

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

*L'IMPACT DE
L'ALLONGEMENT DE
LA DURÉE DE VIE SUR
LES SYSTÈMES
D'AIDES ET DE SOINS*

2007
Avis présenté par
M. Michel Coquillion

MANDATURE 2004-2009

Séance des 25 et 26 septembre 2007

**L'IMPACT DE L'ALLONGEMENT DE
LA DURÉE DE VIE SUR LES SYSTÈMES
D'AIDES ET DE SOINS**

**Avis du Conseil économique et social
présenté par M. Michel Coquillion, rapporteur
au nom de la section des affaires sociales**

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 25 octobre 2006 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique et social)

SOMMAIRE

AVIS adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 septembre 2007	1
Première partie - Texte adopté le 26 septembre 2007....	3
INTRODUCTION.....	7
I - CONSTATS.....	9
A - LE VIEILLISSEMENT PROGRESSIF DE LA POPULATION CONSTITUE UN DÉFI QUI PEUT ÊTRE ANTICIPÉ	9
B - LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL EST DÉTERMINANT POUR FAVORISER UNE VIEILLESSE DE QUALITÉ	10
C - LES TAUX DE FÉCONDITÉ ET D'EMPLOI FÉMININ DOIVENT CONTINUER À PROGRESSER	11
D - L' AUGMENTATION DE L' ESPÉRANCE DE VIE ET DE LA DURÉE DE LA VIE SANS INCAPACITÉ S' ACCOMPAGNE D' IMPORTANTES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES	11
1. Disparités sociales	11
2. Disparités territoriales	12
E - LE SCÉNARIO DU LIBRE CHOIX ENTRE MAINTIEN À DOMICILE ET ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT SUPPOSE DES INVESTISSEMENTS IMPORTANTS DONT LA CHARGE DEVRA ÊTRE RÉPARTIE SUITE À UN DÉBAT APPROFONDI.....	13
II - RECOMMANDATIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL.....	15
A - DÉVELOPPER LA PRÉVENTION.....	15
1. Insister sur la prévention dès le plus jeune âge.....	15
2. Améliorer le dépistage précoce, particulièrement des maladies neuro-dégénératives	15
3. Adopter une vision globale de la personne âgée pour prévenir la dépendance.....	16
4. Favoriser le maintien en activité.....	17
5. Réduire les risques liés à l'activité professionnelle.	17
6. De la maltraitance à la bientraitance : d'abord une affaire de prévention	18

B - AMÉLIORER LES RESSOURCES HUMAINES EN GÉRIATRIE.....	18
1. Mieux valoriser les fonctions gériatriques au sein de l'hôpital	18
2. Améliorer la formation en gériatrie de l'ensemble des intervenants	19
C - FAIRE DE LA RECHERCHE SUR LES MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES UNE PRIORITÉ NATIONALE	19
D - FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE.....	21
1. Renforcer l'aide aux aidants familiaux.....	22
2. Développer l'offre de services de soins et réduire les écarts de dotations territoriales	23
3. Développer les structures d'accueil, d'échange et de soutien.....	25
4. Adapter les logements aux besoins de la personne âgée.....	26
5. Intégrer les problèmes des personnes âgées dans l'aménagement du territoire et protéger les personnes âgées contre les abus de vulnérabilité	27
6. Faciliter les déplacements des personnes âgées.....	27
7. Assurer la continuité entre domicile et établissements et offrir plus de structures alternatives	28
E - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE, NOTAMMENT HOSPITALIÈRE, DES PERSONNES ÂGÉES	29
1. Améliorer l'accueil et le séjour des patients âgés à l'hôpital.....	29
2. Mettre en place des filières gériatriques structurées en réseau	30
F - AMÉLIORER LE PILOTAGE, RENFORCER L'ÉQUITÉ ET MAÎTRISER LES COÛTS	32
1. Améliorer le pilotage.....	32
2. Renforcer l'équité, maîtriser le reste à charge et trouver de nouveaux financements.....	33
CONCLUSION.....	39
Deuxième partie - Déclarations des groupes.....	41
ANNEXE À L'AVIS.....	69
SCRUTIN.....	69
DOCUMENTS ANNEXES.....	71
Document 1 : liste des personnalités rencontrées par le rapporteur.....	73
Document 2 : table des sigles	75
Document 3 : liste des références bibliographiques	77

AVIS

**adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du mercredi 26 septembre 2007**

Première partie
Texte adopté le 26 septembre 2007

Le 25 octobre 2006, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un avis sur *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*¹.

La section a désigné Michel Coquillion comme rapporteur.

*
* *

En vue de parfaire son information, la section a successivement entendu :

- Mme Françoise Forette, professeur des universités, conseillère technique au ministère de la Santé et des solidarités ;
- M. Marc Mousli, chercheur au CNAM, co-auteur du rapport *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*, Conseil d'analyse économique, 2006 ;
- M. Bernard Cazeau, sénateur, président de la commission « Politiques sociales et familiales » de l'association des départements de France ;
- Mme Geneviève Avenard, directrice de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) ;
- M. Vincent Van Bockstael, médecin-conseil à la Caisse centrale de la mutuelle sociale agricole (CCMSA) ;
- M. Bruno Dubois, professeur des universités, neurologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP) ;
- M. Jean-Jacques Tregcoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la Santé et des solidarités ;
- M. Jacques Metais, directeur de l'agence régionale d'hospitalisation Île-de-France ;
- Mme Annie Podeur, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la Santé et des solidarités ;
- M. Jean-Pierre Joudrier, directeur de l'action sociale ARRCO ;

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 168 voix et 26 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

- M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement ;
- M. Denis Piveteau, directeur, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Mme Isabelle Donnio, directrice de l'association de soins à domicile pour personnes âgées et handicapées du Nord-ouest de Rennes ;
- Mme Évelyne Gaussens, directrice de l'hôpital privé gériatrique « Les magnolias » ;
- Mme Hélène Gisserot, procureur général honoraire près la Cour des comptes, présidente de la commission sur le financement de la dépendance, auteur du rapport *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025*, 2007.

Le rapporteur souhaite exprimer ses remerciements à toutes ces personnalités pour l'aide précieuse qu'elles ont apportée, aux personnalités rencontrées ainsi qu'à l'ensemble de la section des affaires sociales pour son concours éclairé.

INTRODUCTION

L'allongement de la durée de la vie est une conquête majeure de l'humanité en même temps qu'un privilège des sociétés dites développées. Une petite fille sur deux naissant aujourd'hui en France a de fortes chances de devenir centenaire.

Cet aspect individuel de l'allongement de la durée de la vie a de multiples conséquences collectives, au premier rang desquelles figurent l'émergence d'une importante population de personnes situées entre l'âge de la retraite et la fin de l'existence et la coexistence durable de trois, quatre, voire cinq générations.

L'allongement de la durée de la vie représente une source de croissance et de développement potentiel : en effet, les personnes âgées ont globalement vu s'accroître leur pouvoir d'achat et leurs besoins génèreront l'émergence d'activités économiques nouvelles. Ces activités couvriront de nombreux secteurs : sportifs, socioculturels, commerces et services publics ou privés de proximité, urbanisme, transports. L'allongement de la durée de la vie offre aussi la possibilité aux personnes âgées, à l'issue de leur vie professionnelle, de prolonger leur activité dans un autre cadre, par exemple associatif et bénévole, et de contribuer ainsi au renforcement du lien social.

Le présent avis traite de l'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins. Les secteurs de la santé et de l'accompagnement social des personnes âgées figurent parmi ceux qui seront les plus touchés car l'allongement de la durée de la vie s'accompagnera d'une augmentation de la part des personnes âgées dans la population globale et du nombre de personnes âgées dépendantes. C'est la raison pour laquelle l'allongement de la durée de la vie est un défi pour les systèmes d'aides et de soins.

L'avancée en âge et son impact sur la personne âgée et sa famille ont longtemps été considérés comme relevant de la sphère privée. L'épisode de canicule en 2003 a provoqué une prise de conscience dans l'opinion publique et a débouché sur deux plans gouvernementaux successifs. La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004 constitue une avancée dans l'organisation institutionnelle de la prise en charge de ce qui tend à être défini comme un nouveau risque : « la perte d'autonomie ». L'idée que les personnes âgées doivent pouvoir choisir de rester à leur domicile ou de vivre en collectivité (ce que le Centre d'analyse stratégique a appelé le « *scénario du libre choix* ») est maintenant largement partagée. Sa mise en œuvre effective suppose néanmoins de faire des progrès tant quantitatifs que qualitatifs dans l'offre de soins et d'aides car son niveau actuel ne permet pas de faire face aux besoins (le décalage entre l'offre et les besoins risque de s'accroître au fil du temps compte tenu des prévisions démographiques).

