



**Débat national  
sur la dépendance :**

**Restitution des travaux  
des quatre groupes de travail  
sur la prise en charge  
de la dépendance**

*Mardi 21 juin 2011*

**DOSSIER DE PRESSE**

**Contact Presse  
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale : 01 70 91 94 42**

# Sommaire

---

<b>I-</b>	<b>Présentation des quatre modérateurs des groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance</b>	<b>P.3</b>
	1) Annick MOREL, modératrice du groupe de travail « Société et vieillissement »	P.3
	2) Jean-Michel CHARPIN, modérateur du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »	P.4
	3) Evelyne RATTE, modératrice du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »	P.5
	4) Bertrand FRAGONARD, modérateur du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »	P.6
<b>II-</b>	<b>Composition des quatre groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance</b>	<b>P.7</b>
	1) Composition du groupe de travail « Société et vieillissement »	P.7
	2) Composition du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »	P.10
	3) Composition du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »	P.14
	4) Composition du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »	P.18
<b>III-</b>	<b>Synthèses des travaux des quatre groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance</b>	<b>P.21</b>
	1) Synthèse des travaux du groupe de travail « Société et vieillissement »	P.21
	2) Synthèse des travaux du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »	P.24
	3) Synthèse des travaux du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »	P.26
	4) Synthèse des travaux du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »	P.29

## I- Présentation des quatre modérateurs des groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance

---

### 1) Annick MOREL, modératrice du groupe de travail « Société et vieillissement »



#### Formation

Ancienne élève de l'ENA.

#### Activités professionnelles

- 1973 : Professeur de sciences économiques et sociales.
- 1982 : Administratrice civile, au ministère de la Solidarité à partir de 1982.
- 1986-1988 : Administratrice civile, à la Cour des Comptes.
- 1988 : Directrice de cabinet du secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, puis conseillère technique de Claude EVIN, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.
- 1999 – 2003 : Directrice de la caisse nationale des allocations familiales.
- Depuis 1998 : Inspectrice générale des affaires sociales.

## **2) Jean-Michel CHARPIN, modérateur du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »**



### **Formation**

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique et de l'ENSAE (Ecole nationale de la statistique et de l'administration économique).

Diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris et d'études supérieures de sciences économiques.

### **Activités professionnelles**

- 1973-1976 : Économiste à l'INSEE, responsable des travaux techniques de projection à moyen terme (1976-1980).
- 1980-1981 Administrateur principal à la Commission des Communautés européennes, responsable des projections économiques à moyen terme.
- 1981-1983 : Chef du Service des programmes de l'INSEE.
- 1984 – 1985 : Directeur de Cabinet de Jean Le GARREC, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargé du Plan, d'avril 1983 à juillet 1984, puis secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargé de la Fonction publique.
- 1985-1990 : Directeur du Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII), institut de recherche auprès du Commissariat général du Plan.
- 1990-1993 : Directeur des études économiques de la BNP.
- 1994-1997 : Directeur de la gestion actif-passif de la BNP, membre du Comité de direction générale de la BNP.
- 2003-2007 : Directeur général de l'INSEE.

### **3) Evelyne RATTE, modératrice du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »**



#### **Formation**

Agrégée d'Histoire.

Ancienne élève de l'ENA.

#### **Activités professionnelles**

- 1979-1983 : Administrateur civil au ministère de l'Économie.
- 1983-1986 : Attaché financier à l'ambassade de France à Bonn (RFA).
- 1986-1988 : Directeur de cabinet d'Hervé de CHARETTE, ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de la fonction publique et du plan.
- 1988-1993 : Conseiller référendaire à la Cour des comptes à la chambre sociale.
- 1993-1995 : Directeur de cabinet d'Hervé de CHARETTE, ministre du logement.
- 1995-1996 : Conseiller référendaire à la Cour des comptes, chargée de mission auprès du ministre des affaires étrangères.
- 1996-2002 : Conseiller référendaire de 1ère classe à la Cour des comptes.
- 2002-2005 : Conseiller référendaire à la Cour des comptes, détachée secrétaire générale pour l'administration du ministère de la défense.
- 2003 : Auditionnée par la commission la Défense nationale et des forces armées.
- 2003 : Promue Conseiller maître à la Cour des comptes.
- 2005-2007 : Préfet de l'Aisne.
- 2007-2010 : Préfet du Limousin et de la Haute-Vienne.
- 2010-... : Conseiller maître à la Cour des comptes.

#### **4) Bertrand FRAGONARD, modérateur du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes Agées »**



##### **Formation**

Ancien élève de l'ENA.

##### **Activités professionnelles**

- 1964-1967 : Auditeur à la Cour des comptes (1964-1967).
- 2009 : Président délégué du Haut conseil de la famille.
- 1967-1974 : Chef de service, puis directeur adjoint à la Direction des carburants, au ministère de l'Industrie
- 1974-1977 : Directeur de cabinet de René LENOIR, secrétaire d'Etat à l'action sociale.
- 1977-1979 : Directeur adjoint du cabinet de Simone Veil, ministre de la santé et de la famille.
- 1980-1987 : Directeur de la caisse nationale des allocations familiales.
- 1987-1988 : Commissaire général au Plan.
- 1988-2006 : Délégué interministériel au revenu d'insertion-RMI.
- 2003-2005 : Chargé de mission auprès de Simone Veil, ministre de la santé, des affaires sociales et de la ville.
- 1997-1998 : Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie.
- 1999-2001 : Conseiller maître en fonction à la Cour.
- 2001-2005 : Président de la 2<sup>ème</sup> chambre à la Cour : industrie et défense.
- 2003-2009 : Président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
- 2005-2010 : Président maintenu à la Cour : 6ème chambre chargée de la sécurité sociale.
- 2009 : Président du Haut conseil de la famille.

Membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP.

## **II- Composition des quatre groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance**

---

### **1) Composition du groupe de travail « Société et Vieillesse »**

Mme Annick MOREL, Inspectrice générale des affaires sociales, modérateur du groupe.

#### **1. Parlementaires**

##### **1.1 Assemblée Nationale**

M. Olivier JARDE, député de la Somme

Mme Martine PINVILLE, députée de la Charente

##### **1.2 Sénat**

M. Dominique LECLERC (Suppléant : M. Albéric de MONTGOLFIER)

M. Guy FISCHER (Suppléante : Mme Isabelle PASQUIER)

#### **2. Collectivités locales**

##### **2.1 Assemblée des départements de France (ADF)**

M. Jérôme GUEDJ, président du conseil général de l'Essonne

Mme Liliane CAPELLE, adjointe au maire de Paris

##### **2.2 Assemblée des maires de France (AMF)**

M. Francis MERGUEL

M. Bernard SPOTTI

##### **2.3 Association des régions de France (ARF)**

Mme Madeleine NGOMBET

#### **3. Partenaires sociaux**

##### **3.1 Organisations syndicales de salariés**

M. Yves VEROLLET, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

Mme Martine DECHAMP, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

M. Patrick BRILLET, FO (Force ouvrière)

M. Alain GIFFARD, CGC (Confédération générale des cadres)

Mme Patricia BROUARD, CGC (Confédération générale des cadres)

Mme Annie BERTELLE, CGT (Confédération générale du travail)

M. Guy PATTI, CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens)

### **3.2 Organisations patronales**

Mme Céline MICOUIN, MEDEF (Mouvement des entreprises de France)

Mme Delphine DENDA, MEDEF (Mouvement des entreprises de France)

M. Philippe CHOIGNARD, CGPME (Confédération générale du Patronat, des petites et moyennes entreprises)

M. Henri LESAULE, CGPME (Confédération générale du Patronat, des petites et moyennes entreprises)

M. Paulin LLECH, CGPME (Confédération générale du Patronat, des petites et moyennes entreprises)

Mme Houria SANDAL, UPA (Union professionnelle artisanale)

