



PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE
Pour une véritable
complémentarité
entre solidarité publique
et solidarité familiale



ETAT DES LIEUX ET POSITIONS DE L'UNAF

Mars 2011

Sommaire

Introduction

Les personnes âgées dépendantes : Rappel des données

I- Vieillesse et dépendance

- 1/ Le vieillissement de la population : une donnée européenne
- 2/ Le vieillissement en France

II- La prise en charge des personnes âgées

- 1/ Une augmentation programmée des personnes âgées dépendantes
- 2/ Une augmentation d'ampleur incertaine
- 3/- La prise en charge de la dépendance : état des dépenses publiques
- 4/- La prise en charge de la dépendance : état des dépenses des ménages
- 5/ Le besoin de financement : éléments d'appréciation

Les questions posées par la prise en charge de la dépendance

I- Une prise en charge marquée par des disparités

- 1/ Dépendance et handicap
- 2/ Une évaluation hétérogène de la dépendance
- 3/ Des disparités départementales
- 4/ Des restes à charge élevés pesant sur la personne âgée et sur sa famille
- 5/ Un recours à l'assurance limité

II- Le fragile maintien à domicile

- 1/ Des aidants familiaux plus rares
- 2/ Une aide professionnelle sous tension

III- Une offre d'hébergement peu lisible

- 1/ Un pilotage réparti entre plusieurs acteurs
- 2/ Une tarification complexe**

Les positions de l'UNAF

- 1- Intégrer le vieillissement de la population dans l'ensemble des politiques publiques
- 2- Axer la politique de prise en charge de la dépendance sur le maintien à domicile
- 3- Réduire les restes à charge pesant sur les personnes âgées et leur famille
- 4- Développer l'accompagnement et le soutien des aidants familiaux
- 5- Accroître les financements dédiés à la dépendance
- 6- Prévoir une prise en charge publique et universelle de la dépendance
- 7- Gouvernance : associer les représentants des familles dans les instances de pilotage

Annexe :

La prise en charge de la dépendance, entre logique de protection sociale et logique d'assurance

Introduction

Dans le cadre de sa participation au débat sur la dépendance engagé par le gouvernement, le conseil d'administration de l'UNAF a adopté lors de sa réunion des 11 et 12 mars 2011, une série de positions. Elles pourront s'enrichir de propositions complémentaires au fil des réflexions à venir, en lien avec les URAF et les UDAF appelées à participer aux réunions organisées dans les régions.

Comme les autres pays de l'Union Européenne, la France est confrontée au vieillissement rapide de sa population dû, notamment, à l'allongement de la durée de vie. On évalue à 24 milliards d'euros, soit 1,3 % du PIB, le montant des dépenses publiques consacrées à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Malgré ces aides publiques, le coût de la dépendance peut s'avérer important pour la personne âgée et ses proches.

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pose de nombreuses questions : dans ses rapports avec la prise en charge des personnes handicapées, dans l'évaluation de la dépendance, dans l'offre à domicile ou en établissement qui reste soumise à une forte tension et engendre des coûts élevés à la charge des personnes âgées, dans les difficiles articulations entre aide familiale et aide professionnelle à domicile, interventions sanitaires et médico-sociales, maintien à domicile et placement en établissement.

Aux aides publiques, s'ajoutent les efforts consentis par les familles : sur un plan financier, plus de 7 milliards d'euros de frais liés à la dépendance sont pris en charge par les familles¹. Sur un plan humain, 75% des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des professionnels. En majorité, il s'agit des enfants, conjoints et beaux-enfants². L'entourage familial est ainsi largement sollicité lorsque la personne âgée dépendante reste à domicile. 4,3 millions d'aidants familiaux interviennent régulièrement et à titre non professionnel auprès d'une personne de leur entourage âgée de 60 ans et plus vivant à domicile³. Il l'est également par le biais de l'obligation alimentaire et du recours sur succession lorsque, accueilli en établissement, le parent âgé bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement.

À la vue de cet investissement, positionner la famille au centre du débat sur la prise en charge de la perte de l'autonomie est légitime. Pour l'UNAF, l'implication des familles auprès de parents ou de proches dépendants ne peut en aucune façon conduire à un désengagement public. Au contraire, l'enjeu de la réforme est de construire une véritable complémentarité entre solidarité familiale et solidarité publique (Etat, Conseils généraux, CNSA, CAF, etc.).

Forte de cette conviction, et pour contribuer efficacement au débat national sur la réforme de la dépendance, l'UNAF avance une série de propositions : priorité au maintien à domicile, réduction des restes à charge pesant sur la personne âgée et sa famille, soutien accru aux aidants familiaux, accroissement des financements, large prise en charge publique et universelle, présence des représentants des familles dans les instances de pilotage.

¹ Vasselle, A. *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat, rapport n° 263, 8 juillet 2008.

² Petit, S. Weber, A. *Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, DRESS, Etudes et résultats n°459, janvier 2006.

³ Données issues de l'enquête Handicap Santé auprès des aidants informels (HSA)

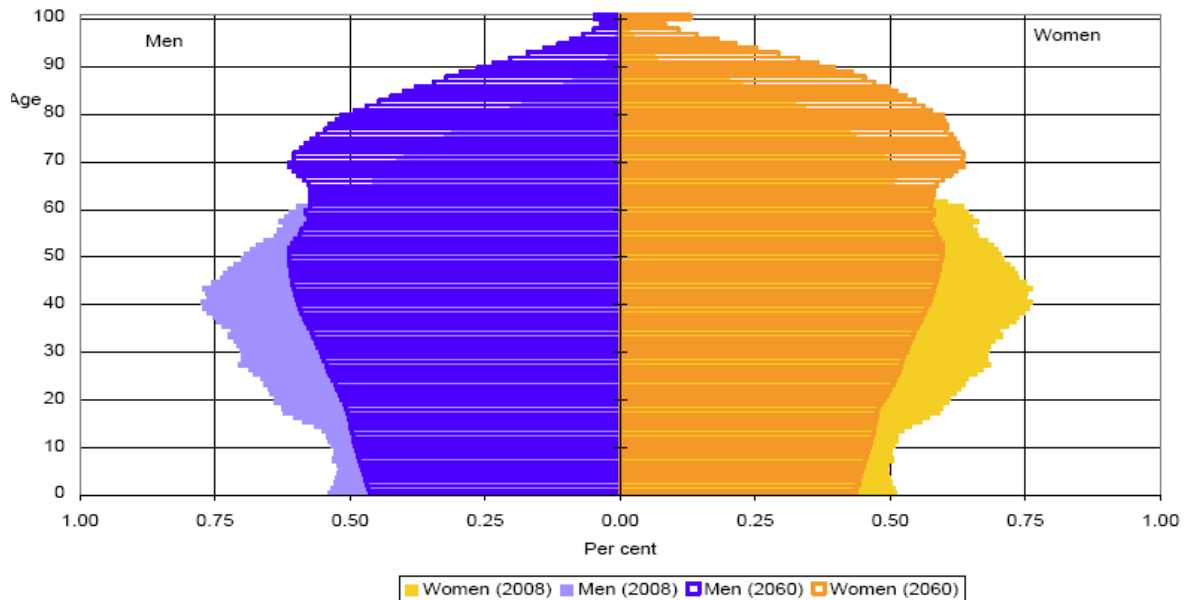
Les personnes âgées dépendantes : Rappel de quelques données

I- Vieillesse et dépendance

1/ Le vieillissement de la population : une donnée européenne

La population de l'UE 27 devrait passer de 495 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2008 à 521 millions en 2035, puis diminuer progressivement pour s'établir à 506 millions en 2060. A partir de 2015, le total des décès devrait dépasser le total des naissances, ce qui marquera la fin de la croissance par accroissement naturel.

Pyramide des âges de la population de l'UE 27 en 2008 et en 2060



Source: Eurostat, EUROPOP2008 convergence scenario

La population de l'UE 27 devrait également continuer à vieillir. La part des plus de soixante-cinq ans passant de 17,1 % en 2008 à 30 % en 2060 et celle des plus de quatre-vingts ans progressant de 4,4 % à 12,1 % au cours de la même période. Le nombre de personnes âgées de quatre-vingts ou plus devrait ainsi presque tripler passant de 21,8 millions en 2008 à 61,4 millions en 2060.

Table 11: Share of the total population aged 80 years or over, for selected years

(%)	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU27	4.41	4.66	5.70	6.93	8.86	10.99	12.13
BE	4.68	4.91	5.58	6.45	8.39	9.96	10.25
BG	3.57	3.78	4.57	6.10	7.97	9.60	12.83
CZ	3.37	3.59	4.10	6.64	8.40	9.32	13.39
DK	4.11	4.12	4.69	7.07	8.13	9.73	10.04
DE	4.73	5.06	7.09	7.98	10.29	13.99	13.20
EE	3.63	3.97	5.22	5.88	7.81	9.04	10.74
IE	2.77	2.81	3.13	4.26	5.68	7.26	9.58
EL	4.10	4.57	6.48	7.10	8.92	11.24	13.47
ES	4.60	4.80	5.42	6.38	8.31	11.28	14.48
FX	5.02	5.31	6.03	7.31	9.34	10.49	10.79
IT	5.50	5.85	7.32	8.51	9.98	13.11	14.91
CY	2.78	2.82	3.40	4.57	6.10	7.26	8.63
LV	3.57	3.92	5.22	5.92	7.92	9.88	11.90
LT	3.27	3.64	4.91	5.60	7.85	10.66	11.99
LU	3.49	3.76	4.30	4.99	6.71	8.59	8.91
HU	3.71	3.94	4.75	6.20	8.41	9.12	12.63
MT	3.16	3.32	4.55	7.07	9.33	9.86	11.83
NL	3.75	3.90	4.72	6.93	8.96	11.09	10.88
AT	4.61	4.74	5.20	6.69	8.38	11.45	11.35
PL	2.99	3.31	4.36	5.67	9.43	10.07	13.08
PT	4.21	4.48	5.80	6.77	8.45	10.46	12.79
RO	2.78	3.03	4.21	4.93	7.44	9.42	13.09
SI	3.52	3.91	5.41	6.68	9.87	11.96	13.85
SK	2.59	2.73	3.23	4.74	7.77	9.34	13.19
FI	4.32	4.64	5.64	8.18	10.13	10.77	10.80
SE	5.35	5.32	5.41	7.62	8.39	9.53	10.04
UK	4.52	4.61	4.97	6.27	7.26	8.93	8.97
NO	4.61	4.58	4.40	6.27	7.82	9.30	9.97
CH	4.67	4.78	5.37	7.02	8.67	10.95	11.09

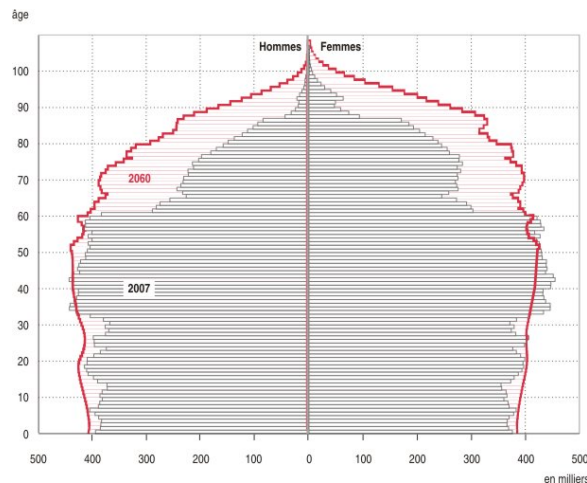
Source: Eurostat, EUROPOP2008 convergence scenario

2/ Le vieillissement en France

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2060 si les tendances démographiques⁴ observées jusqu'ici se prolongent, la France métropolitaine compterait 73,6 millions d'habitants. Le nombre de personnes âgées progresserait fortement : de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 pour les personnes de soixante-quinze ans ou plus, de 1,3 million à 5,4 millions pour les personnes de quatre-vingt-cinq ans ou plus.

⁴ Nombre d'enfants par femme de 1,95, solde migratoire positif de 100 000 habitants en plus par an, même progression de l'espérance de vie que par le passé.