Mais la réflexion sur l'allongement de la durée de la vie ne doit pas se réduire à une approche de la seule dépendance. L'amélioration du regard que porte notre société sur les personnes âgées et de leur place dans la société est une nécessité incontournable afin que les personnes concernées se sentent reconnues dans leur dignité. En effet, être assimilé à une « charge pour la société » à un moment où on peut naturellement s'interroger sur son rôle social est souvent douloureusement vécu. Or, la façon dont est organisé le système d'aides et de soins, les principes qui le sous-tendent, la formation de ses personnels et les moyens dont il dispose sont des éléments qui participent à la construction de l'image de la vieillesse et qui contribuent pour une part importante au regard porté sur les personnes âgées.

Le présent avis dresse un constat de la situation démographique et des enjeux avant de faire un certain nombre de recommandations.

I - CONSTATS

A - LE VIEILLISSEMENT PROGRESSIF DE LA POPULATION CONSTITUE UN DÉFI QUI PEUT ÊTRE ANTICIPÉ

Le vieillissement de la population (entendu comme l'augmentation de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population globale) est un phénomène qui concerne la plupart des sociétés occidentales et que les prévisions démographiques attestent depuis de nombreuses années. L'espérance de vie a augmenté de façon régulière et spectaculaire depuis la fin du XIX^e siècle et aujourd'hui, une personne de 60 ans a trois chances sur quatre de parvenir à l'âge de 80 ans (contre une sur quatre en 1900). Si l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse parallèle de la fécondité sont des phénomènes historiques de long terme bien connus, ils vont de pair avec un net recul de l'âge auquel survient aujourd'hui la perte d'autonomie.

Les statistiques issues de l'enquête Handicap-incapacité-dépendance (HID) conduite par l'INSEE indiquent en effet que l'augmentation de la durée de vie s'accompagne d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. Il s'agit là d'une bonne nouvelle qui va à l'encontre de nombre d'idées reçues et qui mérite d'être largement diffusée : l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population globale ne signifie pas un accroissement proportionnel de la dépendance et des charges qui y sont associées. Il est possible de faire en sorte de vivre plus longtemps et de vieillir en bonne santé jusqu'à des âges très avancés.

Ce constat positif ne doit pas occulter le fait que, dans les années à venir, la progression du nombre absolu des personnes âgées et l'augmentation de la part des personnes de plus de 75 ans dans la population seront une réalité incontournable et un défi majeur. Le vieillissement de la population mettra en tension la plupart des éléments du système de protection sociale et, s'il n'est pas correctement anticipé, risque de mettre à mal la solidarité entre les générations. Cependant, face à ce défi, le catastrophisme n'est pas de mise : la période actuelle est propice à la prise de décisions. En effet, la prise de conscience des enjeux à venir date déjà de quelques années et il existe un diagnostic partagé sur les évolutions démographiques en cours et leur impact prévisible sur le système de protection sociale. Des mesures ont déjà été adoptées sur les retraites, la prise en charge de la dépendance ou l'aide à domicile. À chaque fois, elles ont donné lieu à de nombreux débats, approfondissant la prise de conscience collective et renouvelant les réflexions sur les différentes solutions possibles et souhaitables.

Cet acquis du diagnostic et de la réflexion va de pair avec le constat selon lequel il n'est pas trop tard pour agir. Certes, en valeur absolue, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans et de celles âgées de plus de 75 ans aura doublé en 2050 (le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans passera d'un peu plus de 5 millions aujourd'hui à plus de 10 millions en 2050). Mais ce résultat ne sera atteint que progressivement, avec une nette accélération en 2025 liée à l'effet de l'arrivée dans le grand âge des générations nombreuses du « baby boom ». Jusqu'en 2025 donc, la croissance du nombre de personnes de plus de 75 ans sera en moyenne de 1 % par an, ce qui correspond en réalité aux effets de la croissance de l'espérance de vie. Il en résulte que la croissance du nombre de personnes dépendantes, d'après les prévisions de la DREES et de l'INSEE, pourrait être de 1 % par an jusqu'en 2040, selon un scénario central qui tient compte des incertitudes sur les tendances sanitaires et l'épidémiologie des démences. Ces prévisions, même si elles doivent être envisagées avec précaution, indiquent que la contrainte démographique n'est pas telle qu'elle ne laisse aucune marge de manœuvre pour envisager différents scénarios de réformes en fonction de choix stratégiques et politiques clairement débattus.

B - LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL EST DÉTERMINANT POUR FAVORISER UNE VIEILLESSE DE QUALITÉ

L'épisode de la canicule 2003, même si une part très importante des décès de personnes âgées a eu lieu en établissement, a mis en lumière les conditions de solitude et d'isolement que peuvent vivre certaines personnes âgées.

L'attention portée à la situation des personnes âgées durant l'été 2003 a ainsi rendu sensible le fait qu'un vieillissement de qualité nécessite le maintien de relations sociales qui favorisent le sentiment d'utilité et permettent d'éviter le repli sur soi.

Au niveau de la vie familiale, les impératifs de mobilité éloignent de plus en plus les enfants de leurs parents âgés et rendent difficile une aide ponctuelle et une présence au quotidien. Pour autant, il serait faux de considérer que les solidarités intra familiales ont disparu. Elles s'expriment au contraire de manière renouvelée et selon des modalités variées qui ne correspondent plus à un modèle unique. Le maître mot en la matière est celui de conciliation : les aidants familiaux souhaitent pouvoir apporter, selon leur volonté, aide et soutien aux personnes âgées tout en poursuivant leur carrière professionnelle et en s'occupant de leurs enfants.

Au niveau de la solidarité collective, de nombreuses associations œuvrent pour maintenir du lien social et insérer les personnes âgées dans leur environnement. Les commerces de proximité jouent aussi un rôle dans le maintien de la socialisation des personnes âgées : leur disparition rend non seulement extrêmement difficile le maintien à domicile mais aussi la survie des quartiers qui constituaient auparavant le lieu privilégié de l'intégration sociale.

C - LES TAUX DE FÉCONDITÉ ET D'EMPLOI FÉMININ DOIVENT CONTINUER À PROGRESSER

Le taux de fécondité en France a atteint son minimum historique en temps de paix en 1993-1994 avec 1,65 enfant par femme et a commencé à remonter depuis cette date. Aujourd'hui, avec un taux identique de 2 enfants par femme, la France et l'Irlande sont les pays les plus féconds d'Europe. Cette situation reste une exception bien que la tendance européenne soit également à la hausse. Le niveau relativement élevé de la fécondité est une bonne nouvelle. Il devrait contribuer à freiner le vieillissement de la population et réduire la pression sur le financement de la protection sociale. Il est cependant difficile de prévoir le comportement en matière de fécondité sur le long terme et donc de savoir si cette tendance à la hausse se poursuivra et comment elle modifiera le rapport numérique entre les différentes classes d'âge. Ainsi, par exemple, l'impact de l'arrivée aux grands âges des générations du « baby boom », entre 2030 et 2040, pourrait-il être atténué si la fécondité continuait d'augmenter à un rythme soutenu. Cela dépend du comportement en matière de fécondité des générations nées après le début des années 1970. Le taux d'emploi de la population et notamment de la population féminine sera en revanche et de façon certaine un facteur-clé pour amortir les effets du vieillissement de la population sur le financement de la protection sociale. L'impact de la politique familiale ambitieuse menée par la France est difficile à mesurer en termes d'effet direct sur la fécondité. En revanche, de nombreuses études convergent pour indiquer que la politique familiale française autorise, plus que dans d'autres pays se caractérisant également par des taux de fécondité élevés, une conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Il s'agit d'un élément positif qui doit être préservé à l'avenir. Dans cette optique, le Conseil économique et social a déjà préconisé de poursuivre et d'amplifier la politique d'accueil de l'enfant, d'aide à la famille, et de développer les mesures favorisant la conciliation des temps de vie et l'égalité professionnelle.

D - L'AUGMENTATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE ET DE LA DURÉE DE LA VIE SANS INCAPACITÉ S'ACCOMPAGNE D'IMPORTANTES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

1. Disparités sociales

Le diplôme et la catégorie sociale d'appartenance sont des facteurs déterminants de la capacité à profiter des acquis en matière de longévité. À 86 ans, pour les deux sexes, les plus diplômés peuvent espérer vivre encore 20 % plus longtemps que les non diplômés. Les différences d'espérance de vie selon l'activité exercée restent fortes : les ouvriers connaissent une surmortalité par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures. Cette surmortalité est significative entre 85 et 91 ans et ne commence à diminuer qu'à partir de 92 ans et plus. Ces différences d'espérance de vie touchent les deux

sexes même si elles sont moindres pour les femmes. L'Institut national de veille sanitaire (INVS) a publié le 23 janvier 2006 un numéro spécial de son bulletin épidémiologique hebdomadaire consacré aux inégalités de santé. Les études présentées dressent toutes le même constat : « *les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé* ». Ces inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les populations les plus vulnérables : chômeurs de longue durée et personnes sans domicile fixe. Une autre des causes majeures de ces inégalités réside dans la pénibilité de certains emplois (travail de nuit, usure physique, stress important, manipulation de matières dangereuses). Le logement joue aussi un grand rôle dans les différences observées en matière d'espérance de vie. Deux constats pessimistes doivent être soulignés. Pour les hommes, les inégalités en matière d'espérance de vie ont tendance à s'aggraver en France et sont plus importantes que dans les autres pays européens.