### **4. Organismes de protection sociale et autres institutions**

Mme Bernadette MOREAU, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

M. Alain COLVEZ, CNSA (membre du conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

M. Albert LAUTMAN, CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse)

M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'Agence régionale de santé du Limousin

Mme Nelly BAUDRON, UNCCAS (Union nationale des centres communaux ou inter communaux d'action sociale)

M. Frédérique LEPRINCE, HCF (Haut conseil de la famille)

Mme Claudie BERTRAND-LAROCHE

### **5. Représentants des opérateurs du monde de l'assurance**

#### **5.1 Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)**

M. Georges CONSTANTIN

Mme Françoise BARTHES-DUPPRESSOIR

#### **5.2 Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

M. Bertrand GARROS

### **6. Représentants de la société civile**

C.GRIFFOND, UNAF (Union nationale des associations familiales)

S. MARTIN, UNAF (Union nationale des associations familiales)

M. Patrice TRIPOTEAU, CNCPH (Conseil national consultatif des personnes handicapées)

M. Alain VILLEZ, UNIOPSS (Union interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

M. Daniel CARRE, CISS (Collectif inter associatif sur la santé)

Mme Isabelle ROUGIER (ANAH)

Sylvain DENIS et Paul DUBOST, CNRPA (Comité national des retraités et des personnes âgées)

## **7. Personnalités qualifiées**

M. Jean-François SERRES, Les Petits Frères des pauvres  
M. Jean-Claude MARION, France Parkinson  
M. Michèle MICAS, France Alzheimer  
Mme Florence LEDUC, Association française des aidants  
Mme Muriel BOULMIER, expert logement  
M. Louis CHAUVEL, sociologue  
M. Patrice BOURDELAIS, directeur de l'ISHS (Institut des sciences de l'homme et de la société)  
M. Alain ROZENKIER, sociologue  
Mme Olga PIOU, CLEIRPA (Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les personnes âgées)  
M. Bruno FAVIER, Fondation des caisses d'épargne pour la solidarité  
M. Jean-Louis SANCHEZ, ODAS (Observatoire national d'action sociale)  
M. Bernard ENNUYER, sociologue  
M. Jean-Pierre AQUINO, gériatre  
M. Léopold GILLES, CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie)  
M. Joël MENARD, Président de la mission nationale d'Alzheimer  
M. Alain FRANCO, Gériatre  
Mme Claude JEANDEL, Gériatre  
Mme Marie-Eve JOEL, professeur d'économie, et présidente du conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

## **8. Représentants de l'administration**

Mme Isabelle ROBERT-BOBEE, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)  
M. Patrick RISSELIN, DGCS (Direction générale de la cohésion sociale)  
Mme Nicole BOHIC, DGS (Direction générale de la santé)

## **2) Composition du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »**

M. Jean-Michel CHARPIN, Inspecteur général des finances, modérateur du groupe.

Mme Cécile TLILI, Inspectrice des finances, rapporteur du groupe.

### **1. Parlementaires**

#### **1.1 Assemblée Nationale**

M. Christophe SIRUGUE, député de Saône-et-Loire

Mme Bérengère POLETTI, députée des Ardennes

#### **1.2 Sénat**

M. Bruno SIDO, sénateur de la Haute-Marne

M. Jean-Jacques JEGOU, sénateur du Val-de-Marne

M. Gilbert BARBIER, sénateur du Jura

### **2. Collectivités locales**

#### **Assemblée des départements de France (ADF)**

M. Pascal TERRASSE, Président du Conseil Général de l'Ardèche (Suppléants : M. Eric LASARGNE et M<sup>me</sup> Chloé MORIN)

M. Bernard CAZEAU, Président du Conseil Général de Dordogne

M. Patrick MOLINOZ, Conseiller Général de la Côte d'Or

M. Augustin ROSSI

Mme Marion LEROUX

M. Jean-Pierre HARDY

(Suppléants : M<sup>me</sup> Martine CONIN, M. Jean-Paul RAYMOND, M. Georges DIANOUX)

### **3. Partenaires sociaux**

#### **3.1 Organisations syndicales de salariés**

M. Daniel EDELIN, CGT (Confédération générale du travail)

Mme Françoise VAGNER CGT (Confédération générale du travail)

Mme Samira BOUZEBRA, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

Mme Karine BEAURAIN, FO (Force ouvrière)

M. Didier HOTTE (Suppléante : M<sup>me</sup> Corinne JOFFRE), FO (Force ouvrière)

M. Jean-Pierre SAMUROT (Suppléant : M. Patrick POIZAT), CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens)

Mme Danièle KARNIEWICZ, CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres)

Mme Gisèle LAPOUMEROULIE, CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres)

### **3.2 Organisations patronales**

M. Denis GINDRE (Suppléante M<sup>me</sup> Delphine BENDA), MEDEF (Mouvement des entreprises de France)

M. Jean-Pierre de GUIDIS (Suppléante : M<sup>me</sup> Evelyne MAES), CGPME (Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises)

Mme Houria SANDAL-AOUIEUR, UPA (Union professionnelle artisanale)

## **4. Organismes de protection sociale**

M. Emmanuel LEFEVRE (Suppléante : M<sup>me</sup> Emmanuelle BRUN), CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

Mme Hélène PARIS, CNAF (Caisse nationale d'allocations familiales)

Mme Dominique POLTON, UNCAM-CNAMTS (Union nationale des caisses d'assurance maladie - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés)

## **5. Représentants des opérateurs du monde de l'assurance**

M. Jérôme CORNU (Suppléants : M. Olivier THEETTEN et M<sup>me</sup> Brigitte DECOSTER), FFSA (Fédération française des sociétés d'assurance)

M. Christophe OLLIVIER (Suppléante : M<sup>me</sup> Nathalie CHEVALLIER), FNMF (Fédération nationale de la mutualité française)

M. Jean-Louis FAURE (Suppléante : M<sup>me</sup> Evelyne GUILLET), CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance)

M<sup>me</sup> Sophie MICHON (Suppléante : M<sup>me</sup> Marie-Françoise RESVE), Institut des actuaires

## **6. Représentants de la société civile**

M. Claude LACOUR, CNRPA (Comité national des retraités et des personnes âgées)

M. Charles BERDER, CNRPA (Comité national des retraités et des personnes âgées)

Mme Monique VEZINET, UNAF (Union nationale des associations familiales)

## **7. Personnalités qualifiées**

Mme Laure de MONTESQUIEU, SCOR

M. Pierre-Yves GEOFFARD, École d'économie de Paris

Mme Emmanuelle CAMBOIS, Institut national d'études démographiques (INED)

M. Claude LE PEN, Université de Paris-Dauphine

M. Jean-Hervé LORENZI, Université de Paris-Dauphine

M. Gaétan LAFORTUNE, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

## **8. Représentants de l'administration**

### **8.1 Ministères en charge des affaires sociales**

M. Ronan MAHIEU, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Catherine ZAIDMAN, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Isabelle ROBERT-BOBEE, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Sylvie EGHBAL-TEHERANI, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Aude LECROART, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Cécile SIMON, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Joëlle CHAZAL, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Anny GOLFOUSE, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Nathalie DUTHEIL, DGCS (Direction générale de la cohésion sociale)

Mme Aude MUSCATELLI, DGCS (Direction générale de la cohésion sociale)

Mme Marianne CORNU-PAUCHET (Suppléantes : M<sup>me</sup> Céline CAREL et M<sup>me</sup> Ursule NGOUANA), DSS (Direction de la sécurité sociale)

M. Nicolas AGNOUX, DSS (Direction de la sécurité sociale)

### **8.2 Ministères en charge de l'économie et des finances**

M. Didier BLANCHET, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

Mme Delphine ROY, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

Mme Claire MARBOT, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

Mme Pascale BREUIL, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

M. Olivier CHARDON, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

M. Olivier LEON, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

M. Michel DUEE, INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

M. Stéphane PAILLAUD, DGT (Direction générale du Trésor)

Mme Bérengère MESQUI, DGT (Direction générale du Trésor)

M. Grégoire de LAGASNERIE, DGT (Direction générale du Trésor)

M. Alexandre KOUTCHOUK, DB (Direction du budget)

M. Christophe POURREAU (Suppléant : M. Eddie KAMOUN), DLF (Direction de la législation fiscale)

### **8.3 Ministère de l'Intérieur**

M. Éric JALON (Suppléante : M<sup>me</sup> Claire MARTIN), DGCL (Direction générale des collectivités locales)

Mme Anne ARCHAMBAULT, DGCL (Direction générale des collectivités locales)

### **3) Composition du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »**

Evelyne RATTE, Conseiller-maître à la Cour des Comptes, modérateur du groupe.