Pyramide des âges en 2007 et 2060



Par rapport à celle de l'UE 27 ci-dessus, la « pyramide » des âges française de 2060 apparaît comme un « cylindre » presque parfait. Passés les chocs démographiques liés notamment au *baby-boom*, la répartition par âge est équilibrée. Ce n'est qu'au-delà de quatre-vingts ans que l'on retrouve la structure pyramidale classique, le nombre des décès faisant baisser fortement les différentes cohortes aux âges suivants.

II- La prise en charge des personnes âgées

1/ Une augmentation programmée du nombre de personnes âgées dépendantes

Le nombre de personnes âgées dépendantes est mécaniquement appelé à croître pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le taux de prévalence de la perte d'autonomie augmente avec l'âge. L'enquête 2008 Handicap-Santé menée par l'INSEE et la DRESS montre que les pertes modérées d'autonomie touchent 13,7 % des personnes âgées de soixante à soixante-dix ans, mais 25 % des personnes âgées de quatre-vingts ans. Pour la dépendance, les taux sont respectivement de 3,3 % et de 13,7 %.

Par ailleurs, l'apparition de certaines affections dégénératives, comme la maladie d'alzheimer, se situe majoritairement à des âges élevés. Ainsi, en 2004, sur les 856 662 personnes atteintes de démence (alzheimer et maladies apparentées) en France métropolitaine, 89,5 % étaient âgées de plus de soixante-quinze ans et 73,4 % de quatre-vingts ans et plus. En extrapolant à taux de prévalence constant, on peut estimer que les personnes de plus de soixante-cinq ans atteintes de démence seraient au nombre de 1 276 000 — dont 1 153 000 de plus de soixante-quinze ans — en 2020 et de 2 156 000 — dont 2 022 000 de plus de soixante-quinze ans — en 2040.

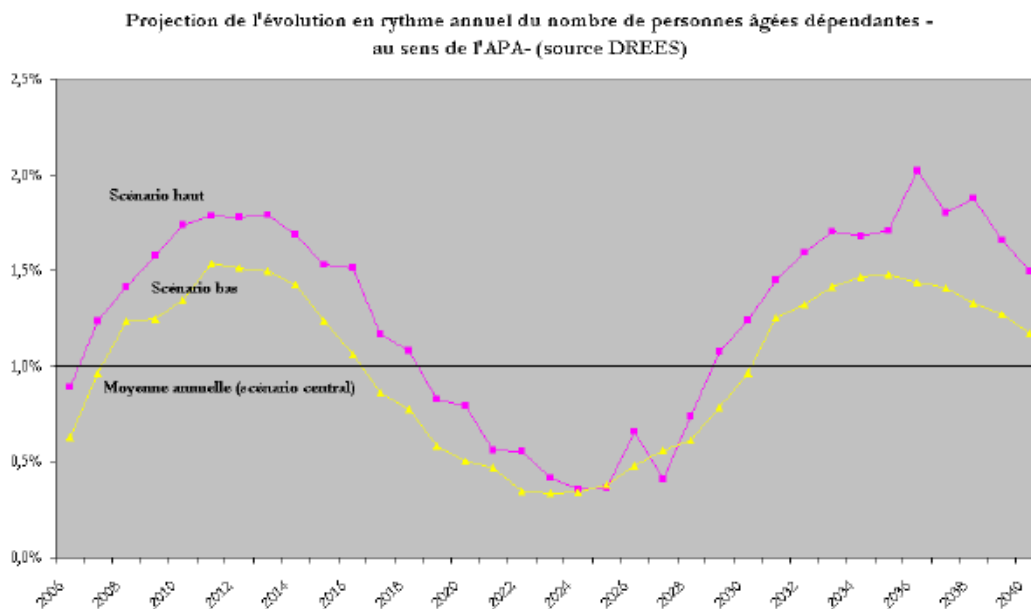
Enfin, les personnes handicapées bénéficient elles aussi de l'allongement de leur espérance de vie. On ne dispose cependant pas de données récentes qui permettraient des projections à moyen et long terme.

2/ Une augmentation d'ampleur incertaine

Si le vieillissement de la population induit automatiquement l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes, l'intensité de ce lien est incertaine et difficilement évaluable.

Evaluer l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes suppose de pouvoir apprécier les effets des progrès médicaux. Faire des projections à moyen-long terme à partir de l'espérance de vie sans incapacité constatée est fortement aléatoire, même si des scénarios « favorables » ou « défavorables » peuvent être établis. De plus, l'évolution de certains déterminants sociétaux ou comportementaux (tabagisme, obésité, isolement....) peut avoir un impact important sur la progression ou la régression de la dépendance.

En 2006, à partir d'un scénario « haut » et d'un scénario « bas », il a été estimé que le nombre de personnes âgées dépendantes (personnes classées en GIR 1 à 4) devait progresser dans une fourchette allant de 21,2 % à 28,5 % entre 2000 et 2020 et entre 21 % et 26 % dans les vingt années suivantes. En moyenne annuelle, la progression serait de 1 % jusqu'en 2040 avec toutefois l'empreinte des « creux » et des « bosses » démographiques pour les générations arrivant aux âges où la prévalence de la dépendance est élevée.

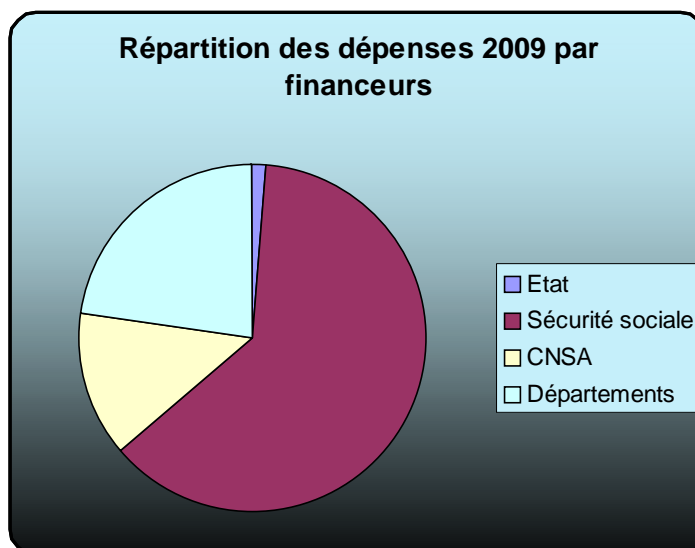


Source : DRESS

3/- La prise en charge de la dépendance : état des dépenses publiques

L'ensemble des dépenses publiques consacrées à la prise en charge de la dépendance représenterait, en 2010, un montant de 24 milliards d'euros, représentant l'équivalent de plus de 1,3 % du PIB.

Ces dépenses sont principalement supportées par la sécurité sociale, les départements, l'Etat et la CNSA.



Source : Direction du budget, Ministère du budget des comptes publics.

3.1- Les dépenses de sécurité sociale

La **branche maladie** est le principal contributeur pour le financement de la prise en charge de la dépendance. En 2009, plus de 11 milliards d'euros, soit 50,2 % de la dépense totale, ont été consacrés à des soins prodigués aux personnes âgées dépendantes que ce soit dans un établissement hospitalier ou par la médecine de ville (4,738 Mds €) ou au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (6,267 Mds €).

Chaque année, les lois de financement de la sécurité sociale fixent un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif est décliné en sous-objectifs dont l'un est constitué par la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées ». En 2011, 7,6 milliards d'euros seront consacrés à cet objectif de dépenses, soit une progression de 3,8 %, alors que l'ONDAM n'évoluera que de 2,9 %.

La **branche vieillesse** verse chaque année à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) une contribution qui s'élève, en 2010, à 67 millions d'euros. Revalorisée en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation (hors tabac), cette contribution vient en compensation de la prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) des personnes répertoriées en GIR 4 antérieurement du ressort de la branche vieillesse. Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) mène auprès des retraités en situation de fragilité économique, sociale ou physique (GIR 5 et 6) une politique d'action sociale visant à améliorer leurs conditions d'existence et à prévenir, ou retarder, chez eux la survenue du risque de la perte d'autonomie. En 2009, 394 millions d'euros ont été consacrés à cet objet dont 329,5 millions d'euros d'aides individuelles⁵ et 64,5 millions d'euros de prestations collectives⁶.

De leur côté, les caisses de la **Mutualité sociale agricole** financent différents programmes de prévention (Programme d'activation cérébrale, ateliers du bien vieillir), ainsi qu'un soutien aux aidants familiaux (groupes de formation et de parole, aides au répit). Signalons

⁵ Aide ménagère à domicile, aide au retour au domicile après une hospitalisation, aide à l'amélioration de l'habitat...

⁶ Subventions d'investissement ou de fonctionnement pour des structures ou établissements apportant une aide ou hébergeant des personnes âgées.

également l'animation des réseaux Alzheimer pour coordonner l'offre de soins et de services aux malades et à leurs aidants et la mise en place de 130 maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) qui sont des unités de vie non médicalisées offrant divers services aux résidents.

Enfin, la Direction du budget du ministère des comptes publics a estimé à 568 millions d'euros (2009) la part des aides personnelles au logement versées par les caisses d'allocations familiales et de MSA à des personnes âgées dépendantes résidant en institution ou à leur domicile.

3.2- Les dépenses des départements

Les départements ont la charge de la quasi-totalité des prestations d'aide sociale dédiées aux personnes âgées et personnes âgées dépendantes notamment par le biais de l'APA, de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et, plus marginalement, de l'aide à domicile.

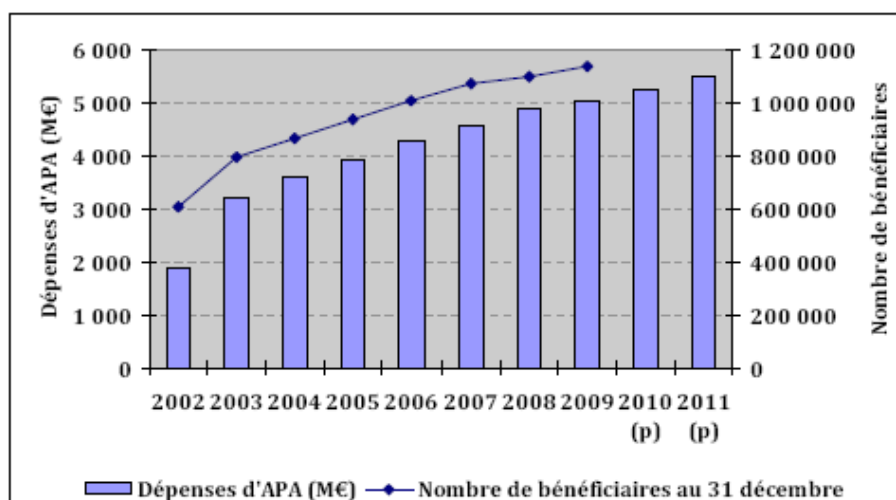
En 2010, l'**allocation personnalisée d'autonomie** a représenté pour les départements une dépense nette de 5,3 Mds €. Elle concernait 1 185 000 personnes⁷ dont 727 000 (61,4 %) la percevaient à domicile et 458 000 (38,6 %) en établissement.

Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne

	Domicile		Établissement		Ensemble	
	Nombre (milliers)	% du total	Nombre (milliers)	% du total	Nombre (milliers)	% du total
GIR 1	19	1,6%	68	5,7%	87	7,3%
GIR 2	130	10,9%	211	17,8%	341	28,8%
GIR 3	157	13,3%	71	6,0%	228	19,2%
GIR 4	421	35,5%	108	9,1%	529	44,6%
Ensemble	727	61,4%	458	38,6%	1185	100,0%

DRESS : 30 septembre 2010

Evolution du nombre de bénéficiaires et des montants de l'APA



⁷ Source : DRESS, 30 septembre 2010.

L'**aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)** vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans résidant en établissement. Elle est attribuée en tenant compte des ressources de la personne âgée. La famille de la personne hébergée pourra être sollicitée par le biais de la mise en jeu de l'obligation alimentaire et de la récupération sur la succession des versements effectués au titre de l'ASH. En 2009, 115 000 personnes bénéficiaient de cette forme d'aide sociale pour des dépenses nettes départementales de 1,180 milliard d'euros.

L'aide sociale départementale prend également en charge des dépenses facilitant le maintien des personnes âgées à leur domicile (aides ménagères, portage de repas, ..). En 2008, 82 millions d'euros ont été consacrés à ces dépenses qui sont en diminution régulière en raison notamment du recul du nombre de bénéficiaires d'aides ménagères passé, en moyenne annuelle, de 24 800 personnes en 2007 à 23 100 en 2008⁸.