En outre, ces inégalités sont encore plus marquées en ce qui concerne la durée de la vie sans incapacité que l'espérance de vie (les catégories défavorisées vivent donc moins longtemps et vivent surtout moins longtemps en bonne santé). Ces éléments démontrent l'ampleur du défi à relever en matière de santé publique lié à l'allongement de la durée de la vie : il faut éviter que la progression de l'espérance de vie moyenne ne s'accompagne d'un creusement des inégalités en matière de longévité et de vieillissement de qualité. Le défi est particulièrement important pour les femmes qui ont une espérance de vie plus importante que celle des hommes. De ce fait, elles vivent plus souvent seules et malgré les mécanismes importants de redistribution mis en œuvre au bénéfice des femmes au sein des régimes de retraite, elles sont plus nombreuses que les hommes à vivre des minima de pension.

Selon les chiffres de la DREES, en 2001, les femmes retraitées de 60 ans et plus percevaient une pension totale mensuelle égale à 848 euros, inférieure de 42 % à la pension des hommes. Cette situation est néanmoins appelée à évoluer au fil du temps, en raison de la participation croissante des femmes au marché du travail depuis les années 1950.

2. Disparités territoriales

Le constat concernant les inégalités territoriales est moins pessimiste : celles-ci connaissent une tendance à la stabilisation sous l'effet d'une certaine uniformisation des modes de vie et des comportements face à la santé. Néanmoins, les disparités territoriales continuent d'exister et semblent attester de l'importance du « fait régional » au-delà des disparités sociales, même si celles-ci ont une influence sur les comportements. À cet égard, la situation du Nord-Pas-de-Calais, gravement touché par les crises économiques, est révélatrice : les taux de mortalité y sont élevés pour toutes les catégories de population relativement à la moyenne de la France. Cette composante régionale dans l'espérance de vie et dans la qualité du vieillissement n'est pas à entendre

au sens administratif du terme. Le « fait régional » traduit aussi des comportements spécifiques face à la santé, tant en termes de comportements à risque, d'habitudes nutritionnelles que de recours aux soins, soit autant de déterminants environnementaux et culturels qui souvent prolongent les disparités sociales. Dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique, il faut tenir compte de cette persistance du « fait régional ». Elle plaide pour une certaine décentralisation des décisions et pour une adaptation des moyens et des méthodes à la situation et aux besoins de chaque territoire. Elle plaide aussi pour une incitation à se pencher sur la manière dont les politiques mises en œuvre en matière de soins et de protection sociale participent ou non à la réduction de ces inégalités et dans quelle proportion.

E - LE SCÉNARIO DU LIBRE CHOIX ENTRE MAINTIEN À DOMICILE ET ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT SUPPOSE DES INVESTISSEMENTS IMPORTANTS DONT LA CHARGE DEVRA ÊTRE RÉPARTIE SUITE À UN DÉBAT APPROFONDI

En France comme dans les autres pays européens, le souhait des personnes est de rester chez elles le plus longtemps possible au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'entrée en établissement pour personnes âgées est perçue le plus souvent comme une solution de dernier recours, lorsque les autres ne sont plus envisageables et que la vie à domicile n'est plus possible (que ce soit pour des raisons de coûts ou pour des raisons d'accès à l'offre de soins). Un sondage récent de la fédération hospitalière de France (janvier 2007) intitulé « Les Français et le grand âge », indique que 49 % des Français ont une opinion négative des maisons de retraite. Ce chiffre n'est pas significatif en lui-même et doit être relativisé. Ainsi, les plus de 65 ans ont majoritairement une opinion favorable des maisons de retraite et cette opinion est encore meilleure quand les sondés déclarent avoir une personne dépendante dans leur entourage. Cela souligne l'importance d'une meilleure information du public pour améliorer l'image de ces établissements. Dans les années à venir, la question du maintien à domicile des personnes âgées et de son articulation avec l'offre de soins en établissement ou à l'hôpital sera majeure.

À travers le rapport du Centre d'analyse stratégique (2006) et le plan gouvernemental « solidarité grand âge » qui a suivi, la France s'est orientée vers la construction d'un scénario du libre choix qui implique à la fois de développer et d'améliorer l'offre de soins en établissement et de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles si elles le souhaitent, en disposant pour ce faire d'une large gamme de services et de soins à des prix abordables. Compte tenu du retard dans l'offre de soins en établissement (insuffisance de places dans certains secteurs et certaines régions, faible taux d'encadrement comparé aux autres pays européens), ce scénario du libre choix suppose des investissements importants. Il faut noter à l'appui de cette affirmation que les coûts de personnel constituent 93 % du forfait soins et plus de 90 % du tarif dépendance des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le coût des services et de l'hébergement progresse

en fonction des salaires alors que l'évolution des ressources des personnes et des aides est liée à l'inflation. Cet écart qui tend à se creuser constitue un obstacle à la revalorisation des professions concernées. Il faut ajouter à ces coûts de personnel, les coûts de modernisation du parc des établissements existants et de créations d'établissements là où il manque des places.

En ce qui concerne le maintien à domicile, le scénario du libre choix implique aussi un effort conséquent. En effet, même si l'âge moyen de la dépendance a tendance à croître, le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible implique de développer l'offre de services et de soins à domicile et de réduire les inégalités territoriales fortes en la matière (par exemple, taux de soignants infirmiers et de généralistes variables selon les régions). Il est d'autant plus important d'accompagner le souhait du maintien à domicile des investissements en services qui le rendront possible alors que l'on assiste à une raréfaction des aidants familiaux, du fait de l'évolution des structures familiales et de la mobilité professionnelle. De plus, l'offre de services à domicile est aussi le moyen de permettre à l'entraide familiale de jouer son rôle (ce que les personnes âgées et leur entourage souhaitent) mais sans faire peser sur les générations actives (et surtout sur les femmes dites de la génération « pivot ») un poids trop lourd. Cette offre de services peut provenir de la sphère publique, de la sphère marchande ou de la société civile non marchande, dans sa forme associative et bénévole. Bien organiser cette dernière peut contribuer à réduire les coûts du maintien à domicile. Les activités bénévoles ou associatives pratiquées par les personnes âgées elles-mêmes ou autour d'elles favorisent leur épanouissement et la reconnaissance de leur place dans la société, ainsi que les liens sociaux, souvent intergénérationnels.

Face aux investissements importants qu'implique le scénario du libre choix, la question qui se pose immédiatement est celle de la répartition de la charge du financement entre les familles et la collectivité. Le choix politique portera à la fois sur le niveau des investissements et sur la manière d'en répartir la charge entre les individus et la collectivité. Un débat clair et approfondi doit s'engager sur les différentes options possibles et sur les conséquences des choix qui seront retenus. Ce débat doit être préparé par une large information de la population et une évaluation d'ensemble, avec tous les acteurs concernés, des deux plans successifs adoptés en 2003 et 2006 : ceux-ci prévoyaient un certain nombre de mesures destinées à mettre en œuvre le scénario du libre choix. Il faudra pouvoir mesurer les avancées obtenues depuis 2003 et déterminer, à partir de cet état des lieux rendu public, les priorités pour l'avenir.

II - RECOMMANDATIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

A - DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

Le développement de la prévention est un enjeu majeur pour le devenir du système d'aides et de soins en France, compte tenu de l'augmentation constatée de l'espérance de vie. L'objectif est de faire en sorte que la dépendance survienne de plus en plus tard car les conséquences seront positives à plusieurs égards. Au plan humain, tout d'abord, le recul de la dépendance permettra de favoriser une vision nettement plus positive de l'avancée en âge. Au plan économique et financier ensuite, la préservation de l'autonomie des personnes âgées facilitera le maintien à domicile et réduira le coût de la prise en charge médicale et médico-sociale.

Les trois stades de la prévention doivent être développés afin d'accroître la qualité du vieillissement : prévention primaire, secondaire et tertiaire.