#### **1. Parlementaires**

##### **1.1 Assemblée Nationale**

Mme Danièle HOFFMAN-RISPAL, députée de Paris

#### **2. Collectivités locales**

##### **2.1 Assemblée des départements de France (ADF)**

Mme Nathalie ALAZARD

M. Laurent BAYEN

M. Luc BROUSSY

M. Martial DARDELIN

M. Jean-Pierre HARDY

M. Jean-Pierre PEYRAUD

Mme Laurence PLANCHAIS

M. Augustin ROSSI

Mme Catherine SCHMID

##### **2.2 Association des régions de France (ARF)**

Mme Madeleine NGOMBET

##### **2.3 Assemblée des maires de France (AMF)**

M. Gilles CATOIRE, maire de Clichy

Mme Marie-Claude SERRES COMBOURIEU

Mme Isabelle VOIX

#### **3. Partenaires sociaux**

##### **3.1 Organisations syndicales de salariés**

Mme Maryse BALOGE-CHAUVIN, CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens)

M. Philippe FONTAINE, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

M. Sébastien RETORD, CFDT (Confédération française démocratique du travail)

Mme Marie-Paule POUSSIER, CGT (Confédération générale du travail)

Mme Ghislaine RAOUAFI, CGT (Confédération générale du travail)

M. Yves CALVET, FO (Force ouvrière)

M. Jean-Claude ORLIANGE, CFE (Confédération française de l'encadrement)

M. Jean-Baptiste PLARIER, CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement)

##### **3.2 Organisations patronales**

M. Philippe CHOIGNARD, CGPME (Confédération générale du patronat, des petites et moyennes entreprises)

M. Paulin LLECH, CGPME (Confédération générale du patronat, des petites et moyennes entreprises)  
M. Manuel GEA, MEDEF (Mouvement des entreprises de France)  
Mme Houria SANDAL AOUIMEUR, UPA (Union professionnelle artisanale)

#### **4. Organismes de protection sociale et autres institutions**

Mme Catherine BISMUTH, UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)  
Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)  
M Pascal CHAMPVERT, AD PA (Allocation départementale personnalisée d'autonomie)  
M. Romain GIZOLME, AD PA (Allocation départementale personnalisée d'autonomie)  
M. Hervé DROAL, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)  
Mme Annie RICHART-LEBRUN, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)  
Mme Evelyne SYLVAIN, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)  
M. Bruno LACHESNAIE, CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole)  
Mme Emmanuelle PION, CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole)  
M. Jean-Philippe VINQUANT, HCCAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie)  
Mme Marie Dominique LUSSIER, ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé)  
M. Didier CHARLANNE, ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)  
Mme Sabine JEUCH, ANSP (Agence nationale des services à la personne)

#### **5. Représentants des opérateurs du monde de l'assurance**

##### **5.1 Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)**

Mme Véronique CAZALS  
M. Nicolas GUSDORF  
Mme Nicole POCHAT

##### **5.2 Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

Mme Michèle DANGE

#### **6. Représentants des offreurs de soins et de services**

M. Damien CACARET, FESP (Fédération et syndicats des services à la personne)  
M. Amaury DE LA SERRE, FESP (Fédération et syndicats des services à la personne)  
M. Dominique LERY, FESP (Fédération et syndicats des services à la personne)  
M. Olivier PERALDI, FESP (Fédération et syndicats des services à la personne)  
M. Thierry D'ABOVILLE, ADMR (Aide à domicile en milieu rural)  
Mme. Anne Myrtille DUBOIS, ADMR (Aide à domicile en milieu rural)  
M. Christian FOURREAU, (Aide à domicile en milieu rural)  
M. Jean-Pierre GALLAIRE, UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile)  
M. Emmanuel VERNY, UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile)  
Mme Magali NIJDAM ; FEPEM (Fédération des particuliers employeurs de France)  
Mme Bénédicte ROCH-DURAND, FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)

Mme Pauline SASSARD (FEHAP) (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)  
Mme Françoise NOUHEN, UNCCAS, (Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale)  
Mme Karen SOYER HOOGE, UNCCAS, (Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale)  
M. Alain BERGEAU, UNPS (Union nationale des professionnels de santé)  
M. Marcel AFFERGAN, UNPS (Union nationale des professionnels de santé)  
Mme Claire BARANGE, UNPS (Union nationale des professionnels de santé)  
Mme Nicole DENNI KRICHER, UNPS (Union nationale des professionnels de santé)  
M. William JOUBERT, UNPS (Union nationale des professionnels de santé)  
M. Alain VILLEZ, UNIOPPS, UNIOPPS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)  
M. AMANRATINIS, FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)  
M. BOSSY, FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)  
M. Philippe BURNEL, FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)  
M. René CAILLET, FHF (Fédération hospitalière de France)  
Mme Murielle JAMOT, FHF (Fédération hospitalière de France)  
Mme Zainab RIET, FHF (Fédération hospitalière de France)  
Mme Florence ARNAIZ-MAUME, Synerpa (Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées)  
M. Antoine FRAYSSE, Synerpa (Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées)  
Mme NELLY BAUDRON, UNCAAS (Union des centres communaux d'action sociale)  
Mme Françoise TOURSIERE, FNADEPA (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements)  
Mme Aude LETTY, Groupe KORIAN  
Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, présidente du groupe KORIAN

## **7. Représentants de la société civile**

M. Jérôme ANTONINI, Croix Rouge française  
M. Claudy JARRY et Dominique SECHET, CNRPA (Comité national des retraites et personnes âgées)  
Mme Judith MOLLARD, France Alzheimer  
Mme Danielle VILCHIEN, France Parkinson  
Mme Elodie JUNG, Association française des aidants  
Mme Florence LEDUC, Association française des aidants  
Mme Christel PRADO, CNCPPH, (Conseil national consultatif des personnes handicapées)  
M. Christian RODRIGUEZ, UNAF (Union nationale des associations familiales)

## **8. Personnalités qualifiées**

M. Jean-Marc AUBERT  
M. Herbert REJEAN  
Pr Sylvie LEGRAIN  
Pr Bruno VELLAS,  
Mme Bernadette PUIJALON, sociologue  
Pr. Gilles BERRUT, président de la société française de gérontologie

## **9. Représentants de l'administration**

### **9.1 Ministères en charge des affaires sociales**

Mme Joëlle CHAZAL, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Anny GOLFOUSE, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

M. Ronan MAHIEU, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Isabelle ROBERT-BOBEE, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Aude MUSCATELLI, DGCS, (Direction générale de la cohésion sociale)

Mme Cécile BALANDIER, DGOS (Direction générale de l'organisation des soins)

Mme Christine BRONNEC, DGOS (Direction générale de l'organisation des soins)

