un avenir de moins en moins incertain... la longue vie, et ses dépenses liées à la perte d'autonomie ? Autant demander à La Fontaine d'actualiser « la cigale et la fourmi », sachant que l'épargne des ménages en France est déjà conséquente. Peut-être est-elle mal orientée !

- N'y a-t-il pas un paradoxe à ce qu'un salarié – au moins celui qui bénéficie d'une assurance collective obligatoire ou à souscription facultative –, soit très bien garanti tant en prévoyance qu'en maladie tant qu'il est dans la force de l'âge... c'est-à-dire en bonne santé ? Dès qu'il part en retraite et que ses revenus baissent, des niveaux de protection équivalents lui deviennent pratiquement inaccessibles quand l'âge les rendrait utiles !
- Peut-on imaginer qu'en contrepartie d'une franchise des remboursements maladie ou d'IJ, par exemple, pendant la vie active, une partie des cotisations soient capitalisées au profit des dépenses futures et que les garanties ainsi constituées jouent après le départ de l'entreprise ? Encore faudrait-il « sanctuariser » réellement ces fonds et en assurer la traçabilité d'une entreprise à une autre.
- Doit-on rendre l'assurance dépendance obligatoire, comme on a rendu la RC automobile obligatoire en 1958 ?

« Horreur et damnation » diront d'aucuns... une fois de plus, on mélange l'assurance de la bagnole avec la « mutualisation humaniste » du risque de santé !

A l'époque, pourtant, la question existait déjà de savoir si c'était la société qui était responsable du risque au motif qu'elle produisait des automobiles, ou bien le propriétaire du véhicule, au motif qu'il le conduisait ! On aurait pu mutualiser le risque automobile par le biais d'une taxe sur les carburants, directement proportionnelle à l'usage du véhicule, et, ainsi, le « socialiser » intégralement. Chacun aujourd'hui s'accorde à reconnaître que le Bonus/Malus a plus d'effets responsabilisants que le passage à la pompe !

Jetées en vrac, et il y en a bien d'autres, ces questions n'ont apparemment pas de liens entre elles. Elles renvoient pourtant à une interrogation de fond sur l'équilibre général de ce qu'on désigne sous le concept de « protection sociale ».

Conclusions et pistes de réflexion

On voit bien, de fait, que toutes les « branches » de cette protection ne peuvent se concevoir, se pérenniser, se réformer pour gagner en efficacité que dans le cadre d'une approche globale de la place de l'homme dans la société, et d'un consensus très fort sur ce que la société doit garantir à l'individu comme sur ce que l'individu doit apporter à la communauté. Ce consensus sur les « droits et devoirs du citoyen » permettrait d'ailleurs et par exemple de réformer de façon moins conflictuelle ce qu'on appelle les « régimes spéciaux ».

Cette vision partagée et clairement énoncée, faciliterait sans doute un **« arbitrage de priorités au sein des dépenses publiques. »**

« Utopie, utopie, mettons en beaucoup, ça réduit à la cuisson » !

Pour l'immédiat, des progrès considérables doivent résulter de la concertation proposée par le conseil d'administration de la CNSA, qui, sur la base de sa remarquable analyse, interpelle aujourd'hui le politique :

Au chapitre des travaux à venir :

Engager une concertation

Les principaux points de la concertation devraient ainsi porter sur :

- la définition de la nomenclature de biens et services susceptibles de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie,
- les règles de définition du socle nécessaires de ces biens et services, conduisant à la détermination de la prestation personnalisée de compensation,
- le champ et les modalités de couverture par la solidarité publique,
- en conséquence, la place dévolue à la prévoyance personnelle et collective, et les modalités de cette intervention,
- l'étendue des compétences déléguées à la CNSA et les modalités de fonctionnement du Conseil de la CNSA,
- les modes de financement de la protection sociale, avec en particulier la question des ressources nouvelles et celles des redéploiements possibles au sein des dépenses publiques.

Pour conclure, notons d'ailleurs, qu'aux termes et acteurs près, les voies de concertation proposées par la CNSA pourraient s'appliquer à toutes les branches du « modèle » français de protection sociale.