1. Insister sur la prévention dès le plus jeune âge

C'est en effet dès le plus jeune âge que se prépare une vieillesse de qualité, notamment par l'information et l'éducation des familles en matière de nutrition et d'exercice physique des enfants. Mme Forette, conseillère technique au ministère de la Santé et des solidarités, estime nécessaire la diffusion d'une « *culture sanitaire à l'échelle de la population* ». À ce titre, les « ateliers du bien manger » organisés dans les établissements d'enseignement et d'apprentissage (de l'école primaire à l'université) ou les restaurants d'entreprise représentent, par exemple, un investissement précieux pour la qualité du vieillissement. L'information des jeunes sur les comportements à risque peut aussi éviter d'hypothéquer gravement la qualité du vieillissement. Il convient, aussi, d'encourager les mesures de prévention et de suivi médical adapté en entreprise pour les salariés particulièrement exposés.

2. Améliorer le dépistage précoce, particulièrement des maladies neuro-dégénératives

En ce qui concerne la prévention secondaire, le dépistage précoce des maladies permet d'en limiter les effets (hypertension, diabète, surdité) ou d'en améliorer les chances de guérison (cancer). Le développement de ce dépistage doit donc être une priorité tout au long de la vie. De même, le Conseil économique et social estime qu'il faut encourager massivement le dépistage des maladies neuro-dégénératives. À l'heure actuelle, en l'absence de traitement efficace pour guérir certaines maladies (comme la maladie d'Alzheimer), seul un dépistage précoce permet d'en retarder la progression. Or, ce dépistage n'est souvent pas ou trop tardivement effectué et ce n'est donc que lorsque la maladie est déjà à un stade avancé qu'elle est diagnostiquée. Ce dépistage tardif est source de difficultés accrues dans la prise en charge par les familles : l'absence

de préparation à la survenue de symptômes qui peuvent être impressionnants favorise le déni de la maladie, le repli sur soi, la culpabilisation et dans certains cas, l'épuisement de l'aidant qui peut parfois être source de maltraitance. Un diagnostic précoce favorise au contraire la recherche d'aide, d'information et de soutien à l'extérieur de la famille et s'avère donc positif non seulement pour la personne atteinte mais aussi pour son entourage.

À cet égard, le Conseil économique et social estime que la mise en place d'une consultation préventive gratuite pour toutes les personnes atteignant l'âge de 70 ans (article 47 de la loi sur le financement de la sécurité sociale 2007) est une mesure qui va dans le bon sens. Réalisée par le médecin généraliste formé à cet effet selon un protocole standardisé, elle aura pour but la détection des risques et des maladies à leur stade de début. Il conviendra de procéder à l'évaluation de cette mesure. Le Conseil économique et social souhaite insister sur le fait que ce diagnostic ne pourra toutefois être réellement efficace que s'il débouche rapidement sur une évaluation globale des besoins de la personne et de sa famille et surtout sur la possibilité de s'adresser à des structures compétentes (consultations mémoire et accueil de jour pour la maladie d'Alzheimer). Il faut aussi souligner que le dépistage plus précoce des maladies neuro-dégénératives devrait permettre de mieux connaître l'état sanitaire de la population et donc de prévoir les besoins en offre de soins, les endroits où cette offre est la plus insuffisante et déterminer le lieu où une réponse à ces besoins serait la plus appropriée. À l'heure actuelle, les schémas gérontologiques des départements ne permettent pas de connaître finement le nombre de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et d'évaluer les besoins en création de structures adaptées de prise en charge.

3. Adopter une vision globale de la personne âgée pour prévenir la dépendance

La prévention tertiaire est également un enjeu majeur pour faire reculer la dépendance. Elle vise à porter attention à l'ensemble des éléments qui peuvent favoriser la perte parfois rapide d'autonomie et à éviter les prises en charge inadaptées. Cette prévention tertiaire doit reposer sur une vision globale de la personne âgée : une attention à son cadre de vie et à l'état de ses relations sociales est aussi importante qu'une prise en charge médicale adéquate. Le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge globale doit être renforcé. Le rôle pivot du médecin généraliste et la vision globale de la personne âgée, au stade de la prévention de la dépendance, doivent permettre d'informer la personne âgée et son entourage sur les différentes solutions possibles adaptées à son cas et les lieux où il est possible de se renseigner. Le médecin généraliste, parce qu'il établit une relation de confiance avec la personne âgée et son entourage, est à même de fournir les conseils les mieux adaptés, c'est-à-dire les plus efficaces au plan médical et qui tiennent compte des conditions de vie du patient, de son entourage et de l'expression de leurs souhaits. Afin de jouer ce rôle auprès des personnes âgées, notre assemblée estime souhaitable que les

médecins généralistes soient mieux formés à la gériatrie et au dépistage des maladies neuro-dégénératives et participent à la démarche des équipes pluri-disciplinaires regroupées dans les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

4. Favoriser le maintien en activité

En matière de prévention, il faut souligner le rôle positif du maintien en activité sur l'état de santé physique et intellectuelle.

Le départ précoce et non volontaire du marché du travail peut contribuer à détériorer les conditions de santé des individus et à favoriser une entrée dans la dépendance plus précoce. *A contrario*, de nombreuses études ont montré le rôle positif de l'activité intellectuelle dans la protection contre les maladies comme celle d'Alzheimer. Le maintien dans l'emploi, l'accès à la formation professionnelle après 50 ans, la valorisation de l'expérience sont des éléments fondamentaux pour lutter contre le sentiment d'exclusion qui peut être la première étape vers le repli sur soi. L'amélioration du taux d'emploi des plus de 50 ans irait dans le sens de cette préoccupation tout en améliorant les comptes sociaux. L'aménagement du temps de travail en fin de carrière favoriserait de bonnes conditions d'exercice de l'activité et d'accès à la retraite.

Le maintien en activité des personnes qui ont achevé leur vie professionnelle et quitté le marché du travail est aussi un enjeu en matière de prévention. Le départ à la retraite correspond à la fin de l'activité professionnelle et c'est le moment où les activités bénévoles peuvent venir prendre le relai. Le Conseil économique et social préconise qu'une large information soit diffusée, à l'attention des retraités, sur les possibilités de bénévolat en associations. C'est un domaine où leurs expériences peuvent être valorisées au bénéfice de nombreux publics.

5. Réduire les risques liés à l'activité professionnelle.

Le travail, partie de l'activité humaine, est déterminant pour la santé du salarié. L'amélioration de la qualité de la vie au travail, la réduction du stress et de la pénibilité du travail sont des moyens essentiels pour préserver la santé des salariés, réduire l'inégalité d'espérance de vie, mais aussi améliorer les conditions du vieillissement. En effet, les pathologies liées par exemple aux Troubles musculo-squelettiques (TMS) peuvent être invalidantes et compromettre la qualité du vieillissement. La pénibilité de certains rythmes de travail, comme le travail de nuit, provoque de graves troubles du sommeil dont les effets se prolongent bien au-delà de la cessation d'activité. L'usage de produits dangereux (comme cela s'est révélé pour certains solvants et l'amiante) réduit fortement l'espérance de vie et peut gravement compromettre la qualité de vie de la personne vieillissante.

Pour favoriser l'allongement de la durée de la vie en bonne santé et faire reculer les situations de dépendance, le Conseil économique et social estime qu'il est important que l'amélioration de la qualité de la vie au travail, des conditions de travail, la réduction de la pénibilité du travail et des risques professionnels soient mieux prises en compte durant la vie active des salariés. Le dialogue social, à tous les niveaux (interprofessionnel, branches et entreprises), est un moyen essentiel pour avancer efficacement dans ce sens. De ce point de vue, les partenaires sociaux se sont d'ailleurs emparés du sujet et ont signé à cet effet l'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels. Concernant le stress, il y a eu un accord européen en 2004, qui est en voie de transposition en France dans le cadre de la négociation sur la pénibilité.

6. De la maltraitance à la bientraitance : d'abord une affaire de prévention

Très peu de cas de maltraitance sont volontaires et relèvent de la justice. La lutte contre la maltraitance passe certes par une lutte contre ces actes délictueux (celle-ci est d'ailleurs déjà engagée), mais plus encore par une démarche de formation et d'information des aidants et des intervenants. Beaucoup ne se rendent pas compte, par exemple, que leur façon de parler infantilise la personne âgée et conduit à réduire son estime de soi et son autonomie. Le manque de personnel et son insuffisante formation peuvent aussi, quelquefois, conduire à des comportements abusifs. Dans ce cas, l'augmentation des effectifs et leur professionnalisation, ainsi que la diffusion la plus large des bonnes pratiques comme celles qui ont été développées au Canada, sont des éléments nécessaires pour favoriser la bientraitance.