Mme Cécile COURREGES, ARS-IGAS (Agence régionale de santé- Inspection générale des affaires sociales)

M. Nicolas AGNOUX, DSS (Direction de la sécurité sociale)

M. Jérôme CLERC, DSS (Direction de la sécurité sociale)

M. Samuel DELAFUYS, DSS (Direction de la sécurité sociale)

Mme Laure-Marie ISSANCHOU, DSS (Direction de la sécurité sociale)

### **9.2 Ministères en charge de l'économie et des finances**

Mme Laëtitia ABBAMONTE, DB (Direction du budget)

M. Paul BERARD, DB (Direction du budget)

### **9.3 Ministère de l'Intérieur**

Mme Anne ARCHAMBAULT, DGCL (Direction générale des collectivités locales)

Mme ALICE LAPRAY, DGCL (Direction générale des collectivités locales)

#### **4) Composition du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »**

M. Bertrand FRAGONARD, président délégué du Haut conseil de la famille, modérateur du groupe

### **1. Parlementaires**

#### **1.1 Assemblée nationale**

M. Yves BUR, député du Bas-Rhin

Mme Laurence DUMONT, député du Calvados

#### **1.2 Sénat**

Mme Jacqueline ALQUIER, sénateur du Tarn

M. Yves DAUDIGNY, sénateur de l'Aisne

Mme Bernadette DUPONT, sénateur des Yvelines

M. Jean-Jacques JEGOU, sénateur du Val-de-Marne

Mme Valérie LETARD, sénateur du Nord

### **2. Collectivités locales**

#### **1.1 Assemblée des départements de France (ADF)**

M. Jean-Pierre HARDY, chef de services des politiques sociales

M. André VIOLA, président du Conseil général de l'Aude

#### **1.2 Association des maires de France (AMF)**

Mme Valérie EGLOFF, adjointe au maire du Havre

M. René REGNAULT, président de l'association des maires des Côtes d'Armor

### **3. Partenaires sociaux**

#### **1.1 Organisations syndicales de salariés**

M. Jean-Marc BILQUEZ, FO (Force ouvrière)

M. Pierre-Yves CHANU, CGT (Confédération générale du travail)

M. Thierry GAYOT, CFTC (Confédération française des travailleurs chrétiens)

M. Gilbert JEROME, CFTD (Confédération française démocratique du travail)

M. Danièle KARNIEWIECZ, CGC (Confédération générale des cadres)

#### **1.2 Organisations patronales**

M. Jean-Pierre de GUIDIS, CGPME (Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises)

M. Gérard MENEROUD, MEDEF (Mouvement des entreprises de France)

Mme Houria SANDAL-AOUIEUR, UPA (Union professionnelle artisanale)

#### **1.3 Organisations représentatives des professions non-salariées**

M. Christian GUICHARDON, UNAPL (Union nationale des professions libérales)

## **4. Organismes de protection sociale**

M. Bruno LACHESNAIE, CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole)  
M. Albert LAUTMAN, CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse)  
Mme Dominique LIGER, RSI (Régime social des indépendants)  
Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)  
M. Frédéric MARINACCE, CNAF (Caisse nationale des allocations familiales)  
M. Laurent VACHEY, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

## **5. Représentants des opérateurs du monde de l'assurance**

### **5.1 Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)**

M. Francis BLOCH  
M. Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX

### **5.2 Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)**

M. Fabrice HEYRIES  
M. Thierry MARTEL  
Mme Lucie TALEYSON

### **5.3 Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

M. Jean-Louis DAYET  
Mme Martine VAREILLES

## **6. Représentants des offreurs de soins et de services**

### **6.1 Représentants du secteur de l'aide à domicile**

M. Didier DUPLAN, ADESSA/A Domicile (Fédération nationale d'associations et de structures à but non lucratif d'aide, de soins à domicile et de services à domicile)  
Mme Emmanuelle LEGRAND, FEPEM (Fédération nationale des particuliers employeurs)  
M. Olivier PERALDI, SESP (Syndicat des particuliers employeurs)

### **6.2 Représentants du secteur des établissements**

Mme Florence ARNAIZ-MAUME, SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées)  
Mme Murielle JAMOT, FHF (Fédération hospitalière de France)  
M. Vincent RENAULT, FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)

### **6.3 Représentant de la société civile**

Mme Christian BASSET, UNAF (Union nationale des associations familiales)  
Mme Janine DUJAY-BLARET, CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées)  
M. Mathieu ESCOT, UFC-Que choisir  
M. Benoît JAYET, CNRPA (Comité national des retraités et personnes âgées)  
M. Bruno JUIGNIER, UNAF (Union nationale des associations familiales)  
M. Christian SAOUT, CISS (Collectif interassociatif sur la santé)

## **7. Personnalités qualifiés**

M. Pierre JAMET, directeur général des services du Conseil général du Rhône

M. Pierre-Alain de MALLERAY, directeur général délégué de MutRé SA

M. Claude MARTIN, sociologue

M. André MASSON, économiste

M. Philippe VALLETOUX, président de PHV-Conseil

## **8. Représentants de l'administration**

### **8.1 Ministères en charge des affaires sociales**

Mme Anne-Marie BROCAS, DREES, (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Mme Sabine FOURCADE, DGCS, (Direction générale de la cohésion sociale)

M. Dominique LIBAULT, DSS (Direction de la sécurité sociale)

### **8.2 Ministères en charge de l'économie et des finances**

M. Julien DUBERTRET, DB (Direction du budget)

M. Ramon FERNANDEZ, DT (Direction général du Trésor)

Mme Marie-Christine LEPETTT, DLF (Direction de la législation fiscale)

### **8.3 Ministère de l'Intérieur**

M. Eric JALON, DGCL (Direction générale des collectivités locales)

### III- Synthèse des travaux des quatre groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance

---

#### 1) Synthèse des travaux du groupe de travail « Société et vieillissement »

Une double conviction a animé le groupe de travail.

- La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sera d'autant meilleure que les français accepteront le vieillissement comme un élément positif de leur parcours de vie.
- La dynamique du lien social, l'intégration dans la ville et le quartier, dans les réseaux sociaux, qu'ils soient familiaux ou amicaux, sont des composantes essentielles du bien vieillir et de la prévention de la perte d'autonomie.

Pour le groupe, ces convictions vont à l'encontre de la vision négative actuelle du vieillissement et de la perte d'autonomie des personnes âgées qui explique en partie un « déni de projection », une approche fataliste peu propice à la prévention et des politiques peu imaginatives du grand âge. Ces constructions sociales péjoratives sont en décalage avec les réalités actuelles : grâce aux progrès médicaux, économiques et culturels, la vieillesse se concrétise aujourd'hui plus tardivement que le « couperet » encore très présent de l'âge de 60 ans ou maintenant de 65 ans; la perte d'autonomie des personnes âgées ne touche qu'une minorité de personnes très âgées et peut être évitée ou retardée non seulement par des actions médicales, et médico-sociales, mais aussi sociales qui visent à maintenir vivants les liens des personnes âgées avec leur entourage et leur voisinage.

##### a) Cadre de vie, habitat, logement : un nouvel axe fort des politiques du bien vieillir chez soi

Penser le logement des personnes âgées comme un élément du bien vieillir, conçu dans un environnement favorable, mixant les générations, à proximité de services et d'équipements, devrait être fortement encouragé, traduisant un choix collectif pour le maintien à domicile : obligation pour les communes et les intercommunalités de prendre en compte le vieillissement dans les documents locaux d'urbanisme, échanges de pratiques et promotion d'expériences probantes entre les villes, les bailleurs sociaux, les agences d'urbanisme, favorisés par les ministères du logement et de la cohésion sociale mais aussi l'association des maires de France.