Il y a fort à parier que les débats qui doivent s'ouvrir dans les semaines qui viennent pour définir le panier de services de la 5^e branche et les modalités de financement risquent d'être passionnés.

En témoignent les déclarations actuelles des acteurs intéressés à la répartition des quelques 850 millions d'Euros provenant des franchises de l'assurance maladie et destinés à compléter le financement de la perte d'autonomie

Notons enfin que le rapport Ménard sur l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant d'Alzheimer et de leurs aidants n'apporte rien de réellement nouveau par rapport aux plans antérieurs

...toutes les suggestions figurant dans les divers rapports en cours vont être bien difficiles à financer compte tenu de nos perspectives de croissance

...on peut s'attendre, pour l'essentiel, à des mesures fiscales destinées à soutenir l'initiative individuelle !

Synthèse des orientations de la CNSA :

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie

Les membres du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont adopté - le 16 octobre 2007 - le rapport annuel qui présente le bilan d'activité de la caisse et une réflexion prospective sur la construction d'un nouveau champ de protection sociale, ouvrant à toute personne l'accès à l'autonomie dans ses gestes de vie courante et sa participation à la vie sociale.

L'objet de cette réflexion partagée était de préciser les principes et les contours d'un nouveau droit universel. Dans le prolongement de sa réflexion de 2006, le Conseil a cherché les points de compromis possibles entre ses membres et voulu identifier les orientations faisant débat.

Ce rapport sera remis au gouvernement et au Parlement. La concertation qui doit être conduite par les pouvoirs publics pourra ainsi prendre appui sur cette réflexion menée par des représentants de l'Etat, des départements, des partenaires sociaux, des associations de personnes handicapées, de personnes âgées et de professionnels œuvrant en leur faveur, d'institutions et de personnes qualifiées.

La CNSA rassemble l'essentiel des moyens de l'État et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle verse aux Conseils généraux dans les départements, une partie de ces ressources pour contribuer à financer les aides individuelles : l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (1,4 milliard d'euros), la nouvelle prestation de compensation pour les personnes handicapées (500 millions d'euros), et le fonctionnement des nouvelles maisons départementales des personnes handicapées (20 millions d'euros).

La CNSA répartit l'autre partie de ces ressources en matière d'offre collective : avec les services de l'Etat au niveau local, la CNSA identifie les priorités dans ce domaine. Elle arrête ensuite pour chaque département, sur la base d'une analyse régionale des besoins, le montant des dotations annuelles destinées aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées (11 milliards d'euros).

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

Un nouveau champ de protection sociale : l'aide à l'autonomie

Les membres du conseil de la CNSA – représentants de l'État, des départements, des partenaires sociaux, des associations de personnes handicapées, de personnes âgées, de professionnels œuvrant en leur faveur, d'institutions et de personnes qualifiées – ont cherché à identifier une trame de réflexion commune sur l'architecture d'une nouvelle solidarité pour l'autonomie.

Il s'en dégage des convergences de points de vue ou des compromis possibles, mais également des sujets qui font débat et qui devront être arbitrés à l'issue de concertations et de négociations avec les pouvoirs publics¹.

¹ Ne pas oublier cependant de noter la revendication première de quelques membres du conseil de la CNSA de voir inscrire la solidarité pour l'autonomie dans le cadre strict de la sécurité sociale. En tout état de cause, le Conseil est unanime à souligner que le fait d'être placé dans une situation altérant l'autonomie ne saurait empêcher de bénéficier, comme tout un chacun, des droits universels de la protection sociale si l'on est malade ou si l'on se trouve confronté à une insuffisance de revenus

Synthèse des orientations de la CNSA :

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie

I. Deux idées fondatrices

1/ Compenser une situation – l'altération de l'autonomie – et non pas prendre en charge une catégorie de personnes.

L'ambition poursuivie revient à prendre en compte les coûts spécifiquement engendrés par les situations de vie qui peuvent être définies comme « impossibilité ou difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de la participation à la vie sociale ».