3.3- Les exonérations fiscales et sociales

Selon un chiffrage effectué par la direction de la législation fiscale du ministère du budget et portant sur la loi de finances 2011 environ un milliard d'euros de **dépenses fiscales** bénéficient aux personnes âgées dépendantes. Il s'agit d'une approximation dans la mesure où certaines dépenses ne sont pas exclusivement ciblées sur les personnes âgées dépendantes mais visent une population plus large comme les personnes âgées ou les personnes handicapées. Ce chiffrage a porté sur :

- L'exonération d'impôt sur le revenu de l'APA : 90 millions d'euros pour 1,115 million de ménages ;
- Le taux réduit de TVA (5,5 %) sur certains appareillages. Cette dépense fiscale, qui bénéficie à toutes les personnes handicapées, a été évaluée à 10 millions d'euros pour les seules personnes âgées dépendantes.
- Le taux réduit de TVA (5,5 %) pour les services d'aide à la personne. La part de cette dépense liée aux personnes âgées dépendantes est évaluée à 10 millions d'euros.
- Le crédit d'impôt ou une réduction d'impôt pour l'emploi direct d'un salarié à domicile. Il a été estimé par la direction de la législation fiscale du ministère du budget que 220 000 ménages ayant au foyer une personne âgée dépendante bénéficient de cette mesure pour un coût de 244 millions d'euros.
- Le crédit d'impôt au titre des dépenses d'équipement de l'habitation principale. Il s'agit de dépenses permettant l'aménagement du logement lié à la perte d'autonomie de son occupant. Ce crédit d'impôt s'applique aux dépenses payées entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2011 dans la limite d'un plafond global pluriannuel (5 000 € pour une personne seule, 10 000 € pour un couple) apprécié sur cinq ans. Cette dépense est estimée pour les personnes âgées dépendantes à 27 millions d'euros.

⁸ DRESS, *Etudes et Résultats*, n° 714, janvier 2010. La diminution des bénéficiaires de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale s'explique par le fait que le plafond de ressources est aligné sur celui du minimum vieillesse. Du fait de l'amélioration progressive du montant des retraites, le nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse a été divisé par quatre depuis 1960. En 2008, ce nombre a baissé de 1,8 %.

- La réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement. Les personnes accueillies dans un établissement médico-social bénéficient d'une réduction d'impôt de 25 % du montant des dépenses supportées, tant au titre de la dépendance que de l'hébergement, dans la limite de 10 000 € par personne hébergée. La réduction maximale est donc de 2 500 € par personne hébergée. On estime cette dépense fiscale pour 2011 à 175 millions d'euros.
- Le taux réduit de TVA (5,5 %) pour certaines dépenses effectuées au titre de l'accueil en établissement de personnes âgées dépendantes (fourniture de la nourriture et du logement pour les personnes accueillies, construction d'établissements d'accueil) : 420 millions d'euros.

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

La loi de finances pour 2011 réduit cette niche sociale en supprimant :

- l'abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations sociales dues par les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle ;
- la franchise de cotisations patronales (à l'exclusion des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles) dans la limite du SMIC, sans plafond de rémunération, dont bénéficient les prestataires agréés ou déclarés intervenant auprès de publics dits « non fragiles » ; ces prestataires bénéficieront désormais des allègements généraux de cotisation sociale sur les bas salaires.

Même si sont maintenues les exonérations existantes pour les publics dits « fragiles » (les personnes de plus de 70 ans, dépendantes, invalides, handicapées ou ayant un enfant handicapé, ainsi que les bénéficiaires de l'APA), la suppression de l'exonération des cotisations patronales aura un impact négatif sur le coût des services rendus aux personnes âgées dépendantes par les associations gestionnaires (renchérissement des coûts des personnels administratifs et d'encadrement).

3.4- Les financements de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a institué deux ressources fiscales pour financer toute perte d'autonomie : la contribution solidarité autonomie (CSA) et une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG). En 2011, le produit escompté de ces deux contributions est respectivement de 2,3 Mds € et de 1,1 Md €, soit un total de 3,4 Mds €.

La CNSA ayant la responsabilité de la prise en charge des pertes d'autonomie tant des personnes handicapées que des personnes âgées, elle répartit ses recettes entre ces deux actions. C'est ainsi que pour les personnes âgées, la CNSA doit consacrer :

- 40 % des ressources de la CSA aux établissements et services qui accueillent des personnes âgées et 20 % de cette même contribution au financement de l'APA ;

- une fraction de la CSA fixée chaque année par arrêté ministériel à diverses dépenses (animation, prévention, frais d'études) ;
- 5 à 6 % des recettes provenant de la CSG à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et à la professionnalisation des métiers de services ;
- 94 % du produit de la CSG au financement de l'APA ;

Par ailleurs, la CNSA affecte 50 % des produits financiers générés par ses placements de trésorerie au financement de l'APA.

4/- La prise en charge de la dépendance : état des dépenses des ménages

Des données récentes (2010) de la DRESS chiffrent le montant du ticket modérateur acquitté par les bénéficiaires de l'APA à domicile à 812 millions d'euros. Il ne s'agit que d'une approximation puisque les plans d'aide dits « saturés », c'est-à-dire ceux dont le montant est égal au plafond réglementaire d'aide, sont en proportion importante dans les GIR les plus sévères (GIR 1 : 44 %, GIR 2 : 36 %), ce qui laisse supposer que l'APA ne permet pas de financer toutes les aides à domicile. Quant au ticket modérateur de l'APA en établissement, il peut être évalué approximativement, selon les mêmes sources, à environ 800 millions d'euros. Enfin, le reste à charge pour les résidents au titre du seul hébergement en établissement est estimé à plus de 6 milliards d'euros. Ce montant s'entend hors prise en compte des aides publiques telles les aides au logement, les dépenses fiscales et l'aide sociale à l'hébergement.

D'autre part, une enquête Handicap-Santé 2008 de la DRESS estime à 4,3 millions le nombre de personnes de seize ans ou plus qui aident régulièrement une personne de soixante ans ou plus. La mise en place de dispositifs comme l'APA n'a pas conduit à l'éviction de l'aide informelle par l'aide publique puisque 75 % des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à l'aide professionnelle. Par ailleurs, les aides mixtes (aide familiale et aide professionnelle) sont très majoritaires. Il y a bien complémentarité entre ces deux formes d'aides.

5/ Le besoin de financement : éléments d'appréciation

Il y a quelques années la Cour des comptes⁹ et le Centre d'analyse stratégique¹⁰ se sont essayés à évaluer les besoins de financement pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Selon ces travaux, les évolutions démographiques — progression moyenne de 1 % par an du nombre de personnes âgées dépendantes — n'expliqueraient qu'un tiers de la progression de la dépense. L'essentiel de la croissance des coûts trouve sa source dans la nécessité de résorber les insuffisances du système actuel de prise en charge et dans les articulations qui pourraient être faites entre prise en charge à domicile et en établissement. En tout état de cause, la progression des coûts sera déterminée par la croissance des coûts de personnel. Cela ne doit pas étonner lorsque l'on sait que :

⁹ *Les personnes âgées dépendantes*, 2005.

¹⁰ *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, 2006.

- 92 % des sommes allouées dans le cadre des plans d'aide de l'APA financent des aides en personnel ;
- les coûts de personnel représentent 93 % du forfait soins et probablement plus de 90 % du tarif dépendance des EHPAD ;
- les coûts de personnel représentent 80 % des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;

Aussi, dans ses projections, le Centre d'analyse stratégique table-t-il, entre 2005 et 2025, sur un triplement des coûts de personnel dans le champ de la prise en charge à domicile — soit une augmentation moyenne de 5,8 % par an — et un doublement en établissement (+ 3,7 % par an).

Compte tenu des différentes hypothèses envisagées, l'ensemble des dépenses consacrées à l'autonomie des personnes âgées dépendantes pourrait représenter à l'horizon 2025 entre 1,47 et 1,55 % du PIB. Rapporté au PIB 2009¹¹, cela représente un effort chiffré entre 28 et 30 milliards d'euros.

¹¹ Il faut tenir compte que l'année 2009 a été exceptionnelle dans la mesure où le PIB a enregistré un recul de – 2,6 %.

Les questions posées par la prise en charge de la dépendance

I- Une prise en charge marquée par des disparités

1/ Dépendance et handicap

Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la dépendance des personnes âgées est une forme de handicap dont elle constitue une catégorie. Les personnes âgées dépendantes sont donc des personnes handicapées et à ce titre se voient reconnues le droit à compensation¹² défini par la loi. Est supprimé le critère d'âge qui délimitait antérieurement les champs respectifs du handicap et de la dépendance.

Toutefois, une condition d'âge subsiste dans certains dispositifs qui concrétisent l'application du droit à compensation. Sont concernés les garanties de ressources (AAH, minimum vieillesse), les prestations de compensation (PCH, APA), ainsi que les dispositifs de financement des établissements.

Il est parfois évoqué la création d'un dispositif unique de prise en charge du handicap et de la dépendance, ce qui s'inscrirait dans la suite logique de la loi de février 2005. Toutefois, la perte d'autonomie des personnes âgées fait l'objet, en France, d'une approche spécifique. A défaut de convergence entre le champ du handicap et celui de la perte d'autonomie des personnes âgées, se pose à tout le moins la question d'une plus grande harmonisation entre les deux dispositifs de prise en charge.

2/ Une évaluation hétérogène de la dépendance

Pour apprécier le degré de la dépendance d'une personne, on utilise la grille *AGGIR*. Tout demandeur d'APA voit sa situation évaluée par une équipe médico-sociale qui va classer cette personne dans l'un des six groupes pré-établis (GIR). Le classement dans les GIR 1 à 4 permet de bénéficier de l'APA dont le montant maximum varie selon le GIR. Pour le GIR 1, qui regroupe les situations de dépendance les plus lourdes, ce montant maximum sera de 1 235,65 €/ms et de 529,56 €/ms pour le GIR 4. Pour la personne âgée classée en GIR 5 ou 6, elle pourra prétendre, en fonction de ses ressources, à des prestations d'aide ménagère servies par son régime de retraite ou par l'action sociale départementale.

Utilisée depuis 1997, la grille *AGGIR* comporte, selon ceux qui la pratiquent, certaines limites. Elle ne permet pas, en particulier, d'appréhender la complexité de la situation de la personne dans son environnement. De même, les maladies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, sont mal évaluées.

¹² «La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » (L114-1-1 CASF).

La grille *AGGIR* est désormais utilisée par la plupart des évaluateurs qui interviennent pour le compte soit du conseil général, soit des régimes de retraite, voire au titre d'une compagnie d'assurance mais sans qu'il y ait une réelle concertation entre eux. Ainsi, une même personne pourra être considérée par les évaluateurs de sa caisse de retraite comme ressortissant du GIR 4, donc éligible à l'APA, alors que leurs homologues du conseil général la situeront en GIR 5, de la compétence de l'action sociale des caisses de retraite.

Définition des groupes iso-ressources (GIR) de la grille *AGGIR*

La grille *AGGIR* classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie (GIR) à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

Le GIR 1, qui correspond aux personnes les plus dépendantes, comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le GIR 5 est composé de personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles et qui s'alimentent seules. Elles peuvent bénéficier d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

3/ Des disparités départementales

Compte tenu des disparités démographiques, économiques et sociales sur l'ensemble du territoire national, il n'est guère surprenant de constater une hétérogénéité dans la prise en charge financière de la dépendance par les conseils généraux. Pour pallier ces inégalités de situation, un mécanisme de compensation, financé par la CNSA, a été mis en place, tenant compte, pour chaque département, du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, du potentiel fiscal du département, de la dépense départementale annuelle au titre de l'APA, du nombre de bénéficiaires du RSA-RMI.

Cependant, l'efficacité de ce mécanisme correcteur est amoindrie par l'effet de la diminution du financement de la CNSA, passant d'un taux de couverture de la dépense d'APA de 43 % en 2002 à 29,3 % en 2010 (taux prévisionnel). Cette perte de recettes contribue à l'aggravation de la situation financière de certains départements.