Dans ce cadre, le développement d'habitats adaptables et adaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie, intermédiaires entre le domicile et l'établissement, pourrait être une orientation nouvelle des politiques publiques du vieillissement, accompagnée en tant que de besoin par des expériences tarifaires de prise en charge des soins et du soutien social pour les résidents âgés. Ces expérimentations devront être évaluées pour être reproductibles et comparées aux coûts de la prise en charge en établissement.

De même, l'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie apparaît comme un axe prioritaire immédiat, conforme à la fois au souhait des français de vieillir chez eux (73% des plus de 60 ans sont propriétaires de leur logement) et à une logique préventive (prévention des chutes et maintien du lien social).

Les propositions du groupe de travail visent à faciliter ces aménagements, notamment pour les personnes les plus modestes par une augmentation du budget de l'ANAH, une affectation volontariste et plus développée des fonds d'action sociale existants des caisses vieillesse et un

financement par les départements facilité par une modification de l'APA : la France pourrait ainsi rattraper le retard qu'elle connaît dans ce domaine par rapport à d'autres pays européens.

### **b) Le pari de la prévention**

L'affirmation d'une politique de prévention plurielle (médicale, médico-sociale et sociale) de la perte d'autonomie, forte, visible, conduite dans la durée, évaluée, organisée, est essentielle : elle pourrait permettre à l'ensemble de la population de vieillir en meilleure santé, contenir l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie et limiter, le cas échéant, l'ampleur des incapacités, offrant ainsi un impact financier non négligeable.

Actuellement, la représentation pessimiste et fataliste du vieillissement, couplée à l'absence de cadre national de référence pérenne ou réactualisé de la prévention, la dispersion des actions et des acteurs, la faible professionnalisation des opérateurs font de la prévention un axe « mou » des politiques publiques, dont ni les contenus, ni les dimensions financières ni les résultats ne sont identifiés.

Les orientations du groupe conduisent à fédérer les acteurs par la mise en place d'un cadre stratégique national et des référentiels communs, à mieux cibler les actions de prévention sur les personnes qui en ont le plus besoin, à engager des expérimentations, évaluées, avec des professionnels de santé, des établissements médico-sociaux ou des caisses de retraite.

Deux scénarios d'organisation des acteurs de la prévention au niveau territorial sont proposés, les ARS étant, dans les deux cas, les chefs de file des schémas de prévention territoriaux, articulés avec les départements et les communes : l'un voit les caisses vieillesse devenir des acteurs de premier plan dans ce domaine, en articulation étroite avec les ARS (à l'instar du modèle de contractualisation mis en place avec les caisses d'assurance maladie), sans financement supplémentaire, grâce au redéploiement volontariste de leur action sociale et au développement des partenariats entre les différents régimes; l'autre donne ce rôle aux départements sous réserve que de nouveaux moyens leur soient affectés soit par transfert des fonds d'action sociale des caisses vieillesse soit par affectation de moyens supplémentaires.

### **c) Une coordination à concrétiser enfin autour des personnes et de leurs familles**

La multiplicité des acteurs et des financements consacrés à la perte d'autonomie ne saurait justifier l'extrême complexité que les personnes âgées et leurs familles doivent affronter. La dispersion actuelle des actions emporte pour la collectivité une moindre optimisation de ses efforts par le recours aux formules de prise en charge les plus coûteuses (hospitalisations, par exemple), en dépit des dispositifs de coordination empilés sans succès depuis 30 ans.

Une organisation des acteurs doit aujourd'hui aboutir à la mise en place d'une sorte de « guichet unique » pour les personnes âgées et leurs familles : cette fonction de coordination, distincte de la mission d'attribution des aides, doit être pérenne opérationnelle, et de proximité, donc reconnue par la loi qui doit désigner une autorité responsable. Si l'un des scénarios propose de confier ce rôle aux ARS, il serait plus logique de l'attribuer aux départements responsables de la politique gériatrique et qui pourront l'organiser au plus près des besoins. Quel que soit le pilote retenu la mise en place de cette mission exige des moyens qui ont été évalués à 135 millions d'euros.

La coordination permettra, sur la base d'une évaluation multidimensionnelle rénovée des besoins d'aide des personnes âgées, de mobiliser plus efficacement à leur bénéfice non seulement l'APA mais aussi des moyens médicaux, médicosociaux (services de soins à domicile) ou sociaux (adaptation du logement, associations bénévoles qui interviennent pour lutter contre l'isolement).

#### **d) Une reconnaissance des aidants et des soutiens organisés par le département**

Cette coordination fournirait aux aidants proches des personnes âgées un soutien préservant leur investissement fondamental et complémentaire à l'effort collectif.

Toute prospective sur l'aide familiale future est extrêmement fragile tant il est difficile d'anticiper sur l'évolution des relations familiales ou la propension des uns et des autres à aider ou être aidé. En revanche, il est certain que l'aide sera d'autant plus importante que les aidants seront soutenus. Dans cet objectif, le groupe propose que leur information et leur soutien par des dispositifs adaptés (formation, aides au répit) soient reconnus par la loi comme une fonction qui devrait être confiée au département et organisée par cette collectivité territoriale. Des améliorations doivent également être apportées pour rendre plus aisée la fonction d'aidant, notamment en matière d'articulation avec la vie professionnelle.

Le groupe considère enfin que le développement des solidarités locales et associatives doit constituer un objectif de premier rang pour mieux accompagner le vieillissement de la population.

#### **e) Expérimenter les nouvelles voies d'une politique du bien vieillir**

Les politiques du bien ou du mieux vieillir sont à mener sur la durée. D'abord parce qu'elles vont prendre du temps à se mettre en place et à porter leurs fruits : réorientation des fonds d'action sociale des caisses vers la prévention et l'adaptation du logement, politiques de l'urbanisme, développement des habitats intermédiaires, aménagement des logements... En outre, le développement des connaissances et l'expérimentation sur une durée convenable (5 ans) sont nécessaires pour tester de nouveaux outils, les évaluer et, le cas échéant les adapter pour les généraliser.

Si ces propositions étaient retenues, les politiques devront ajuster leurs outils et leurs méthodes pour expérimenter et évaluer ces axes nouveaux. Une feuille de route (calendrier, objectifs) et une organisation en mode projet pourraient être définies au niveau interministériel pour tenir les démarches expérimentales des nombreux chantiers et en tirer des conclusions opérationnelles et pérennes. C'est ainsi qu'a procédé l'Allemagne depuis 15 ans maintenant.

Le mode de gouvernance devra être adapté aux problématiques émergentes. Par exemple, en matière de logement et d'urbanisme, le niveau central interministériel (logement, santé, cohésion sociale) ou régional doit être animateur (production de référentiels, promotion d'études et de recherches) et facilitateur des échanges d'expériences de terrain (communes et intercommunalités) dans une logique « bottom up ». En matière de tarification expérimentale des soins et des soutiens aux personnes âgées dépendantes notamment à domicile, le niveau central (CNSA, assurance maladie, ministères) devrait se positionner en pilote réactif aux propositions de terrain des ARS. Si les départements devenaient les responsables de la coordination des acteurs autour des personnes âgées et de l'organisation des soutiens aux familles, la CNSA devrait être renforcée dans son rôle de pilotage.

Finalement, le bien vieillir est l'affaire de tous : le groupe estime qu'il est bon qu'il le reste. Cette implication, actuellement synonyme de dispersion, peut devenir une force si les acteurs sont mieux organisés. Les nouveaux axes d'une politique du « bien vieillir » et les principes de coordination qui lui sont attachés ne sont ni des gadgets, ni des éléments périphériques à la résolution des enjeux de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ou qui serviraient à les masquer. Ce sont des axes centraux qui peuvent modifier l'approche « déficitaire » et finalement assez fataliste de la vieillesse et de la perte d'autonomie mais aussi optimiser l'effort public qui leur sera consacré.