Ce qui est en cause ce sont des situations de vie et non des catégories prédéfinies de personnes telles que « les personnes âgées » ou « les personnes handicapées ». Les effets de ces situations dans lesquelles les choses ordinaires de la vie quotidienne et la vie sociale ne peuvent plus être assurées sans aide doivent être compensés, quel que soit l'âge de celle ou celui qui les subit, et quelle que soit la cause explicative de ces situations.

Ainsi, l'objectif est de créer un droit universel 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.

Ce qui revient à ajouter un troisième cas de figure aux deux types de situations actuellement prises en compte par la protection sociale : l'altération de l'état de santé et la perte de revenus. La perte d'autonomie crée des charges qui ne sont pas de même nature que la perte de santé ou la perte de revenus. Ce sont des dépenses qui viennent « en plus » du soin et « en plus » des coûts ordinaires de la vie.

2/ Un droit universel à une réponse personnalisée.

Dès lors qu'il s'agit de compenser les effets d'une situation qui altère l'autonomie de la personne, quels que soient son âge ou les causes d'une telle situation, il convient d'aborder résolument la création du droit universel d'aide à l'autonomie sous l'angle dit de la « convergence », sans distinction entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. L'aide à l'autonomie est une ambition qui ne se limite pas à prendre en compte les réponses aux situations vécues par les seules personnes âgées, ou, à l'inverse, par les seules personnes en situation de handicap.

Pour autant, en s'attachant à la situation de vie de la personne, on affirme du même coup que les réponses à apporter seront propres à chacun. Elles n'auront par exemple rien de commun, dans leur contenu quantitatif et qualitatif, pour une jeune personne handicapée physique en recherche d'insertion professionnelle, et pour une personne très âgée atteinte de troubles cognitifs majeurs.

Ainsi, parler de « convergence » et vouloir partir exclusivement des besoins particuliers de chaque personne sont une seule et même chose. Et qui s'oppose, par construction, à toute uniformité des réponses entre les différents âges et les différentes situations. La démarche de « convergence » n'est pas une démarche d'uniformisation. Bien au contraire, elle est la seule véritable garantie que tout reposera sur l'examen particulier de chaque situation de vie².

² A cela s'ajoute qu'en tout état de cause la « convergence » des approches ne trouve pas de justification dès lors que l'on aborde d'autres volets des politiques publiques mobilisées pour les personnes handicapées ou pour les personnes âgées.

³ C'est ce qui prévaut avec d'un côté la remontée des besoins via les PRIAC et de l'autre l'arbitrage budgétaire du taux de croissance de l'ONDAM médico-social. Il ne s'agit de rien d'autre que d'un principe sain de bonne gestion.

II. Une distinction clef : le contenu universel du droit et les options possibles quant à son financement.

A la même enseigne qu'un arbitrage budgétaire sera d'autant plus admis qu'il est rendu en toute connaissance des besoins quantitatifs et qualitatifs, qu'il exprime de ce fait un choix clair de priorités thématiques et de calendrier de mise en œuvre³ – et une mise en cohérence de l'action publique - la réflexion menée par le Conseil de la CNSA conduit à distinguer la question de l'universalité du droit de la question des options possibles quant à son financement.

1/ Le contenu universel du droit.

Le droit universel d'aide à l'autonomie veut dire le droit de pouvoir bénéficier :

- a) du service rendu d'une évaluation personnalisée et pluridisciplinaire des besoins d'aide à l'autonomie, au regard d'un projet de vie personnel,
- b) la traduction de cette évaluation dans un plan personnalisé de compensation, en réponse au projet de vie et tenant compte du caractère propre de chaque situation vécue, de sa gravité et de sa durabilité, comme de l'incidence de l'environnement familial voire professionnel. Ce plan identifie les différents types de besoins d'aides qui concourent à la compensation (aides humaines, animalières, techniques, au transport, aux aidants familiaux, etc.), quel que soit le lieu de vie,
- c) d'une « prestation personnalisée de compensation » intégrant l'ensemble des prestations, biens et services identifiés comme nécessaires au sein du plan personnalisé de compensation.