B - AMÉLIORER LES RESSOURCES HUMAINES EN GÉRIATRIE

1. Mieux valoriser les fonctions gériatriques au sein de l'hôpital

Le développement de la gériatrie dans les pays anglo-saxons date des années 1970. Elle n'a émergé que tardivement en France et cette discipline souffre encore d'une image négative à côté d'autres spécialités médicales jugées plus prestigieuses et valorisantes. Il en découle que le choix de cette spécialité résulte davantage d'un choix par défaut que d'une réelle volonté. Cet état de fait s'explique sans doute en partie par l'image dévalorisée de la personne âgée dans la société qui rejaillit sur la façon dont elle est envisagée à l'hôpital mais une des raisons majeures est à chercher du côté de la pénibilité et de l'insuffisante valorisation des métiers de la gériatrie. Le Conseil économique et social propose deux axes pour revaloriser les métiers de la gériatrie. Tout d'abord, compte tenu de la charge de travail requise dans les services, il convient d'envisager un renforcement de l'encadrement et un recrutement de personnels en gériatrie. Il s'agit de permettre à ces personnels de dégager du temps pour l'écoute des personnes âgées et le respect de leur rythme de vie. L'amélioration de la qualité

des soins permise par une plus grande attention portée à la personne âgée sera source de valorisation des métiers de la gériatrie. Elle devrait permettre d'éviter des prises en charge inadéquates et coûteuses, fondées exclusivement sur la médicalisation. Le deuxième axe proposé par notre assemblée consiste à revaloriser la tarification des activités de la filière gériatrique, afin de donner plus de souplesse de gestion aux établissements et une meilleure rémunération aux personnels médicaux et médico-sociaux. Certes, les mesures financières ne peuvent suffire à rendre ces métiers attractifs, mais elles peuvent contribuer à alléger ou compenser en partie la pénibilité de certains postes et lever certains obstacles au recrutement de personnels spécialisés en gériatrie.

2. Améliorer la formation en gériatrie de l'ensemble des intervenants

Une prise en charge de qualité des personnes âgées au sein du système de soins ne passe pas uniquement par le renforcement des moyens financiers et humains donnés à la gériatrie hospitalière et universitaire. C'est tout au long de la chaîne de soins, en ville comme à l'hôpital, dans l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées, que doit se développer et se diffuser une culture partagée de la prise en charge de qualité des personnes âgées. Pour parvenir à cet objectif, la formation en gériatrie doit être renforcée à plusieurs niveaux. Notre assemblée préconise, tout d'abord, de renforcer la formation du médecin généraliste dont le rôle en matière de prévention et de dépistage des maladies neuro-dégénératives est primordial. Elle préconise, ensuite, de développer les formations continues en gériatrie auprès des professions de santé paramédicales (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes), ainsi que celles des auxiliaires de vie sociale, des assistantes sociales, des aide-ménagères et de former par ailleurs les intervenants bénévoles. Enfin, notre assemblée recommande une meilleure prise en compte de la gériatrie dans la formation initiale des médecins, avec des stages obligatoires en services de gériatrie. Le contenu de cette formation initiale, théorique et pratique, ne doit pas se réduire aux aspects médicaux mais comporter une part relative aux aspects psychologiques et sociaux de la prise en charge des personnes âgées.

C - FAIRE DE LA RECHERCHE SUR LES MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES UNE PRIORITÉ NATIONALE

L'impact des maladies neuro-dégénératives sur le système d'aides et de soins est d'ores et déjà majeur et justifie, compte tenu des prévisions, une mobilisation d'ampleur nationale. Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui de l'ordre d'1 million et les prévisions pour 2020 indiquent un chiffre de 1,3 million. En outre, plus de 70 % des entrées en établissements sont liées à une démence et plus de 72 % des allocataires de l'APA présentent une dépendance liée à la détérioration de leurs facultés mentales. La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont des affections très perturbantes pour l'entourage car elles portent atteinte à la personnalité même

des malades et à leur capacité à nouer des liens de communication et d'affection. À un stade avancé de la maladie, les malades peuvent devenir agressifs, exigeants, voire violents. Cette évolution atteint fortement les proches et déstabilise les familles, compromettant le maintien à domicile.

L'ensemble de ces éléments plaide pour la mise en œuvre rapide d'une véritable stratégie nationale de recherche en faveur des pathologies cérébrales liées au vieillissement. C'est pourquoi le Conseil économique et social approuve pleinement la volonté du gouvernement de faire de la lutte contre la maladie d'Alzheimer une grande cause nationale. Jusqu'à présent, le « plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (2004-2007) », porté par le ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, est resté centré sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et de leurs proches. Il ne comporte pas de volet recherche spécifique (assorti de crédits) sur les moyens de ralentir ou d'arrêter la progression de la maladie. Concernant la recherche sur la maladie d'Alzheimer, il est d'ailleurs extrêmement difficile de savoir quel montant global lui est consacré en France. Les informations disponibles, quand elles existent, sont éparpillées et nécessitent un important travail d'agrégation reposant sur une connaissance savante des logiques de financement de la recherche en France. Or, l'état de la recherche mondiale en la matière laisse plutôt entrevoir qu'il est possible, à plus ou moins long terme, de découvrir un traitement capable de prévenir, retarder voire guérir la maladie d'Alzheimer. Selon des données de l'INSERM, parvenir à reculer de 5 ans le début de la maladie permettrait d'en réduire la fréquence de 50 %.

Un groupe de chercheurs américains, se déclarant confiants dans la possibilité de ralentir ou arrêter la maladie, a récemment demandé au gouvernement fédéral des crédits supplémentaires pour accélérer la concrétisation des avancées médicales. Au Canada, il existe un Institut du vieillissement qui fait partie des Instituts de recherche en santé. Cet institut travaille en partenariat avec d'autres organismes de santé et de recherche pour faire avancer la recherche sur la maladie d'Alzheimer et les démences associées. Plus généralement, il appuie la recherche visant à favoriser un vieillissement en bonne santé et à étudier les causes, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les systèmes de soutien et les soins palliatifs relativement à un large éventail de conditions associées au vieillissement. Au sein de cet institut sont donc regroupés les différents aspects liés à la maladie d'Alzheimer : aide aux malades et aux familles mais aussi recherche sur les moyens de guérir la maladie. En France, il existe depuis 2002 un Institut de la longévité et du vieillissement. Il s'agit d'un groupement d'intérêt scientifique destiné à fédérer des compétences sur les questions du vieillissement (volet biologique, médical et social) dont le budget provient essentiellement du ministère de la recherche. La démarche de création de cet institut est *a priori* extrêmement positive mais il semble que son rayonnement actuel ne soit pas à la hauteur des enjeux qui le sous-tendent.

Même si depuis dix ans, en France, les connaissances sur la démence en général ont largement progressé et si les recherches en neurosciences représentent plus de 20 % des dépenses de recherche des organismes publics (INSERM, CNRS, CEA) en science de la vie, le Conseil économique et social estime qu'il convient de soutenir davantage l'effort de recherche française sur ces maladies et notamment de favoriser les recherches sur les thérapeutiques préventives et curatives.

À cet effet, il formule deux propositions concrètes : augmenter le nombre d'appels à projets de l'Agence nationale de la recherche portant sur le vieillissement d'une part et créer un programme national de recherche sur la maladie d'Alzheimer, à l'instar de ce qui existe sur les maladies cardio-vasculaires ou sur le diabète d'autre part. Ce programme de recherche permettrait de faire travailler en réseaux un large éventail d'organismes publics et privés et de faire le lien entre recherche fondamentale et application médicale dans le domaine de la démence. La création de ce programme constituerait un signe fort dans la volonté de faire de la recherche sur la maladie d'Alzheimer et sur les démences en général une priorité nationale pour les années à venir. Le Conseil économique et social considère que le nouveau Plan Alzheimer en préparation doit bien intégrer l'ensemble des maladies neuro-dégénératives.

Quant au financement de ce plan et de l'effort de recherche, le Conseil estime qu'il doit être lisible et pérenne et s'inscrire dans une politique globale du financement de la recherche et de la protection sociale.

D - FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE

Un des axes du plan « Solidarité grand âge » est de donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix entre rester au domicile et entrer en structure d'accueil. Le Conseil économique et social soutient cette orientation, mais souhaite également un développement important des accueils de jour non seulement afin de soulager les aidants familiaux mais également dans le but de préparer la personne âgée à intégrer une structure d'accueil permanente dès lors que son état le nécessiterait. On peut constater que la mise en institution tardive de la personne très âgée souffrante provoque très souvent chez elle un changement brutal de ses repères et a pour effet d'accélérer sa fin de vie. Toutefois, le libre choix suppose de se donner les moyens pour qu'il soit réellement possible. Celui-ci nécessite, d'un côté, un nombre de places suffisant pour faire face à la demande et de l'autre, la mise en œuvre et le soutien d'actions spécifiques comme l'aide aux aidants familiaux, la solvabilisation des personnes âgées à faibles ressources pour faire face aux prix de journée, le développement de l'offre des services de soins, l'adaptation du logement à la perte d'autonomie, l'amélioration de l'accessibilité aux transports. Enfin, si le maintien à domicile des personnes âgées doit rester une priorité, il convient cependant d'assurer la continuité entre le domicile et l'établissement lorsque la personne âgée souhaite entrer en établissement ou lorsque son état le nécessite.