## **2) Synthèse des travaux du groupe de travail « Enjeux démographiques et financiers de la dépendance »**

Les perspectives d'évolution de la population de personnes âgées dépendantes résultent de deux types de facteurs : premièrement le vieillissement de la population, deuxièmement l'évolution des déterminants sanitaires et sociaux qui, à chaque âge, influent sur le risque de dépendance.

**Les projections démographiques 2010 de l'INSEE font apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans à l'horizon 2060, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie.** Le profil d'évolution de la population de plus de 80 ans sur les cinquante prochaines années reflète fortement l'effet générationnel ; en particulier, cette population connaît une croissance rapide entre 2026 et 2054, liée à l'arrivée à cet âge des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974

**Concernant les déterminants du risque de dépendance, le groupe a d'abord fait le constat qu'on ne disposait pas de tendance claire sur une période longue de l'évolution de la dépendance à chaque âge, ni d'une connaissance précise des différents déterminants de la dépendance et de leur évolution.** Toutefois, au vu notamment des dernières analyses statistiques de l'INED, qui suggèrent un récent ralentissement de la progression de l'espérance de vie sans incapacité comparativement à l'espérance de vie, des études internationales, ainsi que des incertitudes relatives à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, le groupe de travail a retenu trois hypothèses globalement un peu moins optimistes que celles qui avaient été retenues lors des précédentes projections au début des années 2000 :

- ◆ une hypothèse pessimiste de stabilité des taux de dépendance modérée à chaque âge et de stabilité de la durée de vie passée en dépendance lourde ;
- ◆ une hypothèse optimiste de stabilité de la durée de vie passée en dépendance : dans cette hypothèse, les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité ;
- ◆ une hypothèse intermédiaire dite « neutre » où la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable.

Ainsi, la proportion de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à soixante-cinq ans reste stable dans l'hypothèse centrale, à 85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes, progresse de l'ordre de 2 points entre 2010 et 2060 pour les femmes comme pour les hommes dans l'hypothèse optimiste et recule dans l'hypothèse pessimiste de l'ordre de 2 points pour les femmes comme pour les hommes.

Les projections ont été réalisées avec le concours de la DREES et de l'INSEE à partir des données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). **Dans l'hypothèse intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 (de 1 150 000 à 1 550 000 personnes) et par 2 entre 2010 et 2060 (de 1 150 000 à 2 300 000 personnes).**

La forme de la courbe d'évolution jusqu'en 2060 traduit l'effet de la structure démographique : ralentissement de la progression sur la période 2020-30 liée à l'arrivée aux âges de la dépendance des classes creuses des années 1930 ; accélération ensuite avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 80 ans ; puis ralentissement à partir de 2045.

Les écarts entre les différentes hypothèses restent modérés jusqu'en 2030, puis s'accroissent jusqu'en 2060 : ainsi, dans l'hypothèse optimiste, la population de personnes âgées dépendantes en métropole serait de 1 400 000 en 2030 et de 1 850 000 en 2060 ; dans l'hypothèse pessimiste, elle atteindrait 1 700 000 en 2030 et 2 700 000 en 2060.

Sur la base de ces trois hypothèses, le groupe de travail a ensuite construit des projections financières à l'horizon 2040. Le périmètre des dépenses entrant dans le champ de la dépendance a été conventionnellement défini comme les dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé des personnes en perte d'autonomie. Le groupe a en outre retenu des hypothèses macroéconomiques, ainsi que des hypothèses d'indexation des dépenses, des barèmes et des prestations. **Plus précisément, le groupe a considéré que les dépenses globales de dépendance et d'hébergement évolueraient unitairement comme le salaire moyen par tête et a examiné deux scénarios pour l'évolution des barèmes et prestations publiques en matière de dépendance :**

- ♦ le premier retient les modalités actuelles d'indexation des barèmes et prestations, qu'elles relèvent de la réglementation ou de l'usage, i.e. une indexation sur les prix ;
- ♦ le deuxième suppose une indexation sur le salaire moyen par tête, cohérente avec une trajectoire de croissance équilibrée à long terme.

Pour les dépenses de santé, l'hypothèse volontariste d'une progression de la dépense par personne âgée dépendante comme le PIB par tête a été retenue.

**Les projections financières des dépenses de dépendance, d'hébergement et de santé des personnes âgées dépendantes débouchent sur des augmentations modérées en part du produit intérieur brut (PIB) jusqu'en 2025, de l'ordre de 0,11 à 0,14 point de PIB en quinze ans pour la part publique selon l'hypothèse d'indexation retenue, puis de 0,33 à 0,39 point de PIB entre 2025 et 2040, dans le scénario intermédiaire de population. L'évolution de la part à la charge des ménages dépend quant à elle fortement des modalités d'indexation.**

L'analyse de l'évolution de la dépense publique et privée par nature fait apparaître, dans tous les cas, l'effet de la progression de l'effectif de personnes âgées dépendantes, qui peut être amplifié ou atténué par les indexations retenues.

Ainsi, les dépenses publiques de dépendance *stricto sensu*, dont en particulier l'APA, connaîtraient-elles dans l'hypothèse d'indexation sur les prix une progression limitée (0,05 point de PIB d'ici 2025, puis 0,09 point de PIB entre 2025 et 2040), tandis que la dépense de ménages connaîtrait une progression relativement rapide (0,02 point de PIB d'ici 2025, puis 0,03 point de PIB entre 2025 et 2040) et que la saturation des plans d'aide augmenterait.

A l'inverse, l'indexation sur les salaires réduirait la part à la charge des ménages, qui progresserait de 0,01 point de PIB d'ici 2025 puis de 0,01 point entre 2025 et 2040, mais impliquerait une dynamique plus importante pour la dépense publique (0,08 point de PIB d'ici 2025, puis 0,16 point de PIB entre 2025 et 2040).

Les dépenses publiques comme les dépenses privées d'hébergement progresseraient quant à elles plus rapidement que sous le simple effet démographique, notamment parce que l'on a supposé que le tarif hébergement en établissement évoluait comme le salaire moyen par tête. Les dépenses de santé reflètent à partir de 2015 la démographie de la population dépendante relativement à la population dans son ensemble, du fait de l'hypothèse volontariste d'évolution des dépenses unitaires de santé comme le PIB par tête.

Le dispositif de projection mis en place grâce au concours des administrations concernées est désormais opérationnel et pourra être utilisé pour étudier d'autres scénarios que ceux privilégiés par le groupe de travail.

### **3) Synthèse des travaux du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées »**

Les débats du groupe 3 consacrés au thème de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ont été conduits entre les mois de février et juin 2011. Le groupe été modéré par Mme Evelyne Ratte, conseiller-maître à la Cour des comptes dans le cadre du débat national sur la dépendance initié par la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

Le groupe s'est réuni 8 fois en réunion plénière et 6 fois en formation technique. Les débats se sont déroulés dans un climat constructif et de compréhension mutuelle des positions, parfois divergentes, des uns et des autres.

Le travail du groupe 3 s'est organisé autour de 4 thèmes.

#### **a) L'état des lieux de l'offre de services tant à domicile qu'en institution et les propositions recueillies pour organiser et améliorer cette offre**

Il ressort d'abord des débats que l'état des lieux quantitatif de l'offre est difficile à établir de façon totalement fiable en raison de l'absence de systèmes d'information partagés entre les différents régulateurs des dispositifs (DGCS, ARS, CNSA, conseils généraux). La définition des besoins futurs suppose une amélioration sensible des bases de données.

Cependant, il apparaît que, compte tenu des changements culturels générationnels et des possibilités accrues de rester à domicile dans des conditions dignes, 80% des personnes âgées ont exprimé leur souhait de rester chez elles le plus longtemps possible. Il faut donc accompagner ce mouvement de fond par le développement des services d'aide et de soins à domicile.