Pour être pleinement mis en œuvre, ce droit universel suppose que :

- soit élaborée une nomenclature unique de biens et services (« panier » de référence de biens et services), à partir de laquelle pourra s'exprimer, pour toute personne concernée, le contenu de son plan personnalisé de compensation et ensuite, extraite de ce plan, la liste individualisée des différents éléments de sa prestation personnalisée de compensation,
- soient créés des services publics d'accueil et d'écoute, offrant les conditions optimales d'une évaluation personnalisée des situations et des besoins d'aide,
- soit réexaminée pour le financement des établissements, notamment ceux qui accueillent des personnes âgées, la définition du champ des dépenses liées à l'aide à l'autonomie et distinctes, de ce fait, des charges de soins et d'hébergement⁴.

2/ Les options possibles pour le financement de ce droit.

Le financement des aides extérieures à la prestation personnalisée de compensation relève, à titre de couverture « complémentaire », des mécanismes de prévoyance personnelle ou collective. En revanche la question du financement de la prestation personnalisée de compensation renvoie à différentes options possibles.

Un premier débat porte sur la place respective du financement public et celle des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective.

Pour de nombreux membres du Conseil, l'universalité du droit conduit à retenir en première hypothèse le financement exclusif par la solidarité publique, comme l'illustration d'un choix de priorité au sein des politiques publiques.

³ C'est ce qui prévaut avec d'un côté la remontée des besoins via les PRIAC et de l'autre l'arbitrage budgétaire du taux de croissance de l'ONDAM médico-social. Il ne s'agit de rien d'autre que d'un principe sain de bonne gestion.

⁴ Pour la plupart des membres du conseil, cela suppose une modification de la structuration tarifaire, soit au profit d'une tarification binaire, soit pour reconsidérer de manière plus sincère la décomposition analytique des dépenses dans le cadre de l'actuelle tarification ternaire (soin, dépendance, hébergement). D'autres membres suggèrent de revoir les modalités du régime d'aide sociale, ou d'introduire des aides fiscales ou des aides au logement spécifiques.

Synthèse des orientations de la CNSA :

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie

D'autres membres proposent que soient également appelés à intervenir les mécanismes de prévoyance collective ou individuelle, dans l'intention par exemple d'orienter prioritairement le financement public vers les personnes aux revenus les plus modestes ou ayant les plus forts besoins d'aide. Devraient alors être examinées de très près les conditions d'une telle intervention, notamment au regard du respect de la nomenclature des biens et services couverts ou encore au regard de l'accessibilité à toute personne des contrats de prévoyance via une aide publique.

Un deuxième débat renvoie aux questions qui s'adressent à tous les risques « socialisés », avec deux questionnements :

- d'une part, la prise en compte ou non des ressources (revenus ou patrimoine) de la personne bénéficiaire, pour décider de l'accès au financement public ou pour décider du niveau de la couverture par le financement public,
- d'autre part, le cas échéant, l'application de mécanismes relevant de la logique d'aide sociale - en l'espèce la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et la mise en œuvre des recours en récupération, notamment successorale. Une très large majorité des membres du Conseil expriment sur ce point un refus net, considérant qu'il s'agirait d'un retour en arrière par rapport aux dispositions actuellement retenues aussi bien pour l'APA que pour la PCH.

Un troisième débat concerne, au sein d'un financement public, la part dévolue aux ressources nationales et celle supportée par les ressources départementales.

Sachant que si une partition devait in fine être retenue, certains membres du Conseil rappellent qu'elle doit être équitable et, estiment impératif que soit retenu un mécanisme d'indexation tel que cette partition soit stable et ne se déséquilibre pas dans le temps, notamment aux dépens des départements.

III. Une gouvernance sur trois piliers.

1/ Une gestion en proximité.

Mettre en œuvre des réponses personnalisées conduit à privilégier une gestion en proximité du droit universel d'aide à l'autonomie.

Bien que certains de ses membres entendent rappeler que leur préférence initiale allait à d'autres compétences décisionnelles, le Conseil de la CNSA peut aujourd'hui s'accorder sur l'option d'une gestion qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie, et de veiller à une évaluation fine des besoins en valorisant le travail d'observations et d'analyses conduit sur chaque territoire départemental.