1. Renforcer l'aide aux aidants familiaux

Le Conseil économique et social estime que l'aide aux aidants familiaux est un élément capital pour rendre réaliste la notion de libre choix. Cela suppose de répondre dans la mesure du possible à leurs besoins. La famille se situe en première ligne pour aider et prendre soin des personnes âgées dépendantes. Le lien de filiation justifie bien souvent l'investissement de l'aidant auprès de son parent âgé. Cette prise en charge, menée souvent sur un triple front familial, personnel et professionnel est, pour beaucoup d'aidants, très éprouvante. Les études de la DREES montrent que la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches.

Ce type de solidarité constitue deux enjeux pour la société : le premier est celui des politiques à conduire pour permettre aux aidants de concilier leur soutien à un proche avec leur vie familiale, personnelle et professionnelle. L'égalité homme-femme est le second enjeu. Aujourd'hui, force est de constater que c'est sur les femmes que repose la plus grande partie de l'aide familiale aux personnes âgées. Il s'agit d'une réalité culturelle qu'il est possible de faire évoluer sur le long terme. À court terme, cependant, l'enjeu est de faire en sorte que les aidants puissent concilier vie professionnelle et aide à un proche, sans être pénalisés dans leur déroulement de carrière, voire que le rôle de l'aidant soit reconnu positivement par certains dispositifs (retraites, accès à des services à la personne le moment venu).

Le gouvernement a institué, en avril 2007, un congé de soutien familial. Le Conseil économique et social estime que le soutien aux aidants familiaux doit aller au-delà de la mise en place d'un congé de soutien familial. S'il estime que cette mesure représente un vrai progrès, pour permettre par exemple aux familles d'avoir le temps de trouver une solution lorsque la dépendance survient et d'apporter leur affection et leur soutien au quotidien, il s'interroge sur son utilisation effective lorsque le congé n'est pas rémunéré (le bénéficiaire du congé peut être néanmoins rémunéré par la personne aidée via l'APA). L'absence d'indemnisation du congé risque de compromettre l'effectivité de la mesure, ceci pour tous les niveaux de revenus mais plus particulièrement pour les personnes ne disposant que de faibles revenus. C'est la raison pour laquelle le Conseil économique et social préconise qu'un débat s'instaure sur l'opportunité d'assortir ce congé d'une compensation partielle de la perte de salaire et de déterminer quelles doivent être les sources de financement prévues à cet effet. Les conditions dans lesquelles le salarié pourra s'absenter de l'entreprise pour aider un proche et la durée du congé doivent aussi faire l'objet d'une réflexion approfondie. Des accords de branche ou d'entreprise pourront aussi améliorer le dispositif.

Au-delà de ces mesures, le Conseil économique et social estime nécessaire une politique qui prenne en compte les besoins les plus importants des aidants. Cela se traduirait par les dispositions suivantes :

- décharger les aidants non pas en les professionnalisant mais en renforçant les moyens dévolus aux CLIC pour assurer une mission visant à les accompagner quand ils font le choix d'assurer eux-mêmes la coordination des intervenants à domicile. Cela suppose la professionnalisation de nouvelles compétences ;
- multiplier tous les types de structures de répit. Le Conseil économique et social accueille favorablement la création annuelle, dans le cadre du plan « Solidarité grand âge », de 2 500 places d'accueil de jour et 1 100 places d'hébergement temporaire, même si ce plan ne répond pas à l'ensemble des besoins. Il estime qu'il est nécessaire de soutenir et favoriser toutes les formes de répit : gardes itinérantes de nuit, accueil de jour et hébergement temporaire en hôpital ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Toujours dans la perspective de favoriser le répit des familles, de nombreuses associations assurant des visites aux personnes âgées doivent être soutenues ;
- former les aidants familiaux afin de leur permettre de « *mieux comprendre le vieillissement pour mieux aider ceux qui vieillissent* ». À cette fin, ils pourraient bénéficier de l'expérience de ceux qui ont déjà traversé cette période d'accompagnement de parents âgés, de leur vécu et de leurs réflexions sur le grand âge. La transmission de cette approche, de cet accompagnement, pourrait être organisée à travers des structures de formation prenant en compte les problématiques diverses rencontrées par les aidants.

2. Développer l'offre de services de soins et réduire les écarts de dotations territoriales

Le maintien à domicile des personnes âgées mobilise des interventions combinées : aides pour les actes de la vie quotidienne, soins d'hygiène, soins médicaux. La personne âgée ne bénéficie pas d'un seul type d'aides et plusieurs services peuvent intervenir à son domicile. Cette situation illustre la nécessité de favoriser une prise en charge globale adaptée à la personne âgée qui implique de :

- favoriser le développement des Services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) en facilitant les rapprochements des services de soins et des services d'aides existants et en soutenant leur création. Le développement de tels services nécessite toutefois de rester vigilant sur le respect des domaines de compétences de chaque intervenant ;

- organiser ces services sur l'ensemble du territoire pour pallier les disparités départementales. Si le Conseil économique et social encourage la création annuelle de 6 000 places en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), prévue par le plan « Solidarité grand âge », il estime indispensable de veiller à ce que leur création réponde à un besoin social et territorial. Les schémas gérontologiques devraient pouvoir déterminer les objectifs de développement de ces services au sein des territoires. Surtout, ils doivent associer en permanence, à travers les Comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA), les associations qui s'occupent de dépendance et de handicap ;
- développer l'Hospitalisation à domicile (HAD) en renforçant les services gériatriques de l'hôpital : pour réaliser des retours à domicile adaptés aux besoins de la personne âgée, il faut augmenter les places en HAD adaptées au grand âge. Le Conseil économique social souhaite que le plan « Solidarité grand âge », qui prévoit de passer de 8 000 à 15 000 places d'HAD d'ici à 2010, fasse l'objet d'une évaluation à son issue ;
- rendre possible une fin de vie digne à domicile, ce qui suppose une prise en charge des soins palliatifs hors du milieu hospitalier : la fin de vie à domicile constitue le prolongement logique du scénario du libre choix mais ne peut se faire dans de bonnes conditions que si la famille dispose d'un accompagnement de qualité. À ce propos, le Conseil économique et social prend note de la volonté affirmée par le Président de la République d'améliorer les soins palliatifs et rappelle les propositions de l'avis présenté, en février 1999, par M. Donat Decisier qui restent d'actualité ;
- généraliser les réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire : en organisant, autour de la personne âgée, une équipe pluridisciplinaire médicale sous l'égide du médecin traitant, le réseau gérontologique contribue au maintien à domicile de la personne et à un moindre recours aux urgences hospitalières. Cette généralisation passe par une implication des caisses d'assurance maladie, des collectivités territoriales, des hôpitaux locaux et des professionnels de santé.

Ces propositions supposent d'augmenter considérablement, et de façon répartie sur le territoire, le nombre de professionnels de santé (infirmiers, aides soignants, auxiliaires de vie). Cette évolution impose de rendre plus attractives ces professions, notamment par une revalorisation des rémunérations de certains actes et des frais de déplacements. Le coût de ces mesures devra être intégré dans la recherche de nouveaux financements. Quant aux médecins, le rapport Berland sur la démographie médicale montre que leur nombre est à un niveau suffisant mais que la répartition non régulée sur le territoire et par spécialité entraîne des disparités importantes. Des pénuries sont à craindre dans des activités comme la gériatrie ou dans certaines zones urbaines ou rurales qui manquent de médecins généralistes. Or, ceux-ci sont un maillon essentiel dans une politique de libre choix.

De même, de nombreux emplois de service à la personne doivent être créés. Dans son avis sur *Le développement des services à la personne* d'Yves Verollet (janvier 2007), le Conseil économique et social a fait des propositions sur la nécessité d'une formation adaptée et d'une valorisation de ces emplois. Il convient de souligner la nature particulière de ces emplois auprès de personnes parfois vulnérables. Ils exigent un certain niveau d'autonomie et une solidarité psychologique et morale. Afin d'aider les personnes qui occupent ces emplois, le Conseil économique et social préconise que soient diffusées les pratiques consistant à mettre en place des groupes d'aide et de parole.

3. Développer les structures d'accueil, d'échange et de soutien

Les associations d'aide aux aidants et les experts auditionnés dans le cadre de cet avis estiment qu'un besoin prioritaire pour les aidants réside dans l'organisation de lieux d'écoute, d'information et de partage d'expérience. Ainsi des « cafés de paroles » ou rencontres d'aidants sont organisés pour aider les familles à vivre les difficultés vécues par les aidants qui estiment cela comme fortement utile.