L'aide à domicile apparaît aujourd'hui comme un secteur complexe à réguler, en raison de la diversité des financements et des régimes juridiques applicables. C'est un secteur qui, alors qu'il est en forte croissance, connaît des difficultés de structuration, de régulation et de financement. L'offre d'hébergement en institution, davantage structurée, s'est quant à elle améliorée en termes de volume et de qualité de prise en charge sous l'impulsion de politiques publiques volontaristes. Les derniers plans pluri annuels ont ainsi permis, entre 2007 et 2010, la création de 41 000 places nouvelles et la médicalisation de première génération de 99% des places d'EHPAD. L'offre en établissement est centrée sur les EHPAD, laissant de côté l'hébergement intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite ainsi que les structures de répit, très importantes pour les aidants, que sont les accueils de jour et l'hébergement temporaire.

C'est pourquoi le groupe de travail recommande de privilégier une politique publique en faveur du soutien à domicile avec la mise en place d'un plan national de modernisation de ce secteur. Les membres du groupe de travail ont longuement débattu des solutions envisagées sans trouver d'accord, mais tous sont prêts à une large concertation et demandent la réouverture rapide des débats sur l'évolution des modes de régulation et de tarification de ce secteur.

L'offre en hébergement semble satisfaisante quantitativement mais elle doit être mieux répartie territorialement. Il est donc préconisé d'une part, de favoriser l'offre d'hébergement intermédiaire et des structures de répit, dont le développement doit être accéléré dans un cadre rénové prenant mieux en compte les besoins du couple « aidant/aidé ». D'autre part, de remplacer la logique « descendante » actuelle définissant les besoins depuis le niveau central par une logique « ascendante » qui s'appuierait sur les expertises locales des ARS et des conseils généraux. La définition des besoins et sa régulation territoriale doivent être basées sur les futurs schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale et prendre en compte, territoire par territoire, tous les aspects de l'offre : répartition domicile/établissement, gamme de l'offre d'hébergement, articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, critères socio-démographiques de la population âgée... Elle devra prendre en compte également l'évolution probable de répartition actuelle entre

le maintien à domicile et l'institutionnalisation de 60%/40% qui peut sans doute encore évoluer vers un équilibre comme en Allemagne de 70%/30%.

#### **b) Le parcours coordonné de la personne âgée en perte d'autonomie**

Soutien à domicile ou hébergement en établissement, l'élément clé d'une prise en charge de qualité, adaptée aux besoins des personnes âgées, est le décloisonnement de l'offre et la construction d'un parcours continu, individualisé, et coordonné autour de la personne âgée. Le rapport insistera sur la nécessité d'un parcours fluide, sans rupture de prise en charge, avec des passages facilités du maintien à domicile à l'institution, ainsi qu'entre les différents types d'hébergement et entre les secteurs sanitaire et médico-social. L'hospitalisation, réalisée souvent en urgence, doit faire l'objet d'une réflexion particulière afin d'être mieux anticipée voire évitée.

Ainsi, la coordination de tous les acteurs doit maintenant devenir une réalité par le biais d'une instance dédiée et/ou par une mise en réseau intégrée des intervenants s'appuyant sur un acteur déjà existant sur le terrain et reconnu par tous, quel qu'il soit : CLIC, MAIA, institution départementale, établissement de santé, professionnels libéraux en charge du soin... La coordination demande une prise de conscience de tous les acteurs sur les nécessités de travailler ensemble et de se reconnaître comme participant à une chaîne unique de prise en charge de la personne âgée.

#### **c) Qualité et métiers de la dépendance**

L'amélioration de l'information de la personne âgée et de ses proches est un autre enjeu important. Face à des dispositifs complexes et cloisonnés, les personnes âgées et leurs familles sont souvent démunies. L'absence de lisibilité met à mal le principe de liberté de choix puisque ce dernier est limité dans les faits par un manque d'informations et de compréhension du système. Le choix est donc loin d'être éclairé. C'est pourquoi, il est impératif de mettre en place des référentiels de coûts et de qualité, qui seront rendus publics. Ces référentiels permettront à la personne âgée d'être informée et de faire un vrai choix « coût/qualité », et aux autorités tarifatrices de mieux réguler l'offre et contrôler la qualité des prestations.

L'amélioration de la qualité repose fortement aussi sur un taux d'encadrement accru, la professionnalisation des intervenants et des formations enrichies.

#### **d) Tarification, coût et reste à charge**

Au-delà des difficultés rencontrées face à un dispositif marqué par les cloisonnements, c'est le reste à charge en établissement qui pèse le plus sur les personnes âgées et leurs familles. En moyenne de 1 500€/mois, il résulte à 90% du coût de plus en plus élevé de l'hébergement. Ce dernier n'est en effet pas socialisé comme le sont les dépenses de dépendance ou de soin. Il convient donc à la fois de mieux solvabiliser la dépense d'hébergement par une éventuelle refonte tarifaire qui suscite le débat et une politique volontariste d'aide à l'investissement, et d'agir sur les coûts afin de rechercher une plus grande efficacité du secteur. Ainsi, il est proposé par le groupe de mieux solvabiliser la dépense d'hébergement par une réforme tarifaire consistant à basculer un certain nombre de coûts (AS/AMP, dépenses d'animation...) de la section hébergement sur les sections dépendance et soins. Par ailleurs, certains offreurs réfléchissent aux moyens de diminuer les coûts par une plus grande aide publique à l'investissement, une standardisation de la construction et des efforts sur la rationalisation de l'organisation interne des EHPAD.

D'une manière générale, les débats font apparaître :

- une concurrence forte entre les associations et le secteur privé autour de l'aide à domicile,
- un co-pilotage difficile du domaine par l'Etat et les conseils généraux. Les acteurs sont attentifs quant aux conséquences que la mise en place des ARS pourrait avoir sur l'amélioration de ce co-pilotage du point de vue de la personne âgée.
- un consensus pour considérer l'objectif de la coordination autour de la personne âgée comme un élément clé de l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie.

#### **4) Synthèse des travaux du groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »**

En dépit de difficultés conventionnelles et de statistiques manquantes, les surcoûts de la dépendance peuvent être estimés à près de 34 Md€ ; ils sont couverts à environ 70% par la puissance publique (24 Md€). **La couverture de la dépendance apparaît par conséquent relativement importante en France ; une comparaison internationale confirme ce constat d'un socle public puissant.**

**Au niveau individuel, l'étude des restes à charge (RAC)<sup>1</sup> révèle les éléments suivants :**

- ◆ **à domicile**, il existe des différences très marquées de taux d'effort entre les GIR 1 et 2 et les GIR 4, au détriment des premiers ; par ailleurs, les dépenses exposées au-delà des plafonds de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne sont pas connues avec précision ;
- ◆ **en établissement**, le RAC moyen s'élevait en 2007 à 1 468 € par mois, avec une dépense individuelle brute de 1 938 € par mois, et une aide publique totale moyenne de 470 € (soit un quart de la dépense) ; le reste à vivre<sup>2</sup> (RAV) des résidents apparaissait, en moyenne, globalement négatif (261 € par mois).

Plusieurs éléments relevés par le groupe permettent toutefois d'affiner ce diagnostic :

- ◆ **les personnes les plus modestes bénéficient d'un RAV positif lorsqu'elles bénéficient de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) ;** au moins égal à 1% du minimum vieillesse annuel (85 € par mois) ;
- ◆ **il conviendrait en toute rigueur de retirer du RAC en établissement les dépenses de « gîte et de couvert »**, qui auraient de toute façon été exposées par la personne âgée quel que soit son lieu de vie et son niveau de dépendance ;
- ◆ **enfin, la durée où le RAV est négatif est, statistiquement, limitée dans le temps ;** ainsi, pour une dépendance moyenne de deux ans, les besoins moyens de financement s'établissent en moyenne à 3 132 € par an, soit 6 264 € pour deux années.