En cohérence avec la gestion de proximité, et pour répondre au besoin de lieux d'accueil et d'écoute créant les conditions optimales d'une évaluation personnalisée d'une situation, l'objectif poursuivi devrait progressivement conduire à créer des maisons départementales de l'autonomie, avec une intégration clarifiée du fonctionnement et des personnels sous l'autorité des présidents de conseils généraux, en veillant à l'association des représentants des usagers, des professionnels et des partenaires sociaux à la gouvernance.

2/ Une garantie d'égalité.

L'égalité de traitement est un élément fondamental d'un droit universel de compensation pour l'autonomie. Gestionnaires d'un service de proximité, les départements sont ainsi appelés à mettre en œuvre une législation et une réglementation nationales.

Pour autant, le meilleur pour chacun ne signifie pas la même chose pour tous. La standardisation des réponses serait la négation même de la personnalisation recherchée dans l'exercice de ce nouveau droit. L'un des leviers majeurs pour garantir de manière dynamique l'égalité de traitement consiste ainsi, par exemple, à veiller à la qualité des outils et à l'homogénéité des méthodes d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie, ou encore à l'amélioration continue des indicateurs de résultat dont se servent les conseils généraux.

Ainsi, dans le cadre de la libre administration des collectivités locales, la décentralisation investit le président du conseil général de la responsabilité de garantir l'égalité de traitement. Elle fait en conséquence obligation à l'échelon national d'apporter aux départements les moyens financiers de péréquation, les moyens techniques d'appui, et toute l'information comparative dont ils ont pour cela besoin. C'est le rôle d'une agence d'appui telle que la CNSA.

Tout cela conduit à réaffirmer la nécessité de reconnaître la CNSA dans sa fonction de médiation entre la politique nationale et les politiques locales, d'une part pour faire en sorte qu'aucune politique nationale ne puisse être pensée ni mise en œuvre sans prise en réelle considération des contraintes locales, d'autre part pour faire en sorte, en retour, que les politiques locales reflètent les exigences de qualité et d'équité retenues par la collectivité nationale.

A charge dès lors de conforter l'évolution de l'administration d'État vers une responsabilité de stratégie, en renforçant sa capacité de veille et de réflexion prospective, et en évitant les doublons et les concurrences de compétences avec la CNSA.

A charge également de reconsidérer le fonctionnement du Conseil de la CNSA, en envisageant par exemple une responsabilité de vice-présidence pour les représentants des départements et des partenaires sociaux, en ajout aux vice-présidences actuellement confiées aux représentants des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

3) Une exigence de complémentarité avec les autres champs de la protection sociale.

Comme commencent à l'établir les recherches en sciences humaines qui cherchent à comprendre les relations croisées entre les différentes situations de vulnérabilité (perte de l'état de santé, perte de revenus, perte d'autonomie), les liens sont à l'évidence forts entre les différents risques sociaux à couvrir.

Ainsi, certaines des situations de manque ou de perte d'autonomie peuvent exiger de soigner en prenant soin et de prendre soin en soignant. La nécessaire distinction effectuée plus haut, entre l'aide à l'autonomie et l'aide à la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global. Les besoins qui naissent d'une situation de vie, qui forme un tout, ne doivent pas disparaître dans les interstices entre différents champs de la protection sociale.

C'est la raison pour laquelle, dans un souci de mise en cohérence des politiques publiques dans la sphère médico-sociale le Conseil de la CNSA réaffirme l'intérêt qu'il y a à confier, comme aujourd'hui, la répartition des dépenses de soins en établissements médico-sociaux (c'est-à-dire de l'ONDAM médico-social) à la CNSA en sus de sa mission de répartir les ressources nationales affectées au financement public sur ressources nationales de la prestation personnalisée de compensation.

Cette mise en cohérence facilitera, le cas échéant, une réévaluation de la ventilation optimale des charges de soins incombant à l'ONDAM médico-social et des charges liées à la couverture de la prestation personnalisée de compensation (via la définition de la nomenclature de biens et services relevant de la compensation).

En conséquence, cela conduit à prévoir une représentation explicite au sein du Conseil de la CNSA de représentants désignés par les conseils de la CNAMTS ainsi que, par extension, de la CNAVTS et de la CNAF.