Afin que ces structures associatives leur soient accessibles, le Conseil économique et social émet le souhait qu'une large information soit mise en place envers les aidants.

4. Adapter les logements aux besoins de la personne âgée

Le logement des personnes âgées renvoie à trois problématiques principales : la localisation et la configuration des logements, l'adaptabilité des logements et le coût de cette adaptation, la construction de logements neufs et accessibles. Le Conseil économique et social estime que le maintien à domicile des personnes âgées ne peut se réaliser que si un certain nombre de mesures concernant le logement sont mises en œuvre :

- intégrer le phénomène de la longévité dans l'urbanisme et l'aménagement de la ville en articulant les plans d'urbanisme, les politiques d'aménagement local, la programmation des bailleurs sociaux et les schémas gérontologiques des départements. Le Conseil économique et social pense qu'il faut favoriser le développement de résidences intergénérationnelles du type de l'ensemble immobilier « Générations » de Saint-Apollinaire (Côte-d'Or) : cette résidence comporte pour moitié des logements loués à des jeunes couples avec au moins un enfant de moins de cinq ans et pour moitié des logements loués à des retraités ainsi que deux appartements thérapeutiques pour personnes âgées physiquement et psychiquement dépendantes. La conception architecturale de la résidence facilite les rencontres entre générations. L'implantation de la résidence à proximité du centre de la commune a permis d'organiser dans l'ensemble résidentiel des services municipaux (ludothèque, restaurant scolaire, accueil petite enfance). La généralisation de ce type de résidences nécessite la mobilisation et le partenariat des acteurs locaux : municipalités, services d'aides et de soins à domicile, offices publics de l'habitat ;
- accélérer et contrôler l'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui dispose que tous les logements neufs construits doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap. Le Conseil économique et social estime que l'accessibilité des logements serait bénéfique à l'ensemble de la population : personnes âgées mais aussi familles avec des enfants en bas âge.

5. Intégrer les problèmes des personnes âgées dans l'aménagement du territoire et protéger les personnes âgées contre les abus de vulnérabilité

La fermeture de certains services publics et des commerces de proximité pénalise particulièrement les personnes âgées les moins mobiles, aggrave leur isolement et peut être à l'origine d'une entrée précoce et non choisie en établissement. Les choix de la répartition des services au public sur le territoire, les solutions de réorganisation doivent prendre en considération la dimension sociale du service rendu.

Comme l'a déjà préconisé le Conseil économique et social dans son avis sur *Le développement des services à la personne*, il est également utile de développer les services à domicile pour les personnes peu mobiles. À cet effet, notre assemblée réitère ses recommandations de faciliter les conditions d'accès à ces services par des entreprises artisanales, afin de leur permettre d'entrer dans les règles sociales et fiscales de la loi du 26 juillet 2005, ainsi que de permettre l'utilisation du CESU au domicile des parents âgés ou des proches.

Un problème tient toutefois à la vulnérabilité des personnes âgées. Selon une enquête réalisée par la Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA), la moitié des personnes âgées aurait fait l'objet d'agression, vol ou escroquerie. Cette population est aussi très fréquemment victimes de commerciaux ou prestataires de services peu scrupuleux. Les lois sur les délais de rétractation, sur l'abus de personnes vulnérables sont insuffisantes ou difficiles à mettre en œuvre lorsque la forme juridique a été respectée. Les dispositifs de tutelle sont également inappropriés si la personne ne souffre pas de démence caractérisée. Le Conseil économique et social demande que soit mise à l'étude une adaptation des dispositifs législatifs ou réglementaires pour renforcer la lutte contre les abus sur personnes âgées qui doit être une priorité.

6. Faciliter les déplacements des personnes âgées

Le maintien à domicile des personnes âgées, en particulier dans les zones rurales, ne doit pas entraîner un isolement et un confinement de la personne chez elle. Le Conseil économique et social estime souhaitable le développement des services de transports de personnes, collectifs ou individuels, en tenant compte des particularités des transports sanitaires. Il s'agit de faire en sorte que les personnes âgées puissent sortir de chez elle et continuer à accomplir elles-mêmes leurs démarches administratives ou se rendre de leur domicile à une structure d'accueil de jour, par exemple. À ce titre, la création de Sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) pourrait être encouragée pour permettre des multi partenariats entre les acteurs eux-mêmes, les collectivités et leurs clients. Lorsque des expériences locales existent, par exemple transport bénévole de personnes par le voisinage, elles doivent s'exercer avec un minimum de garanties pour la personne âgée et le transporteur. Si ces garanties existent, ces expériences

doivent perdurer car elles contribuent à créer du lien social et à lutter contre l'isolement des personnes âgées.

7. Assurer la continuité entre domicile et établissements et offrir plus de structures alternatives

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, des solutions alternatives existent pour éviter l'entrée brutale en EHPAD. Les petites unités de vie sont des structures qui accueillent moins de vingt-quatre résidents (seuil pour lequel une prise en charge très personnalisée est possible). L'habitat est adapté et sécurisé et un personnel est présent en permanence. Les petites unités de vie à taille humaine assurent une continuité avec les modes de vie antérieurs des personnes âgées : les logements sont privatifs, les personnes âgées peuvent y disposer de leur mobilier personnel, les professionnels extérieurs (médecins, infirmiers, services d'aides à domicile) peuvent intervenir auprès d'elles. Par ailleurs, les petites unités proposent des services communs (repas, buanderie, bibliothèque).

L'essentiel des petites unités de vie se trouve dans les régions rurales, la France compte actuellement 1 200 structures de ce type. Le maillage territorial est loin d'être assuré. Un audit externe réalisé en 2005 par un cabinet indépendant montre que les résidents des Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) - petites unités de vie développées par la MSA depuis 20 ans -, vivent plus longtemps (durée moyenne de séjour élevée par rapport à d'autres structures d'accueil) et que le projet de vie proposé aux résidents par les MARPA a un impact positif sur leur santé (physique, psychique et sociale).

Le Conseil économique et social estime que toutes les petites unités de vie (quelles que soient leur appellation et leur organisation) sont une des réponses à la prise en charge en termes d'aides et de soins des personnes âgées. Leur développement peut répondre au développement économique et social des territoires (commerces, services d'aides et de soins) et aux besoins des personnes âgées et de leur famille. Il est regrettable que les petites unités de vie ne puissent se développer en milieu urbain à cause de la rareté et de la cherté du foncier.

Notre assemblée estime cependant qu'un certain nombre d'obstacles doivent être levés pour généraliser les petites unités de vie :

- intégrer, après avoir identifiés les besoins, les petites unités de vie dans les schémas gérontologiques. En effet, les schémas départementaux n'intègrent actuellement pas toujours cette offre et devraient associer les petites unités de vie dans la définition des territoires de l'action gérontologique locale au même titre que les établissements médico-sociaux ;
- prévoir des crédits suffisants pour les prêts locatifs sociaux (prêt locatif social, prêt locatif à usage social) qui peuvent financer la construction de petites unités de vie ;

- harmoniser l'application de la réglementation en matière d'APA : à l'heure actuelle, seuls certains conseils généraux prennent en compte dans le plan d'aide de la personne âgée les charges de personnel de la petite unité de vie. En effet, tous les départements ne prennent pas en compte les charges de personnel accompagnant les résidents et ne valorisent, dans le plan d'aide, que les heures ponctuelles d'aide à domicile. Par ailleurs, certains conseils généraux appliquent la réglementation APA en établissement de type EHPAD qui semble inadaptée aux petites unités de vie.

Enfin, l'accueil à domicile, à titre onéreux, par des particuliers devrait pouvoir être développé sous réserve d'agrément et de conventionnement par le Conseil général.

E - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE, NOTAMMENT HOSPITALIÈRE, DES PERSONNES ÂGÉES

1. Améliorer l'accueil et le séjour des patients âgés à l'hôpital

Le constat selon lequel les urgences hospitalières sont inadaptées à la prise en charge des personnes âgées est, largement et depuis de nombreuses années, partagé. En réalité, ce qui pose le plus de difficultés, c'est la question du temps passé aux urgences, une fois que l'admission de la personne âgée a été prononcée. La plupart des services de spécialités ont des réticences à accepter une personne âgée de crainte qu'elle ne reste trop longtemps dans leur service, faute de prise en charge adéquate une fois les soins réalisés. Il en résulte que la personne âgée peut être amenée à attendre de longues heures dans les couloirs des urgences, dans des conditions de confort et de soins inappropriées et parfois non dénuées de risques. Il en résulte également que le passage aux urgences peut aussi déboucher sur une orientation par défaut au sein de l'hôpital, dans un service qui ne correspond pas à ce dont la personne âgée aurait eu besoin. Dans ces conditions, l'hospitalisation est source de rupture dans le mode de vie et peut conduire à une baisse rapide et irréversible de l'autonomie du patient. C'est dans l'objectif d'éviter ces situations que le Conseil économique et social souhaite que des solutions adéquates soient trouvées.