Cette hétérogénéité territoriale se retrouve également dans le montant des plans d'aide financés par l'APA. Pour une moyenne nationale de 490 € par mois¹³, le montant mensuel moyen, tous GIR confondus, varie de 430 € pour le département le « moins généreux » à 533 € pour le « plus généreux ». On relèvera, par ailleurs, que le montant moyen des plans d'aide est stable en euros courants sur la période 2002-2009, ce qui se traduit par une baisse de 13 % en euros constants. Cette dégradation relative du montant moyen des plans d'aide n'est pas sans lien avec l'importance des restes à charge pesant sur les personnes âgées.

4/ Des restes à charge élevés pesant sur la personne âgée et sur sa famille

Un facteur important de coût pesant sur la personne âgée dépendante est lié aux frais de soins que nécessite son état de santé. Même si ces dépenses sont remboursées par l'assurance maladie, une part importante reste à la charge de la personne âgée. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹⁴ estime ainsi à plus de 1 000 euros par an — soit plus du double du chiffre moyen pour l'ensemble de la population — la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie des personnes de plus de quatre-vingts ans, dont il faut rappeler que plus d'une sur deux est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD). Le report de ces dépenses vers une prise en charge par les organismes complémentaires santé est d'autant plus coûteux que ces derniers ont tendance à surenchérir leurs primes pour les personnes âgées.

Si la majorité des personnes âgées bénéficiaires de l'APA demeurent dans leur domicile, elles ne sont plus que 20 % à y rester dans les cas de dépendance les plus sévères. L'APA étant une prestation dont le montant est un forfait évoluant en fonction du degré de dépendance (GIR), elle peut s'avérer insuffisante pour permettre le maintien à domicile dont le coût a été estimé par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) en 2009 à 1 800 € par mois, chiffre à comparer aux 1 235,65 € mensuels maximum versés pour une APA en GIR 1. Par ailleurs, on constate que la participation moyenne aux plans d'aide acquittée par les bénéficiaires (ticket modérateur ou « talon ») a régulièrement progressé depuis la mise en place de l'APA, passant de 25 € par mois en mars 2002 à 91 € en septembre 2010.

Pour les personnes âgées résidant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la prise en charge s'effectue au moyen de trois tarifs journaliers relatifs aux soins, à la dépendance et à l'hébergement. Les deux premiers sont financés respectivement par l'assurance maladie et l'APA ; le troisième est à la charge de la personne âgée ou de l'ASH si ses ressources sont insuffisantes. Outre les dépenses d'hébergement, le reste à charge est constitué de dépenses diverses (achat de biens de première nécessité, règlement de tickets modérateurs, etc . . .). Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement en EHPAD se situent entre 2 200 € en milieu rural et périurbain et 2 900 € en milieu urbain, les plus élevés pouvant atteindre 5 000 €. En plus des dépenses d'hébergement, la personne accueillie en EHPAD doit acquitter un ticket modérateur sur le tarif de dépendance financé par l'APA. Cette participation varie en fonction des ressources de la personne et selon le tarif dépendance de l'établissement pour le GIR de la personne accueillie. Une somme minimale doit être laissée à la disposition de la personne hébergée, après paiement des prestations à sa charge au titre du tarif dépendance et des frais d'hébergement. Ce montant minimal est de 85 € par mois depuis le 1^{er} avril 2010¹⁵.

¹³ Source : Cour des comptes, *Rapport public*, 2009.

¹⁴ HCAAM : *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, avril 2010.

¹⁵ Pour un couple dont l'un (conjoint, concubin, pacsé) reste au domicile, ce dernier doit conserver une part des ressources du couple. Celle-ci ne peut être inférieure à 708,94 € par mois (avril 2010).

Ces restes à charge élevés en EHPAD contrastent avec la situation qui est faite à la personne âgée dépendante hospitalisée pour les mêmes pathologies. Cette dernière n'aura à sa charge que le forfait journalier, soit 18 euros par jour quelle que soit la durée de son hospitalisation.

Les coûts résiduels en EHPAD pèsent non seulement sur la personne âgée elle-même mais aussi sur sa famille par le biais de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession.

En effet, lorsque la personne âgée bénéficie de l'ASH, il peut être fait appel à la participation de ses obligés alimentaires tels que ses enfants, petits-enfants, gendre et belle-fille. L'obligation alimentaire est mise en œuvre de façon très inégale selon les départements. Certains en exonèrent les petits-enfants, d'autres déterminent le montant à récupérer au titre de l'obligation alimentaire, alors que cette somme ne peut être fixée que par le juge. Même s'il s'agit de la traduction d'une solidarité familiale, ce dispositif est incompréhensible pour la plupart des familles et génère des recours contentieux.

La récupération sur succession, qui concerne l'ASH et non pas l'APA (alors qu'elle portait également sur l'ancienne PSD), repose sur des fondements différents puisque l'aide sociale à l'hébergement est considérée comme une avance faite par la collectivité publique qui se rembourse ainsi au décès du bénéficiaire de l'ASH. Comme l'obligation alimentaire, cette mesure, qui à l'origine concernait l'ensemble des aides sociales et évitait aux demandeurs d'avoir à liquider leur patrimoine pour bénéficier d'une aide, est mal perçue par les familles. De plus, elle constituerait un frein à l'accès à un EHPAD, la personne âgée préférant coûte que coûte rester à son domicile plutôt que de n'avoir plus de patrimoine à transmettre à ses enfants. D'autre part, cette mesure concerne, par nature, des personnes ayant de faibles ressources et un patrimoine qui se réduit le plus souvent à leur habitation. Sur le plan de l'équité, on peut s'interroger sur le sens de cette mesure.

5/ Un recours à l'assurance limité

D'après la Direction du Trésor et la Fédération Française des Sociétés d'assurance, près de 2 millions d'assurés ont souscrit une assurance dépendance, ce qui représente un chiffre d'affaires annuel de 500 millions d'euros. Les deux tiers ont souscrit une assurance auprès d'une société d'assurance, le tiers restant ayant choisi de contracter auprès d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance. Plus de la moitié des souscripteurs sont couverts par un contrat individuel, les autres souscripteurs par un contrat collectif. Deux principaux produits sont proposés : le contrat de prévoyance qui couvre le risque (les droits sont ouverts dès que le risque survient, mais sont suspendus dès que la cotisation n'est plus versée) ; le contrat d'assurance-vie décès ou d'épargne-retraite avec un risque dépendance à titre complémentaire, fonctionnant selon la technique de la capitalisation.

II- Le fragile maintien à domicile

1/ Des aidants familiaux plus rares

1.1 - Caractéristiques des aidants familiaux de personnes âgées bénéficiaires de l'APA

Les aidants recoupent un ensemble de personnes et de situations très disparates en termes d'investissement, de tâches accomplies, de lien de parenté... Les données ci-dessous caractérisent uniquement les aidants de personnes âgées bénéficiaires d'une APA. Mais ce

ciblage ne doit pas occulter l'ensemble de la solidarité familiale envers les personnes âgées non reconnues comme dépendantes par l'APA et les personnes en situation de handicap¹⁶.

Trois bénéficiaires de l'APA sur quatre sont aidés par au moins une personne de leur entourage.

- Il s'agit des enfants (53 % des cas), du conjoint (26 %) ou des beaux-enfants (7 %). (quand les bénéficiaires de l'APA sont aidés par une seule personne de leur entourage soit 71 % des configurations)¹⁷.
- 62 % des aidants de bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Les aidants uniques sont principalement des femmes, surtout lorsqu'il s'agit des enfants et des beaux-enfants.
- L'âge moyen des aidants de bénéficiaires de l'APA est de 58 ans.
- 41 % des aidants de bénéficiaires de l'APA ont un emploi, 40 % sont retraités et 16 % inactifs.
- Les aidants familiaux salariés dans le cadre de l'APA concernent 8 % des bénéficiaires.
- Les principales aides que le bénéficiaire de l'APA reçoit de la part de l'entourage : les courses, la gestion du budget, les démarches administratives, la surveillance et la présence et la préparation des repas. Ils assument également les tâches de coordination et de management. Plusieurs assument la responsabilité de tuteur familial.
- En moyenne les aidants lorsqu'ils sont les seuls « aidants familiaux » aident 5h00 par jour avec des disparités en fonction du lien de parenté.

T 05 nombre d'heures d'aide par jour décrites par les bénéficiaires de l'APA selon les configurations d'aide

	volume de l'aide			
	provenant de l'entourage	des femmes	des hommes	provenant des professionnels quand l'entourage intervient
configuration : un aidant unique (71%)				
un enfant	3h50	4h30	2h40	1h40
un conjoint	8h30	9h45	7h20	1h25
un bel-enfant	3h50	3h50	3h40	1h35
autres aidants	2h30	2h35	2h15	1h40
Ensemble	5h00	5h15	4h30	1h40

1.2 - Avantages et inconvénients du recours aux aidants

Tous les professionnels le reconnaissent, se passer de l'intervention de la famille est extrêmement difficile. La famille apporte de la souplesse à la prise en charge, une connaissance fine des besoins et habitudes de la personne, un soutien psychologique... que les professionnels ne sont pas toujours en capacité de donner.

Le rôle d'aidant apporte également beaucoup : sentiment d'utilité, développement de compétence, reconnaissance par la famille de l'investissement... « Du côté positif, il ne faudrait pas sous-estimer le plaisir qu'on peut y prendre, le sentiment d'une vie qui a du sens, la création de relations fortes et humainement signifiantes, la reconnaissance par les

¹⁶ Concernant ces caractéristiques, il paraîtrait intéressant de se référer à l'enquête Handicap Santé et Ménage (la DREES devrait publier prochainement une étude sur ces résultats).

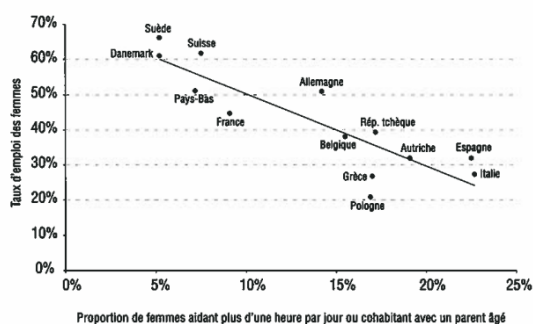
¹⁷ Petit, S. Weber, A. *Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, DRESS, Etudes et résultats, n° 459, janvier 2006.

autres personnes de l'entourage de ses compétences. À certaines conditions, ce rôle de soignant profane peut être un rôle valorisant. »¹⁸

Les avantages sont nombreux et c'est pourquoi il semble essentiel de préserver cette possibilité de devenir aidant lorsqu'on le choisit. Pour autant, on constate aujourd'hui que les aidants rencontrent de multiples difficultés qui mettent parfois en péril leur capacité à aider sur du long terme et souvent leur qualité de vie. Par ailleurs, Il est important d'avoir conscience que l'investissement des aidants familiaux a un impact sur le taux d'activité des femmes de 55 à 65 ans n'ayant plus qu'un parent.

Des études européennes mettent en lumière les corrélations entre taux d'activité des femmes de 55 à 65 ans n'ayant plus qu'un parent en vie et le recours aux aidants. On note d'importantes différences entre l'Europe du Nord et du Sud. On peut citer la Suède où le taux d'activité des femmes de 55 à 65 ans n'ayant qu'un parent en vie est très important et où la solidarité nationale joue un rôle fort dans la prise en charge des personnes âgées et au contraire l'Espagne où ce taux d'activité est faible et les solidarités familiales sont quasi exclusives.

Graphique 2. Emploi et aide au sein de la population des femmes âgées de 50 à 65 ans n'ayant plus qu'un parent en vie



Lecture : en Suède, le taux d'emploi des femmes âgées de 50 à 65 ans est de 66,13 %. Elles sont, par ailleurs, parmi celles n'ayant plus qu'un parent en vie, 5,20 % à aider plus d'une heure par jour leur parent ou à cohabiter avec ce dernier.
Champ : femmes âgées de 50 à 65 ans.
Source : Eurostat et enquête Share, vague 2 (2006-2007).

1.3 - Évolution démographique des aidants de personnes en perte d'autonomie

- Diminution du potentiel d'aidants, mais une meilleure répartition

Les projections de la DREES¹⁹ et de l'INSEE²⁰ sur le potentiel d'aidants rapporté au nombre de personnes âgées montrent une baisse conséquente du nombre d'aidants et une augmentation forte du nombre de personnes âgées. D'autres études européennes ont démontré que malgré cette diminution du vivier d'aidants, la configuration des familles va changer de telle sorte que la population dépendante sans aidant pourrait rester stable, et que la population ayant à la fois conjoint et enfant va augmenter.²¹

- Le profil des aidants familiaux va changer :

¹⁸ Cresson, G. « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, UNAF, 2006.