**L'APA et l'ASH sont les deux aides publiques les plus emblématiques :**

- ◆ **l'APA, d'un coût de 5,2 Md€, est perçue par 1,2 millions de personnes :**
  - les taux de saturation des plans<sup>3</sup> sont élevés en GIR 1 et 2 ;
  - la forte croissance de l'APA (+7,3% par an depuis 2003) s'explique pour l'essentiel par la croissance du GIR 4 (+9,1% par an) ;
  - il existe de fortes disparités dans la gestion et l'attribution du GIR 4 ; celui-ci caractérise des situations de dépendance sensiblement différentes, et apparaît insuffisamment précis ;
  - le patrimoine n'est que faiblement pris en compte dans le calcul de l'aide ;
  - le financement de l'APA repose actuellement à plus de 70% sur les départements.

---

<sup>1</sup> Le reste à charge (RAC) est la différence entre les montants tarifés par les établissements et les aides publiques.

<sup>2</sup> Le reste à vivre (RAV) est la différence entre le revenu de la personne et son RAC.

<sup>3</sup> Les plans d'aide sont dits « saturés » dès lors que leur montant est égal au plafond prévu par GIR.

- ♦ **l'ASH, qui donne lieu à obligation alimentaire et à récupération sur succession, et dont le coût est estimé à 1,2 Md€, est très mal connue.** De ce fait, **le groupe n° 4, en partenariat avec l'ADF, a lancé une enquête pendant ses travaux auprès des conseils généraux**, dont 51 ont répondu. Cette enquête apporte des éléments nouveaux au débat :
  - les sommes récupérées sur les obligés alimentaires représentent en moyenne 68 € par mois en 2010, avec de fortes disparités départementales ; par exemple, tous les obligés alimentaires identifiés ne se voient pas demander une participation ;
  - les taux d'effort des obligés alimentaires sont en moyenne plutôt faibles, proportionnels aux revenus et à la taille de la famille. En général, les ménages aux revenus les plus faibles ne sont pas soumis à l'obligation alimentaire ;
  - concernant la récupération sur succession, les montants récupérés sont relativement faibles, avec là aussi de fortes disparités départementales ;
  - au total, les bénéficiaires de l'ASH sont donc en majorité des personnes avec très peu de patrimoine et de faibles revenus, ce qui est relativement cohérent avec l'objectif poursuivi par cette aide.

Enfin, le groupe a constaté la **faiblesse des données concernant la connaissance du mode de financement du reste à charge des personnes âgées dépendantes et de leurs familles** (épargne, vente de la résidence principale, solidarité intergénérationnelle, assurance dépendance etc...). **L'assurance dépendance, quelle que soit sa forme, ne remplit actuellement qu'une fonction solvabilisatrice modeste** ; par ailleurs, ce produit reste largement perfectible, notamment du point de vue du consommateur.

**Si la stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de politique publique, elle ne peut être que la réponse à la conception philosophique que l'on se fait de la solidarité nationale, de la place de la famille, et du rôle de la puissance publique.**

**De ce fait, le groupe n° 4 a cherché à faire apparaître des scénarios d'évolution philosophiquement cohérents, et à traduire leurs implications financières et organisationnelles. Il a ainsi étudié trois scénarios d'évolution du système actuel, qui correspondent à trois conceptions différentes de la solidarité nationale :**

- ♦ une consolidation du système actuel ;
- ♦ un système où l'assurance maladie prendrait à sa charge les dépenses ;
- ♦ un système où l'assurance privée remplacerait à terme les dépenses d'APA.

**Quel que soit le scénario retenu, le groupe a souligné de manière unanime le besoin de réaliser des gains de productivité pour ne pas trop accroître, à l'avenir, les charges financières des familles et de la puissance publique.** Ceux-ci doivent intervenir tant à domicile (meilleure organisation des offreurs, contrôle de l'APA, télédéclaration etc...) qu'en établissement ; de même, une amélioration du parcours de soin devra être recherchée.

### Premier scénario

**Dans le premier scénario, plusieurs pistes visant à consolider le système actuel, de manière à le rendre plus juste et plus efficient, ont été examinées. Ce scénario est privilégié par une très grande majorité des membres du groupe.**

**À domicile, plusieurs pistes ont été étudiées :**

- ♦ augmentation des plafonds de l'APA, et meilleure prise en compte de l'évolution du coût des facteurs dans le niveau des plafonds ;

- ♦ compte tenu des contraintes pesant sur les finances publiques, certains membres du groupe ont plaidé pour que l'APA soit mieux ciblée et gérée de manière plus efficiente. Plusieurs mesures, qui ne modifient pas radicalement la philosophie du système actuel et ne dégradent pas la situation des personnes fragiles, ont ainsi été instruites.

**En établissement**, différentes modalités de réduction du RAC –exclusives l'une de l'autre- ont été envisagées ; il conviendra d'en mesurer précisément les avantages et les inconvénients. La piste d'une modification des sections tarifaires en établissement, qui aurait pour conséquence d'accroître la charge de l'assurance maladie de plusieurs milliards d'euros, et qui réduirait les RAC sans être ciblée sur les personnes les plus modestes, a été très débattue mais a été écartée par une majorité de membres du groupe.

**Concernant l'ASH**, certains membres du groupe ont proposé de rendre le système plus juste via l'introduction d'un barème national et l'exclusion des petits enfants du champ de l'obligation alimentaire.

**Enfin, le groupe a manifesté son intérêt pour l'instauration d'un « bouclier-dépendance »**, et recommande qu'une expertise approfondie soit conduite à son sujet.

**Concernant le recours à l'assurance :**

- ♦ la piste d'une assurance obligatoire est écartée. **Une diffusion multi-supports, avec adhésion facultative, a donc été privilégiée, tout comme le recours à l'épargne accumulée via l'assurance-vie ;**
- ♦ **pour populariser l'assurance-dépendance**, la puissance publique pourrait mieux réguler les contrats actuels afin de les rendre réellement attractifs et protecteurs des intérêts des souscripteurs. Plusieurs mesures techniques ont été étudiées, dont le respect par l'assureur pourrait se traduire par l'attribution d'un **label public de qualité ;**
- ♦ en revanche, un éventuel encouragement financier à la diffusion des contrats d'assurance-dépendance pourrait être très coûteux pour les finances publiques.

**Concernant les recettes**, les membres du groupe ont passé en revue les principales pistes mentionnées dans le débat public. Sans s'engager sur les recettes à retenir, le groupe a choisi de délibérer sur des principes d'action, et de procéder à une analyse des recettes évoquées.

### Deuxième scénario

**Dans le second scénario**, le groupe n° 4 a étudié un **dispositif public de sécurité sociale, qui reposerait sur une assurance universelle, obligatoire et gérée par répartition**. Afin de se traduire par une amélioration de la situation des personnes âgées dépendantes, ce scénario repose sur une dépense publique supplémentaire d'au moins 10 Md€.

Concernant les prestations servies, plusieurs calibrages sont possibles, tant sur la nature de la prestation que de la prise en compte du revenu.

### Troisième scénario

**Dans le troisième et dernier scénario**, le groupe n° 4 a étudié un **schéma d'assurance dépendance universelle au premier euro** à partir d'une analyse de la politique adoptée à Singapour et d'éléments sur la transposition d'un schéma de ce type en France.

Ce modèle, qui se traduirait par l'institution d'une assurance universelle, obligatoire et en capitalisation, a la caractéristique de substituer à terme les primes d'assurance à la dépense publique d'APA. Il se traduit toutefois à court terme par une dépense publique supplémentaire afin d'aider les ménages à souscrire à cette assurance.