Synthèse des orientations de la CNSA :

Vers un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie

IV. Un enjeu sérieux pour les finances publiques, mais un défi surmontable.

En matière financière aussi, il importe de distinguer d'un côté, les enjeux correspondant à la prise en charge de l'aide à l'autonomie, et de l'autre, les soins qui s'adressent à la même personne.

Cela pour comprendre que le défi majeur et de court terme concerne, et de très loin, l'évolution de l'ONDAM médico-social (dépenses de soins). Ce qui renvoie aux arbitrages sur les niveaux de moyens et d'équipement, mais surtout sur le délai dans lequel on décide d'atteindre tel ou tel objectif cible de réponse aux besoins. Car la croissance des dépenses de l'ONDAM médico-social résulte essentiellement de choix d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de service - dont la cadence de réalisation tient compte des contraintes budgétaires - et non pas d'une tendance spontanément à la hausse des coûts de fonctionnement.

Cela pour comprendre également qu'en ce qui concerne la compensation pour l'autonomie, si la prévision des dépenses publiques dépend bien sûr des choix qui seront in fine retenus quant aux options de financement de la prestation personnalisée de compensation, leur montant relève globalement d'un effort, à l'horizon d'une génération, équivalent au supplément d'environ cinq milliards d'euros de dépenses que la Nation consent en ce moment, chaque année, sur le budget de l'assurance maladie.

Ce qui fait de la question du financement public de l'aide à l'autonomie 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.

V. Une mise en œuvre négociée.

C'est sur ces éléments de réflexion partagée que les membres du conseil de la CNSA souhaitent que soient engagées les concertations et les négociations préparatoires à la mise en œuvre du droit universel d'aide à l'autonomie.

1/ Adopter un calendrier progressif

De nombreux changements sont intervenus récemment, notamment avec la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Beaucoup se préoccupent de commencer par voir mises en place dans de bonnes conditions les modalités prévues par la loi avant que de s'engager plus avant dans de nouvelles orientations.

En revanche il serait vain d'imaginer la réussite de l'ambition tracée sans se donner une échéance précise. Celle-ci, en prolongement des convergences programmées dans la loi de février 2005, pourrait être le 1^{er} janvier 2010. Délai qui pourrait être mis à profit pour mener à bien les concertations et négociations nécessaires, et finaliser l'ensemble des textes requis pour la concrétisation de l'ambition poursuivie.

2/ Engager une concertation.

Les principaux points de la concertation devraient ainsi porter sur :

- la définition de la nomenclature de biens et services susceptibles de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie,
- les règles de définition du socle nécessaires de ces biens et services, conduisant à la détermination de la prestation personnalisée de compensation,
- le champ et les modalités de couverture par la solidarité publique,
- en conséquence, la place dévolue à la prévoyance personnelle et collective, et les modalités de cette intervention,
- l'étendue des compétences déléguées à la CNSA et les modalités de fonctionnement du Conseil de la CNSA,
- les modes de financement de la protection sociale, avec en particulier la question des ressources nouvelles et celles des redéploiements possibles au sein des dépenses publiques.

Remerciements

Cette modeste contribution d'Eurogroup aux débats en cours sur la création d'une 5^e branche de la protection sociale n'aurait pas vu le jour sans la participation de nos invités et des experts qui sont intervenus à la conférence débat du 3 octobre 2007.

Qu'ils en soient tous ici remerciés, et particulièrement :

Madame Catherine Ollivet

Monsieur Georges Constantin

Monsieur Laurent Dodin

Le Professeur Alain Franco

Monsieur le député Philippe Vitel

Eurogroup est aujourd'hui le premier cabinet de conseil en organisation et management indépendant français. En France, les 400 consultants guident leurs clients à chaque étape de leurs grands projets d'évolution. Eurogroup est présent en Europe à travers son réseau Eurogroup Consulting Alliance.
WWW.EUROGROUP.FR

Vos contacts :

Jean-Pierre Ogus, Associé
LD : 01 49 07 56 92 / 06 22 86 75 45
jean-pierre.ogus@eurogroup.fr

Jean-François Kauffer, Directeur
LD : 01 49 07 54 87 / 06 03 45 09 34
jean-francois.kauffer@eurogroup.fr