¹⁹ *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, DRESS, coll. Études et résultats, n°160, février 2002.

²⁰ Genier, P. « La gestion du risque dépendance : le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé », *Economie et statistique*, n° 291-292, février 1996, pp. 103-117.

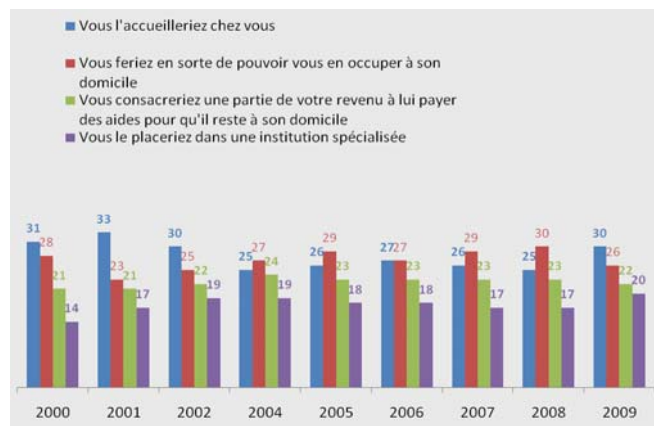
²¹ Gaymu, J. « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », *Population et société*, n°144, avril 2008.

Les évolutions démographiques vont conduire à modifier le profil des aidants. Le nombre de personnes dépendantes vivant en couple augmentera (de 16 % en 2000 à 30 % en 2030) : les conjoints seront donc de plus en plus sollicités. Ces derniers seront plus âgés et en moins bonne santé, d'où un recours accru aux professionnels. Parmi eux, on trouvera plus d'hommes qu'auparavant. À la question démographique, s'ajoute celle des comportements. Les hommes vont-ils assumer ce rôle d'aidant ?

D'autre part, « la réduction du nombre d'enfants par femme conduit à faire peser la charge sur un nombre d'individus plus restreint »²². Ici se pose également la question des comportements : les membres de la génération pivot (45-64 ans) vont-ils s'investir auprès de leurs parents âgés ? Les comportements ont fortement évolué (travail plus systématique des femmes, éloignement géographique, recul de l'âge de la retraite...) : quelles seront les conséquences sur la mobilisation de cette génération auprès des parents devenus dépendants ?

Dans les sondages d'opinion, contrairement à une idée reçue du délitement de la solidarité familiale, on note une relative constance dans le souhait d'aider un proche dépendant même si les familles souhaitent un investissement plus conséquent, notamment financier, de la part de l'Etat sur cette question.

Question : Si l'un de vos proches devenait dépendant, que feriez-vous ?



Sondage Baromètre France Info – OCIRP – LE MONDE - Échantillon de 1000 personnes âgées de 40 à 65 ans

Ainsi, aujourd'hui, 75 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide de leur entourage, que celle-ci soit en complément de l'intervention d'un professionnel ou qu'elle soit exclusive. Le nombre d'aidants familiaux est cependant appelé à se réduire à l'avenir pour plusieurs raisons :

- En premier lieu, la croissance de l'emploi des femmes des générations postérieures au baby-boom rendra celles-ci moins disponibles pour remplir des fonctions d'aidant familial. Or, ce sont précisément les femmes qui assument majoritairement ces tâches. Par ailleurs, la réduction de la taille moyenne des ménages pour ces générations asséchera mécaniquement le nombre d'enfants aidants familiaux de leurs parents. Enfin, l'allongement de l'âge de la fécondité des femmes conduira à un rajeunissement des aidants familiaux qui auront moins de temps pour s'occuper de leurs parents âgés car ils devront se consacrer, outre à leur activité professionnelle, à l'éducation de leurs enfants.

²² Gramain A. Wittwer, J. « Prise en charge des personnes âgées dépendantes : quels enjeux économiques ? », *Regard sur l'actualité*, La documentation française, n° 366, décembre 2010.

- D'autre part, les préférences des ménages évoluent vers davantage d'autonomie. Alors que 20 % des ménages estimaient en 2000 que la prise en charge de la dépendance relève de la famille, ils ne sont plus que 16 % à l'affirmer en 2005.

On peut donc non seulement prévoir une raréfaction des aidants familiaux, mais aussi considérer que les attentes en matière de prise en charge se reporteront au-delà de la sphère familiale sur d'autres acteurs publics ou privés. Il n'y aura cependant pas forcément une substitution des aidants familiaux par d'autres interventions. L'exemple de l'APA montre que l'augmentation de l'aide professionnelle qu'elle a permise ne s'est pas traduite par une réduction de l'effort des aidants familiaux : pour plus de huit bénéficiaires sur dix la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches.

2/ Une aide professionnelle sous tension

La fixation des prix des prestataires de services au domicile des personnes âgées repose essentiellement sur le tarif horaire fixé par la CNAV au titre de sa prestation d'aide ménagère. Ce tarif sert de référence à la plupart des conseils généraux lorsqu'ils déterminent leurs propres tarifs d'intervention pour les plans d'aide de l'APA.

Or, cette tarification, qui est déterminée pour des GIR 4 et 5, c'est-à-dire pour des dépendances modérées ou légères, ne permet pas de couvrir le coût réel de services engagés dans une démarche de qualité telle qu'elle est préconisée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cet engagement se traduit par des formations qualifiantes destinées aux personnels d'intervention, ainsi que par la revalorisation de leurs rémunérations. Ces coûts sont mal compensés par les financements publics si bien que des associations ont dû cesser leur activité, privant un grand nombre de personnes âgées dépendantes de leurs services.

Cette situation est paradoxale dans la mesure où le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées est porté par une forte demande qui s'est traduite par la création de 10 000 emplois ETP en 2009, alors que la crise économique faisait disparaître 357 000 emplois dans la même période.

III- Une offre d'hébergement peu lisible

1/ Un pilotage réparti entre plusieurs acteurs

Outre l'assurance maladie qui intervient dans le financement des EHPAD, la définition des politiques d'hébergement des personnes âgées dépendantes est à la fois de la compétence de l'Etat et des collectivités locales.

En termes d'orientation, l'Etat définit des programmes pluriannuels. Ainsi, le plan « Solidarité-Grand âge » (2007-2012) vise à augmenter l'offre d'hébergement par la création annuelle de 2 500 places d'accueil de jour, de 1 100 places d'hébergement temporaire supplémentaires et de 7 500 places médicalisées en EHPAD. Ce plan comprend également des dispositions destinées à mieux encadrer les personnes résidant en établissement par une augmentation des effectifs des personnels soignants et en définissant un ratio d'encadrement d'un professionnel pour chaque personne âgée résidant dans les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes. De même, le plan « Alzheimer » (2008-2012) a pour objectif de créer des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

Les départements ont une compétence générale en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées. Ils doivent définir tous les cinq ans des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ces schémas, qui comportent un volet gérontologique, doivent évaluer les besoins départementaux et établir une programmation des réponses. Selon la Cour des comptes (Rapport public 2009), 65 % des départements n'ont pas de schémas gérontologiques, tandis que pour ceux qui en possèdent, ils présentent des lacunes en termes d'analyse des priorités ou de chiffrage.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires en mettant en place les agences régionales de santé (ARS), a modifié les conditions du pilotage de l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social. L'ARS élaborera un projet régional de santé qui comportera un plan stratégique régional de santé, trois schémas régionaux portant respectivement sur la prévention, l'organisation des soins et l'organisation médico-sociale. Ainsi, le schéma régional d'organisation médico-sociale, comme le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), sera élaboré par le directeur général de l'ARS après consultation d'une commission de coordination du secteur médico-social et l'avis des présidents des conseils généraux concernés.

Les ARS ayant été mises en place en avril 2010, on ne peut encore pas mesurer les effets de cette réorganisation du pilotage local. Toutefois, étant compétentes à la fois sur le champ sanitaire et sur le champ médico-social, on peut légitimement penser qu'elles constituent un outil adéquat pour aborder d'une façon transversale et coordonnée la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées dépendantes.

2/ Une tarification complexe

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

- Un tarif hébergement, arrêté par le président du conseil général et acquitté par la personne âgée dépendante qui peut solliciter à cet effet une prise en charge par l'aide sociale départementale (ASH) ;
- Un tarif soins, arrêté par le directeur général de l'ARS et financé par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale ou forfait ;
- Un tarif dépendance, arrêté par le président du conseil général et couvert par l'APA ;

Par ailleurs, le plan « Solidarité-Grand âge », afin de renforcer les moyens des EHPAD accueillant les patients les plus dépendants, va faire évoluer cette triple tarification en proposant de nouvelles conventions, dites de seconde génération, permettant d'avoir des dotations de l'assurance maladie évaluées d'une façon plus précise (outil PATHOS).

Bien entendu, la complexité de la tarification n'est pas opposable à la personne âgée résidant dans un EHPAD qui se soucie essentiellement des frais qu'elle aura à payer, c'est-à-dire du tarif hébergement. Celui-ci recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale, ainsi que la totalité des amortissements des coûts mobiliers et immobiliers. Compte tenu du reste à charge important (cf supra) pesant sur les personnes âgées résidant dans ces établissements, est-il envisageable de réduire ces coûts ? Le développement des normes est souvent évoqué comme facteur de sur-coût. Il paraît toutefois difficile de revenir sur ces normes qui contribuent à la qualité de vie et à la sécurité des résidents en EHPAD. En tout état de cause, la maîtrise des coûts d'hébergement, et des restes à charge qu'ils impliquent, est une question majeure pour le développement de l'offre d'hébergement.

Les positions de l'UNAF

Deux lignes directrices peuvent permettre de structurer les positions de l'UNAF.

La dépendance des personnes âgées a une dimension éminemment familiale

L'allongement de la durée de la vie conduit à une verticalisation de la structure familiale du fait de la co-existence, sur des périodes relativement longues, de trois ou quatre générations. Par ailleurs, les recompositions familiales élargissent le cercle familial à la « beau-parentalité ». En conséquence, les échanges infra-familiaux de biens et de services deviennent plus diversifiés et plus complexes.

Or, la transformation des modèles familiaux — ou plus exactement leur pluralité — n'est pas sans conséquence sur l'aide familiale qui est un élément central dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. On peut notamment penser que le système d'aide familiale actuel, basé sur la femme de la génération pivot, est appelé à évoluer dans la mesure où les femmes privilégieront une carrière professionnelle menée à son terme pour bénéficier de la sécurité de droits propres à la retraite. D'autre part, l'arrivée aux âges où la prévalence de la perte d'autonomie est forte de générations ayant vécu dans une économie de services modifiera sensiblement les demandes et les attentes des personnes âgées dépendantes.

La prise en charge de la dépendance doit être effectuée dans un cadre national avec une forte implication des acteurs locaux

La loi du 11 février 2005 a instauré un droit à la compensation de la perte d'autonomie. Son application implique que des règles nationales soient définies afin d'assurer une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. Toutefois, la prise en charge de la perte d'autonomie nécessite que l'évaluation des besoins et la construction des réponses à leur apporter se fassent à un niveau de proximité suffisamment fin pour appréhender la totalité de l'environnement social et familial de la personne dépendante. Afin d'éviter une hétérogénéité des réponses à un besoin identique, le niveau national doit être non seulement celui où sont garantis les droits mais aussi celui de la régulation des moyens.

Les positions peuvent être regroupées sous sept orientations.

1- Intégrer le vieillissement de la population dans l'ensemble des politiques publiques

Le vieillissement de la population a une incidence directe sur les dépenses de protection sociale (retraite, santé), mais il a également des conséquences sur bien d'autres politiques publiques (emploi, habitat, aménagement du territoire, ...). Ce constat devrait conduire à l'élaboration d'une politique du vieillissement, afin d'anticiper les changements profonds qui se produiront dans la sphère tant économique que sociale.

Position n° 1.1 : *Mieux évaluer la dépendance et développer la prévention des pertes d'autonomie.*

L'évaluation de la dépendance ne fait pas l'objet d'une culture partagée entre les différents acteurs qui ont à construire une réponse à la perte d'autonomie. Ces différences d'approche induisent des disparités non justifiées dans les prises en charge et conduisent à des imprécisions quant à la définition de la dépendance. La mise en place d'un référentiel d'évaluation, sous l'égide de la CNSA, permettrait que l'évaluation de la dépendance s'effectue à partir d'un outil commun et selon des pratiques similaires quel que soit l'évaluateur (conseil général, caisse de retraite, assurances).

La prévalence de la dépendance augmente avec l'avancée aux grands âges. Or, certaines causes de la dépendance peuvent être évitées ou retardées. Le plan « Solidarité-grand âge » a prévu de mettre en place une consultation médicale gratuite de prévention des pertes d'autonomie. Ces consultations n'ont toujours pas vu le jour et l'idée mériterait d'être relancée. Cette consultation s'adresserait aux personnes partant en retraite et permettrait de déceler les facteurs de fragilité pouvant conduire à une perte d'autonomie.

Dans le même esprit, des actions de prévention ciblées seraient à organiser. Elles pourraient porter, par exemple, sur les accidents indésirables évitables comme les chutes, fréquentes chez les personnes âgées, ou les risques iatrogènes, causes de 20 % des hospitalisations chez les octogénaires.

Position n° 1.2 : *Harmoniser le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes avec la prise en charge des personnes handicapées.*

Même si le principe de convergence entre les deux dispositifs n'est pas retenu, la question de l'harmonisation reste posée. Il serait notamment nécessaire, que pour une personne, le passage d'un dispositif à l'autre ne restreigne pas le soutien dont elle bénéficie et ne se traduise pas, sur le plan financier, par des effets de seuils. La loi et la réglementation devront préciser les mesures spécifiques assurant une meilleure articulation entre ces deux dispositifs.

2- Axer la politique de prise en charge de la dépendance sur le maintien à domicile

La notion de libre-choix dans le domaine de la prise en charge de la dépendance n'a pas grand sens dans la mesure où c'est la situation de dépendance de la personne qui dicte le mode de prise en charge, celui-ci s'établissant plus en fonction d'un continuum d'interventions (accueil à domicile et accueil en établissement) qu'à partir d'un choix alternatif (accueil à domicile ou accueil en établissement).

Par ailleurs, dans les attentes des personnes âgées, le maintien à domicile est largement souhaité.

Position n° 2.1 : *Revaloriser le niveau de prise en charge des GIR 1 et 2 à domicile.*

Le montant de l'APA finançant les plans d'aide est forfaitaire. Dans les cas les plus lourds, il peut s'avérer insuffisant. Une revalorisation des forfaits pour les degrés de dépendance les plus élevés améliorerait la prise en charge à domicile et éviterait le transfert des personnes âgées dépendantes vers les EHPAD. Une autre hypothèse, plus onéreuse, consisterait à financer intégralement les plans d'aide du GIR 1, quitte à ce que le ticket modérateur de l'APA soit renforcé.

Position n° 2.2 : *Mieux prendre en compte dans les financements publics les actions de qualification engagées pour leurs intervenants par les organismes gestionnaires de services à domicile.*

Les services d'aide à domicile (aides ménagères, portage de repas...) sont essentiels pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Pourtant, ce secteur est déstabilisé, d'une part, par la multiplication d'intervenants ayant des statuts divers (associations, emploi en gré à gré, entreprises, personnel communal), ce qui crée des distorsions de concurrence dont pâtissent les associations gestionnaires de services à domicile, d'autre part, par une tarification horaire des financeurs qui ne tient pas compte de la montée en qualification et en qualité d'intervention développée par les associations gestionnaires.

Position n° 2.3 : *Favoriser le recours aux nouvelles technologies.*

La prise en charge de la perte d'autonomie offre de nombreuses opportunités pour l'application des nouvelles technologies : domotique, géolocalisation, capteurs de chute, robots « aidants », etc. En outre, le recours à la télémédecine dans les EHPAD permettra d'assurer un suivi médical mieux coordonné des résidents.

3- Réduire les restes à charge pesant sur les personnes âgées et leur famille

Lorsqu'une personne âgée est accueillie dans un EHPAD le tarif hébergement peut excéder ses ressources financières. Elle doit alors recourir à l'ASH, ce qui va conduire à impliquer ses enfants, ses beaux-enfants et petits-enfants, soit directement par le biais de l'obligation alimentaire, soit indirectement, à son décès, par un recours sur sa succession au profit de la collectivité créancière (département).

Position n° 3.1: *Revoir le champ d'application de l'obligation alimentaire.*

En s'inspirant du rapport du Conseil économique, social et environnemental adopté en 2008²³, la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ne devrait porter que sur les dépenses strictement limitées aux moyens de subsistance (nourriture, hébergement). Les autres dépenses (administration générale, animation, amortissements) seraient exclues du champ de l'obligation alimentaire.

Dans le même ordre d'idée, on pourrait limiter l'application de l'obligation alimentaire à deux générations (parents, enfants et beaux-enfants), les petits enfants n'étant pas sollicités.

Position n° 3.2: *Réduire le reste à charge en établissement.*

Diverses voies sont envisageables pour réduire les coûts de fonctionnement, et partant, d'hébergement des EHPAD : mise à disposition gratuite du foncier par les collectivités locales, standardisation des constructions, mutualisation des services (blanchisserie, restauration, informatique...). Dans l'immédiat, il pourrait être envisagé de sortir les amortissements mobiliers et immobiliers dans le calcul du prix de journée facturé à la personne âgée.

Position n° 3.3: *Aménager la récupération sur succession.*

La récupération sur succession pénalise des personnes âgées ayant de faibles retraites et disposant d'un petit patrimoine constitué le plus souvent de leur habitation. Afin de limiter ces effets, un seuil de 150 000 € en deçà duquel il ne sera pas effectué de récupération pourrait être établi.

4- Développer l'accompagnement et le soutien des aidants familiaux

L'UNAF et le réseau des UDAF et des URAF se sont engagés depuis plusieurs années en faveur d'une reconnaissance par les pouvoirs publics du rôle crucial et prégnant des aidants familiaux, notamment au sein du CIAAF²⁴.

En effet, les familles assument largement leur rôle d'investissement humain auprès des personnes en perte d'autonomie. Cependant, ce soutien doit être accompagné par les pouvoirs publics qui, de leur côté, doivent mener une politique ambitieuse en direction des aidants familiaux. La réforme de la prise en charge de la dépendance doit apporter des améliorations dans ce domaine.

²³ *L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer*, CESE, 2008.

²⁴ CIAAF : Collectif Inter Associatif d'Aide aux aidants Familiaux. Créé en 2004, il réunit aujourd'hui, outre l'UNAF, l'UNAPEI, l'APF, France Alzheimer, UNAFTC, UNAFAM, CLAPEHA, ANPEDA et se donne pour mission de représenter et défendre l'intérêt des aidants familiaux.

Position 4.1 : Définir l'aidant familial

Il existe différents termes pour qualifier les aidants : aidants informels, aidants naturels, proches aidants, aidants non professionnels, aidants familiaux. Ces différents termes recouvrent évidemment des acceptions et des approches différentes.

Lors de son implication dans le CIAAF ainsi que lors de la conférence de la famille de 2006 consacrée aux solidarités intergénérationnelles, l'UNAF a utilisé le terme « d'aidant familial ». La grande majorité des aidants est en effet issue de la famille et, lorsqu'on regarde l'intensité de l'aide apportée, ce sont les familles qui sont le plus investies auprès des personnes en perte d'autonomie. En conservant l'utilisation du terme « aidant familial », l'UNAF ne cherche pas à exclure une partie des aidants, mais souhaite souligner la dimension éminemment familiale de cette aide.

Le CIAAF avait, lors la conférence de la famille de 2006 consacrée aux solidarités intergénérationnelles, utilisé le terme d'aidant familial et introduit la définition suivante : « L'aidant familial est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, *pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes.* »

En adoptant cette définition, l'UNAF milite pour que la collectivité reconnaisse le rôle des aidants familiaux dans leur globalité, et pour une politique cohérente pour l'ensemble des aidants quels que soient l'âge, le handicap et/ou la maladie de la personne aidée.

Position 4.2 : Mieux reconnaître la situation et le rôle des aidants familiaux

Le travail de ces aidants est aujourd'hui peu reconnu, peu visible, peu valorisé et parfois lourd de conséquences sociale, psychologique, financière. Pourtant, qui pourrait se passer de cette aide ? Son utilité n'est pas à prouver, l'aidant ne pourrait en aucun cas être remplacé totalement par des professionnels. Une attention particulière doit donc être portée à ces familles qui se mobilisent pour le bien-être de la personne en perte d'autonomie.

Les aidants proches attendent une reconnaissance de leur situation et de leur rôle pour être en mesure d'apporter leur aide dans les meilleures conditions possible. Ceci passe par une prise en compte du temps passé auprès de la personne au détriment d'une activité professionnelle, par le maintien des droits sociaux, par une aide à la reprise du travail...

En terme de formation, les aidants familiaux doivent pouvoir exprimer leurs besoins individualisés et bénéficier d'une formation adaptée sur tous les aspects de l'accompagnement, aussi bien techniques que relationnels. Cette formation doit être prise en charge financièrement par la CNSA.

En terme de reconnaissance des acquis de l'expérience, les compétences développées pour coordonner, gérer les imprévus, s'occuper des dossiers administratifs ou des comptes, doivent pouvoir être mieux prises en compte en vue d'un projet professionnel. Il serait pertinent de proposer gratuitement des bilans de compétence approfondis. Il peut être aussi envisagé des passerelles vers des dispositifs de reconnaissance de ces qualifications.

Position 4.3 : Aménager le congé de soutien familial

Aujourd'hui les solutions existantes pour suspendre son activité professionnelle ou la réduire sont très limitées. Il existe deux types de congés :

	<u>Congé de solidarité familiale</u>	<u>Congé de soutien familial</u>
<u>Origine</u>	Loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs Loi du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie	Suite à la conférence de la famille de 2006 consacrée aux solidarités familiales et intergénérationnelles
<u>Bénéficiaire</u>	Aidants de personne en fin de vie	Aidants de personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, handicapées, malades)
<u>Indemnisation</u>	Oui – allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie	Non
<u>Durée</u>	3 mois renouvelable 1 fois	3 mois, peut être renouvelée dans la limite d'un an sur la carrière

Créé sur proposition de l'UNAF lors de la conférence de la famille de 2006 consacrée aux solidarités intergénérationnelles, le congé de soutien familial est destiné à permettre à tout salarié de suspendre son activité pour une durée déterminée afin de s'occuper d'un proche dépendant. Non rémunéré, ce congé est d'une durée de 3 mois renouvelable dans la limite de 1 an sur l'ensemble de la carrière. Le congé de solidarité familiale est quant à lui réservé aux aidants de personnes en fin de vie.

Alors que le congé parental est connu et utilisé, ce n'est pas le cas du congé de soutien familial. Il ne rencontre pas son public : trop restrictif, peu adapté, pas indemnisé, il est aujourd'hui nécessaire de le repenser. L'UNAF demande que ce congé soit indemnisé sur une période de 3 mois et que son utilisation soit rendue plus souple et plus adaptée aux besoins (possibilité notamment de le fractionner et de l'utiliser à temps partiel).

Position 4.4 : Permettre une meilleure conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle

Pour les aidants en âge de travailler, la question de la conciliation vie familiale et vie professionnelle se pose. Ce qui est le cas d'une grande partie des aidants de personnes bénéficiant de l'APA. En effet 41% des aidants ont un emploi. Notons également qu'une partie des 16% d'aidants inactifs, le sont devenus suite à un arrêt de leur activité professionnelle dans le but d'aider leur proche. La question de la conciliation vie familiale et vie professionnelle est évidemment beaucoup plus prégnante pour les enfants qui s'occupent de leurs parents que pour les conjoints aidants, plus souvent à la retraite.

Le souhait des aidants qui s'occupent de leurs parents dépendants est de conserver leur travail : c'est en restant dans la vie active qu'ils trouvent la force nécessaire pour assumer

leur rôle d'aidant²⁵. Cette volonté forte des aidants doit être prise en compte et préservée. Or, la cessation d'activité reste encore très souvent la seule alternative pour les enfants de personnes âgées en perte d'autonomie. Ceci alors même que cette cessation est lourde de conséquences financières et sociales, notamment en ce qui concerne les droits à la retraite.

C'est sous l'angle de l'accueil des jeunes enfants que la question de la conciliation vie familiale et vie professionnelle a été longtemps posée. Évidemment, la problématique des jeunes enfants est loin d'être identique à celle des aidants de personnes dépendantes. Pourtant, il paraît pertinent aujourd'hui de poser la question de la conciliation par rapport à ces millions de familles qui aident un proche dépendant.

Pour l'UNAF, trois axes méritent d'être développés :

- Tout d'abord en sensibilisant les managers, les services de ressources humaines pour susciter un changement de regard. Il s'agit de comprendre les situations que rencontre l'aidant.
- Deuxièmement, en contribuant à mettre en place des services aux salariés : proposer des CESU, créer une structure inter-entreprises d'accueil de jour, des solutions d'urgence...
- Enfin, il s'agirait de proposer des modalités d'organisation adaptées : aménagement du temps, télétravail, temps partiels²⁶...

Le gouvernement doit être aux côtés des entreprises pour les accompagner dans cette démarche. Pourquoi ne pas ouvrir le crédit d'impôt famille (réduction d'impôt pour les entreprises qui financent des actions du type crèche d'entreprise, formations après le congé parental...) lorsqu'ils engagent des financements d'actions d'aide aux aidants salariés ?

Enfin, dans la même optique que les journées enfants malades, on pourrait créer des journées indemnisées pour s'occuper d'un proche dépendant.

Position 4.5 : Prise en compte de l'état de santé des aidants familiaux

Habités à apporter une aide à un membre de leur entourage en situation difficile, les aidants familiaux pensent rarement à demander de l'aide pour eux-mêmes. C'est le paradoxe de soutien aux aidants. Certains mettent même en péril leur état de santé et compromettent la qualité de l'aide apportée et leur capacité à aider dans la durée. Cet accompagnement des aidants est bien évidemment réservé à ceux qui consacrent un nombre d'heures conséquent et de façon régulière à la personne en perte d'autonomie.

- Une prise en compte et un suivi par les professionnels médicaux et sociaux

Depuis un certain nombre d'années, les professionnels du social et du médico-social se sont efforcés de repositionner la personne aidée en la mettant « au centre du dispositif ». Cette avancée considérable pour les personnes dépendantes a pu l'être au détriment des aidants familiaux. Prenons l'exemple des plans d'aide APA : trop souvent, l'aidant y est oublié.

²⁵ Le Bihan Youinou B. et Martin C., « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, genre et sociétés*, n° 16, 2006, pp.77-96.

²⁶ Ces propositions rejoignent celles présentées dans la note de veille du CAS consacrée aux aidants. Barbe C., *Comment soutenir efficacement les aidants familiaux de personnes âgées dépendantes*, note de veille du CAS, n°187, juillet 2010.

Pourtant dans une vision globale de la situation : appréhender, comprendre, accompagner le couple aidant/aidé est une évidence.

Pour favoriser un véritable partenariat, il serait essentiel de développer des formations qui intègrent le triangle aidé/aidant/professionnel. Ces formations communes créent du lien et donnent envie aux uns et aux autres de travailler ensemble.

- Une attention particulière doit être portée sur la santé de l'aidant

La HAS (Haute Autorité en Santé) dans sa recommandation de bonne pratique intitulée « *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentée : suivi médical des aidants naturels* » a réalisé un état des lieux des études sur l'état de santé des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette synthèse décrit les difficultés des aidants sur le plan de la santé : stress, épuisement, troubles dépressifs, troubles du sommeil, risque accru de développer certaines maladies...

Devenir aidant ne doit pas se faire au détriment de sa propre santé physique et psychique. Afin de prévenir ces risques, il est donc essentiel de prendre en compte l'état de santé global de l'aidant afin de pouvoir lui proposer, le cas échéant, une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social et/ou des solutions de répit. Pour se faire, l'UNAF et le CIAAF préconisent de donner des outils dans les formations initiales et continues aux professionnels de santé et du secteur médico-social pour notamment leur permettre de mieux repérer (par des outils d'évaluation) la souffrance et les besoins spécifiques des aidants non professionnels. Il est également important de mener des actions de sensibilisation auprès de l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire et social sur la prise en compte de la santé de l'aidant.

Cette prise en compte est aussi bien essentielle pour l'aidant que pour la continuité des soins pour la personne âgée aidée.

Position 4.6 : *Développer les dispositifs offrant des temps de répit*

Les aidants ont des difficultés à consacrer du temps pour leur vie sociale. Certains dispositifs de répit existent en France et sont peu utilisés. Cependant, des améliorations sont possibles. « En hébergement temporaire, tous les aidants interviewés soulignent le coût de l'hébergement temporaire jugé rédhibitoire, et les durées minimums de séjour imposées par certains établissements posent problème. »²⁷.

Il s'agit de développer des solutions permettant à l'aidant de bénéficier de temps de pause (accueil temporaire, remplacement au domicile, séjours en famille dans des centres adaptés, séjour-vacances de la personne aidée, familles d'accueil...). L'aide aux aidants doit apporter également des réponses aux situations de crise ou d'urgence (accident, maladie, hospitalisation, deuil, événement inopiné...).

Position 4.7 : *Un accès à des informations adaptées et à des services de soutien*

De nombreux sites Internet voient le jour sur la question des aidants. Or, ils offrent rarement des informations actualisées et territorialisées. Sans compter qu'au-delà d'une information factuelle, le recours à l'aide aux aidants suppose d'être accompagné, conseillé et encouragé. L'enjeu est de canaliser les sentiments de culpabilité, d'angoisse et dépasser le refus de l'aide. Plusieurs UDAF, conscientes de ce problème, ont conçu des projets de plateforme

²⁷ Blanchard N., Garnung M. *Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite*, Rapport Geronto clef, mars 2010

départementale d'information à destination des aidants. (Numéro unique d'appel, informations actualisées sur les services disponibles, ...).

Par ailleurs, de nombreuses associations proposent des écoutes téléphoniques, des permanences, des groupes de paroles : ces initiatives sont à encourager et à faire connaître. D'autres associations ont des projets plus innovants : c'est le cas d'UDAF qui cherchent à mettre en place un service de médiation pour les familles qui font face à la dépendance d'un proche.

La lourdeur de la charge de l'aidant entraîne parfois la nécessité d'un soutien psychologique, d'une médiation pour diminuer les tensions au sein de la famille ou tout simplement d'une écoute. Les UDAF, les URAF, les associations familiales, ont vocation à jouer un rôle dans ce domaine. La prise en charge financière devrait être assurée par la CNSA.

Position 4.8 : *Développer les services d'information et de soutien auprès des tuteurs familiaux*

La France compte plus de 800 000 personnes qui bénéficient d'une mesure de protection juridique et plus de la moitié des mesures de protection sont assurées par un ou des membres de la famille. Ces mesures sont lourdes de conséquences pour la personne protégée et lourdes de responsabilités pour le tuteur ou pour le curateur. Or les tuteurs familiaux, notamment de personnes âgées dépendantes, se retrouvent souvent seuls face à leurs difficultés.

Depuis de nombreuses années, l'UNAF et les UDAF travaillent auprès des familles pour les aider dans l'exercice des mesures de protection. Afin de permettre aux familles d'assumer cette charge dans les meilleures conditions, l'UNAF s'est mobilisée pour que le législateur reconnaisse un droit nouveau aux tuteurs ou curateurs familiaux, celui d'être informé et soutenu techniquement si le besoin est exprimé. Ainsi la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs a non seulement précisé que la protection juridique est « *un devoir des familles et de la collectivité publique* » et réaffirmé le principe de priorité familiale, mais également introduit ce nouveau droit à l'information et au soutien des familles appelées à exercer des mesures de protection juridique des majeurs, en application de l'article 449 du Code civil.

De plus en plus d'UDAF mettent en place des projets de services d'information et de soutien aux tuteurs familiaux. L'UNAF souhaite que l'Etat et les collectivités territoriales encouragent et financent les initiatives dans ce domaine, dont l'utilité est incontestable.

5- Accroître les financements dédiés à la dépendance

Actuellement, deux contributions sont affectées spécifiquement au financement de la dépendance : la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG).

Si l'on souhaite augmenter les prélèvements destinés à la prise en charge de la perte d'autonomie, il est préférable de recourir à la CSG plutôt qu'à la CSA, cette dernière pesant exclusivement sur les salariés (sauf à ce que l'assiette de la CSA soit étendue à l'ensemble des revenus). Par ailleurs, la piste fiscale doit également être sollicitée.

Position n° 5.1 : Augmenter la fraction de CSG affectée au financement de la dépendance.

Comme pour les dépenses de santé et les prestations familiales, la prise en charge de la perte d'autonomie s'inscrit dans une logique de solidarité nationale appelant un financement universel basé sur une assiette large.

Position n° 5.2 : Aligner le taux de CSG pesant sur les retraites sur celui des actifs.

Alors que les actifs acquittent une CSG au taux de 7,5 % sur leur revenu d'activité, les retraités ne paient qu'un taux réduit de 6,6 %, voire de 3,8 % s'ils ne sont pas imposables. Ils peuvent même être exonérés de CSG si leur revenu fiscal de référence est inférieur à un certain seuil. Cet alignement, permettant de dégager des recettes supplémentaires, pourrait n'être que partiel, les retraites les plus modestes n'étant pas concernées par cette mesure.

Cet alignement permettrait de limiter le déséquilibre des transferts intergénérationnels fortement impactés par le vieillissement de la population.

Position n° 5.3 : Transformer la CSA en CSG.

La CSA est assise sur la masse salariale et, pour partie, sur les revenus du patrimoine et les produits de placements. Les revenus d'activité des professions non salariées en sont exemptés. L'assiette de la CSA étant quasiment identique à celle de la CSG, cette contribution pourrait être transformée en CSG, ce qui permettrait de mettre fin à la différence de traitement entre revenus salariaux et non salariaux dans la contribution à la prise en charge du risque dépendance. En contre-partie, la journée dite « de solidarité » pourrait être supprimée.

Position n° 5.4 : Augmenter la fiscalité sur les successions et les donations.

Pour les classes d'âge nées jusqu'à la fin des années cinquante — en gros les générations du *baby-boom* — on constate que leur patrimoine moyen est sensiblement supérieur à celui de leurs parents et grands-parents. Malgré les incertitudes liées à la crise économique (dépréciation d'actifs financiers et « bulle » immobilière) et un moindre rendement du système de retraite, on peut conjecturer une croissance du patrimoine des retraités. Cela ne doit pas occulter la persistance, voire le renforcement des inégalités, dans la répartition du patrimoine.

Dans ces conditions, la contribution du patrimoine au financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, par le biais d'une augmentation de la fiscalité sur les successions et les donations, peut se justifier.

Bien que son produit, à la différence de la CSG, ne soit pas affecté à des dépenses liées à la dépendance, il procurera des recettes supplémentaires à l'Etat lui permettant d'assurer ses responsabilités dans la conduite des politiques publiques nécessitées par le vieillissement de la population (par ex : financement de la recherche sur les maladies neuro-dégénératives, de programmes tels que « Bien vieillir », plan Alzheimer ...).

6- Prévoir une prise en charge publique et universelle de la dépendance

L'assurance maladie offre un modèle d'articulation entre prise en charge publique (régimes obligatoires) et adhésion facultative, individuelle ou collective, auprès d'organismes complémentaires qui sont également ceux qui interviennent sur le marché de l'assurance dépendance (assurances, mutuelles, institutions de prévoyance).

Ce modèle a toutefois ses limites. Dans ce marché fortement concurrentiel, il est souvent difficile pour le souscripteur de se faire une bonne appréciation entre les coûts et l'étendue des garanties des différents contrats proposés par le marché. D'autre part, ce marché est inégalitaire dans la mesure où la qualité de la garantie proposée sera corrélée au montant de la prime. Enfin, l'existence d'un système complémentaire à une prise en charge publique incite les pouvoirs publics à le développer, soit en agissant sur l'offre par des dépenses fiscales, soit en mettant en place des dispositifs visant à répondre aux inégalités dans l'accès à l'offre (CMU-C, ACS). Surtout, la logique complémentaire induit un fort risque de déport des dépenses prises en charge par la solidarité vers les organismes complémentaires. C'est ce que l'on constate pour l'assurance maladie.

Position 6.1 : *Une prise en charge publique de la dépendance dans le cadre de la protection sociale sans recours au marché de manière complémentaire*

L'UNAF est favorable à un dispositif public de prise en charge de la dépendance, qui s'inscrive dans la logique de protection sociale, et sans recours au marché de manière complémentaire.

Elle considère que le marché de la prévoyance dépendance ne doit intervenir qu'en supplément, et non en complément, d'une large et universelle prise en charge publique. Il ne doit concerner que les personnes qui éprouvent le besoin de se sur-assurer, en supplément, contre les conséquences de la dépendance.

A la différence d'une logique complémentaire, il n'y a pas lieu pour l'Etat d'intervenir sur l'attractivité du marché de l'assurance par le biais d'incitations ou de dépenses fiscales, autant de dépenses qui iraient concurrencer le financement du dispositif public de prise en charge de la dépendance.

Position n° 6.2 : *Permettre aux produits d'épargne longue de financer la dépendance et utiliser les incitations fiscales actuelles sans en créer de nouvelles*

Le développement des produits de prévoyance dépendance, surtout si l'on se situe dans un cadre de complémentarité avec les aides publiques, suppose des incitations fiscales fortes et des dépenses publiques supplémentaires notamment pour financer un système de prise en charge des primes des ménages modestes. L'UNAF y est défavorable.

En revanche, recourir aux produits d'épargne longue comme assurance supplémentaire contre le risque dépendance présente plusieurs avantages.

Tout d'abord, ils bénéficient déjà d'un cadre fiscal favorable, ce qui évite d'avoir à développer des incitations — et des dépenses — fiscales supplémentaires. D'autre part, au plan macro-économique, il est beaucoup plus profitable, dans la période actuelle marquée de fortes

incertitudes sur l'avenir, d'orienter l'épargne vers ce type de produits plutôt que vers des placements de précaution (immobilier, or, valeurs refuges).

La plupart des produits d'assurance dépendance (garantie principale et garantie complémentaire) prévoit le versement d'une prestation monétaire plutôt que des prestations en nature sous forme de services. L'assurance dépendance peut dès lors être intégrée dans des produits d'épargne longue. On pourrait ainsi ajouter une option dépendance aux contrats d'assurance vie.

L'épargne retraite pourrait également servir de support à une assurance dépendance. Il serait alors possible pendant la période d'activité de se constituer une épargne vieillesse globale de long terme afin d'assurer le financement des besoins, quels qu'ils soient, pouvant se manifester pendant toute la durée de la retraite.

Contrairement aux contrats de prévoyance, ces produits d'épargne avec une sortie dépendance, en rente ou en capital, sont susceptibles de concerner des actifs relativement jeunes qui n'adhéreraient pas spontanément à une garantie dépendance si elle n'était pas couplée avec un produit d'épargne.

7- Gouvernance : associer les représentants des familles dans les instances de pilotage

La participation des représentants des familles dans les instances de pilotage des questions de dépendance est nécessaire, et ce quel que soit le dispositif mis en place.

La CNSA a vocation à occuper un rôle de plus en plus important en matière de dépendance.

Position n° 7.1 : *Assurer la représentation des familles dans les instances nationales et locales de pilotage de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.*

Les familles étant parmi les principaux soutiens, y compris financiers, des personnes dépendantes, l'UNAF demande à être représentée au sein de la CNSA, au minimum au même nombre que les autres associations, afin que soit réparée l'anomalie qui a présidé à sa création, à savoir l'absence de la représentation familiale dans les instances de gouvernance de cet organisme.

ANNEXE

Les modes de prise en charge de la dépendance

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées peut être effectuée en suivant deux logiques.

I- Une logique de protection sociale

C'est la logique qui a été retenue en France où l'on considère que cette prise en charge doit être réalisée par le biais des dispositifs actuels de protection sociale. La dépendance des personnes âgées étant due à l'altération de leur état de santé, l'assurance maladie sera ainsi grandement sollicitée. Pour financer les plans d'aide, l'APA, bien qu'elle puisse paraître comme une prestation d'aide sociale (exigence d'un état de besoin, gestion et financement par le département, contentieux auprès de la commission départementale d'aide sociale), emprunte des techniques de sécurité sociale. On peut, en effet, considérer que le besoin est constaté de manière objective par l'application de la grille *AGGIR* qui limite la dimension subjective de l'évaluation de l'équipe médico-sociale. D'autre part, l'ouverture du droit n'est pas conditionnée à un plafond de ressources ; en revanche, le montant de la prestation variera en fonction des revenus des bénéficiaires, à l'instar de ce qui existe pour le CMG de la PAJE. Enfin, le financement de l'APA est assuré en partie par une fraction de CSG et une contribution pesant sur les salaires qui sont autant de techniques de financement de la sécurité sociale.

La prise en charge de la dépendance est également le fait de l'aide sociale départementale lorsque la personne âgée accueillie en EPHAD sollicite l'ASH si ses ressources sont trop faibles pour couvrir ses frais d'hébergement.

Enfin, l'action sociale locale est également sollicitée avec notamment les différents services qui permettent le maintien à domicile (aide ménagère, portage des repas, etc ...).

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées emprunte ainsi aux différents répertoires de la protection sociale. Cependant, cette construction est empirique et, en combinant différentes logiques, de multiples acteurs et des financements divers, elle ne constitue pas un ensemble cohérent.

Une prise en charge dans le cadre de la protection sociale pose nécessairement la question des moyens que la collectivité souhaite lui affecter. Selon les différentes hypothèses, la dépense publique qui devrait être consacrée à cette prise en charge représenterait entre 1 et 1,6 % du PIB d'ici 2025 et entre 2 et 3 % à l'horizon 2040. Cela suppose pour le moins que la politique de réduction des prélèvements obligatoires soit réévaluée à l'aune du vieillissement de la population. A partir d'un point haut de 44,9 % du PIB en 1999, ceux-ci ont, en effet, été réduits à 41,6 % en 2009.

II- Une logique d'assurance

- Les caractéristiques du risque

La dépendance est, pour les assureurs, un risque long, c'est-à-dire un risque dont la réalisation est éloignée de la souscription de l'assurance. Ainsi, en France, le contrat est

souscrit en moyenne vers soixante-quatre ans pour une probabilité maximale d'occurrence du risque vers quatre-vingt-cinq ans. En outre, ce risque se manifeste sur une période relativement courte. Si l'on se base sur la durée de perception de l'APA, le versement de celle-ci est de trois ans et quatre mois pour les cas de dépendance sévère (GIR 1 et 2) et de quatre ans et deux mois pour les situations de dépendance modérée (GIR 3 et 4).

Ce risque long accroît les incertitudes sur l'évolution des coûts de la dépendance entre la date de souscription du contrat et la date de réalisation du risque. Comme ces coûts sont pour plus des quatre-cinquièmes des coûts salariaux, il est difficile pour les assureurs de proposer des garanties en nature. Aussi, la plupart des contrats existant sur le marché proposent-ils des prestations financières sous forme de rente ou de capital, ce qui conduit à s'interroger sur l'intérêt pour les ménages à souscrire une couverture assurantielle du risque dépendance plutôt que de recourir à un mécanisme classique d'épargne.

Afin de se prémunir du phénomène d'anti-sélection résultant d'une demande de couverture de la part de personnes pour lesquelles la probabilité de dépendance est plus élevée que la moyenne de la population, les assureurs sont amenés à pratiquer une sélection des risques. Cela passe par un questionnaire médical, avec surprime éventuelle, voire rejet du dossier²⁸, et par des délais de carence pendant lesquels l'assuré n'a pas de garanties et n'a droit à aucune prestation. D'autre part, afin de tenir compte de l'aléa moral, les contrats prévoient un délai de franchise plus ou moins long entre le moment où la dépendance est constatée et le versement de la prestation.

- L'état du marché

Selon la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), ce sont 2 024 200 personnes qui étaient assurées, tous types de contrats confondus (garantie principale et complémentaire), au titre de la dépendance auprès des sociétés d'assurance à la fin de l'année 2009. Comme le montre le graphique ci-dessous, après une forte accélération



Source : FFSA

constatée en 2005 (+ 12 %), la croissance s'est fortement contractée les années suivantes pour ralentir encore davantage en 2009 (+ 1 %).

²⁸ Lors du débat sur la dépendance, il sera intéressant de disposer d'éléments sur les refus d'assurance et les surprimes, notamment pour les contrats à adhésion individuelle.

Les cotisations versées par les assurés au titre d'une garantie principale dépendance s'élèvent à 403,1 millions d'euros pour l'année 2009. Après une période de forte croissance entre 2000 et 2005, avec des taux chaque année supérieurs à + 10 %, le rythme de progression annuelle des cotisations s'est par la suite ralenti et a atteint 3 % en 2009 (contre + 9 % en 2008). Pour les contrats à adhésion individuelle, la cotisation moyenne annuelle par tête assurée est restée relativement stable et s'établit à 361 euros. Pour les contrats collectifs, elle s'élève à 35 euros.

Le montant des sommes versées en 2009 au titre des contrats garantie principale dépendance, sous forme de rente viagère pour l'essentiel, s'élève à 127,7 millions d'euros, soit une hausse de 12 % en un an. Toutefois, cette croissance s'est fortement ralentie par rapport à 2008 où elle était de 30 %. Majoritairement, ces prestations sont versées au titre des contrats à adhésion individuelle (89 %).

Le nombre de rentes en cours de service au titre des contrats à adhésion individuelle est estimé à 14 300 pour l'année 2009. Le montant moyen de la rente mensuelle versée au titre de ces contrats aux personnes en état de dépendance est évalué à 522 euros.

Enfin, le montant des provisions constituées au titre de l'ensemble des contrats garantie principale dépendance atteint 2,6 milliards d'euros au 31 décembre 2009.

- Les caractéristiques des produits d'assurance

Comme en matière d'assurance santé, les produits dépendance s'appuient, comme nous venons de le voir, sur les techniques classiques de maîtrise du risque : sélection médicale, délais de carence, franchises. La plupart des contrats prévoient, en outre, des mises en réduction des garanties lorsque le souscripteur cesse de cotiser en cours de contrat. Cette éventualité peut être fréquente s'agissant d'un risque long comme la dépendance. Dans ce cas, le souscripteur, moyennant une certaine durée préalable de cotisation, peut bénéficier de garanties réduites par rapport à celles prévues en cas d'exécution sans interruption de paiement du contrat. Par ailleurs, la dépendance est un risque « jeune » et mal connu. Les bases statistiques sont insuffisantes et il apparaît difficile, à l'exemple des tables de mortalité de l'assurance vie, d'établir une table de la dépendance permettant d'évaluer la sinistralité du risque. Ce voile d'ignorance conduit les contrats d'assurance à prévoir des ajustements de cotisation en cas de dérive de la sinistralité sur le long terme.

Les assureurs ont développé des procédures autonomes d'évaluation du risque dépendance. Si la grille *AGGIR* est utilisée, elle est toujours complétée par d'autres éléments d'expertise (recours au médecin traitant, à des experts mandatés, etc ...). En règle générale, le dossier, une fois rempli et complété par le questionnaire médical, est traité par une équipe médicale constituée en interne.

Les contrats se concentrent surtout sur le risque lourd même si la couverture de la dépendance modérée est parfois considérée comme un produit d'appel. On soulignera à cet égard la forte présence des assureurs dans les enseignes de services à la personne.

Enfin, se pose la question de la portabilité des droits acquis par les assurés. Pour les contrats dépendance obligatoire de groupe, on peut s'inspirer de ce qui existe déjà pour les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé (droit de suite). Ainsi, pour un assuré ayant involontairement cessé son activité (chômage, retraite), ses garanties du contrat groupe pourront être maintenues sur sa demande et sa cotisation ne pourra être majorée de plus de 50 % la première année. En revanche, la question de la portabilité est beaucoup plus délicate lorsque l'assuré veut changer d'assureur. La nature même des contrats dépendance, risque long reposant sur des mécanismes de provisions, rend complexe les transferts, sans pénalités pour l'assuré, d'un contrat à un autre.



Union nationale des Associations familiales
28 place Saint Georges – 75 009 PARIS – tél. : 01 49 95 36 00

www.unaf.fr