À cette fin, il estime que le développement du court séjour gériatrique doit être favorisé au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'urgence. Le court séjour gériatrique est un service qui a vocation à accueillir des patients âgés à haut risque de dépendance psychique, physique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité. L'existence d'un service de court séjour gériatrique présente plusieurs avantages. D'abord, l'accueil du patient âgé ne s'effectue plus par les urgences avec tous les risques exposés plus haut. Ensuite et surtout, le court séjour gériatrique doit être doté d'un personnel composant une équipe pluridisciplinaire capable de procéder à une évaluation globale et individualisée du patient, à la fois médicale mais aussi sociale et psychologique. De même, le Conseil économique et social estime primordial que

le court séjour soit doté d'un équipement suffisant pour réaliser rapidement un premier diagnostic des besoins de la personne ou disposer d'un accès facile au plateau technique de l'hôpital.

Par ailleurs, il convient de souligner l'importance d'une unité mobile de gériatrie dans l'hôpital, qui peut contribuer de façon déterminante à l'orientation et à la prise en charge des patients âgés aux urgences. Pour notre assemblée, la création de telles unités, là où elles font défaut d'une part, et le renforcement du potentiel de lits de court séjour d'autre part, contribuent aux mesures essentielles pour répondre aux besoins.

2. Mettre en place des filières gériatriques structurées en réseau

Les filières gériatriques sont depuis quelques années au cœur de la réflexion sur la construction d'une offre de soins susceptible d'assurer aux patients âgés un parcours de soins sans rupture et sans risque d'aggravation de la dépendance. Elles peuvent, en outre, participer à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce à une logique de mise en réseau des professionnels. En effet, la filière de soins gériatriques vise à permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, d'accéder à une prise en charge médico-sociale graduée. Sur son territoire d'implantation, la filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé. Elle couvre les étapes suivantes :

- évaluation gériatrique des besoins et des pathologies ;
- orientation rapide ;
- médicalisation adaptée à la pathologie ;
- accompagnement social.

Plusieurs structures composent une filière gériatrique :

- le court séjour hospitalier ;
- l'équipe mobile de gériatrie ;
- l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour ;
- les soins de suite ;
- les soins de longue durée.

L'idée de mettre en place une véritable filière gériatrique pour une prise en charge globale et efficace des patients âgés à l'hôpital n'est pas nouvelle. Elle participe de la reconnaissance de la spécificité de la prise en charge des personnes âgées. Le constat est cependant que cette idée peine à prendre forme concrètement et qu'elle fait l'objet d'un développement très inégal selon les territoires.

Deux rapports récents (un rapport de l'IGAS sur les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins datant de mai 2005 et le rapport de MM. Jeandel, Pfitzenmeyer, Vigouroux, commandé par Xavier Bertrand et Philippe Bas, intitulé *Un programme pour la gériatrie*, datant d'avril 2006) illustrent les difficultés du fonctionnement de la filière gériatrique. On peut en tirer les enseignements suivants :

- le court séjour hospitalier, les équipes mobiles gériatriques sont structurés de manière très variable selon les territoires ;
- la réglementation sur la filière gériatrique est éparse, partiellement respectée et n'a pas fait l'objet d'une évaluation d'ensemble.

Compte tenu de ce diagnostic, le Conseil économique et social préconise les mesures suivantes :

- inscrire le développement et la structuration des filières gériatriques dans les priorités des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;
- utiliser les infrastructures des petits hôpitaux pour développer les services de soins de suite ou de longue durée. Les personnes âgées pourraient être moins éloignées de leur lieu de vie et de leurs proches ;
- reconnaître comme partenaires de la filière gériatrique les Hospitalisations à domicile (HAD), les Établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les petites unités de vie, les infirmiers libéraux et les médecins généralistes.

Ce dernier élément est particulièrement important car de lui dépend la continuité de la prise en charge qui repose sur une transition harmonieuse entre le domicile, l'établissement d'accueil des personnes âgées et l'hôpital. En particulier, la mise en place aboutie de la filière gériatrique doit permettre d'améliorer les conditions dans lesquelles se déroule le retour à domicile après une hospitalisation. Si l'hospitalisation se traduit bien souvent par une rupture dans la vie de la personne âgée, c'est aussi parce que son retour à domicile n'est pas préparé et qu'il n'y a aucune transmission d'information entre le personnel de l'hôpital et celui qui intervient au domicile. Il faut noter cependant que des conventions de partenariat ont été signées entre hôpitaux et CLIC pour faciliter le retour à domicile des patients hospitalisés, de même qu'entre établissements de santé et EHPAD (conventions cadre relatives aux modalités de coopération). Le Conseil économique et social préconise de diffuser largement cette pratique.

Par son fonctionnement en réseau et grâce à la mise en place de partenariats formalisés, la filière gériatrique doit permettre de ne pas faire reposer l'impératif de coordination sur la personne âgée et son entourage. La coordination doit être un souci permanent des acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale. À cet égard, le Conseil estime que la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques constitue un progrès car elle fait de l'articulation entre établissements de santé et services sociaux, une raison d'être de la filière. Le Conseil estime que cette circulaire devra être suivie d'une réflexion approfondie (qui pourrait être menée par la CNSA) sur la charge financière réelle induite par le travail d'élaboration du projet de vie des patients gériatriques et d'organisation de leur sortie. À défaut de réflexion, les progrès dans le décloisonnement des acteurs pourraient être freinés par la crainte d'un transfert indu de charges du secteur médico-social vers l'assurance maladie.

Enfin, notre assemblée estime qu'au-delà de l'évolution nécessaire des pratiques des acteurs pour favoriser le travail en réseau, il est primordial, dans les années à venir, de résoudre le problème du manque d'équipements, en lits de court séjour, en places d'hospitalisation de jour et en lits de soins de suite et de soins de longue durée en gériatrie. Cet accroissement de l'offre doit reposer sur une évaluation fine de la répartition future des besoins en places selon les différentes catégories d'établissements. Sans cet effort d'accroissement substantiel de l'offre, auquel la reconversion des hôpitaux locaux peut participer, le Conseil économique et social estime que la mise en place, même progressive, d'une véritable filière gériatrique se heurtera à des goulots d'étranglement qui sont contraires à l'esprit même du projet qui vise à fluidifier le parcours de soins des patients âgés. À ces problèmes s'ajoutent ceux liés à la qualité de vie des personnes âgées dans les établissements. Ceux-ci sont bien sûr des lieux de soins mais ils doivent aussi être des milieux de vie adaptés aux personnes âgées.

F - AMÉLIORER LE PILOTAGE, RENFORCER L'ÉQUITÉ ET MAÎTRISER LES COÛTS

1. Améliorer le pilotage

1.1. Conforter la CNSA en redéfinissant son rôle et son financement

Dans un paysage institutionnel déjà complexe, la création de la CNSA n'a de sens que si les moyens décisionnels et financiers lui sont donnés de structurer et pérenniser la prise en charge de la dépendance. Il est important de construire un consensus autour du scénario qui sera retenu pour la prise en charge de la dépendance dans les années à venir. Ainsi, la CNSA pourrait se voir confier, en conservant la répartition des ressources affectées à la fois à la prestation liée à la perte d'autonomie et au fonctionnement de l'offre médico-sociale, la mission de construire un dispositif universel de compensation de la perte d'autonomie (pour les personnes âgées et les personnes handicapées) et d'assurer la convergence

des différents dispositifs. Pour cela, le Parlement devra prendre les mesures législatives et réglementaires qui s'imposent.

Il convient en conséquence de faire entrer la CNSA dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, le Parlement serait amené à voter chaque année les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes de la caisse.

1.2. Simplifier et rendre cohérents les circuits de financement

Les nombreux rapports qui ont été rédigés sur la prise en charge de la dépendance insistent sur les effets néfastes du cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le Conseil économique et social estime qu'un pilotage plus affirmé de la CNSA sur le risque de perte d'autonomie pourrait réduire ces cloisonnements. La CNSA doit acquérir les moyens de procéder aux grands arbitrages nécessaires entre assurance maladie et dépendance, entre prise en charge à domicile et en établissements. C'est à la CNSA que peut aussi s'élaborer la réflexion nécessaire sur le niveau adéquat de péréquation entre départements qui doit accompagner la décentralisation de l'APA. Sur la base de ces grands arbitrages, les circuits de financements pourront à leur tour être clarifiés notamment en délimitant ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève de la dépendance et en précisant les lignes de partage entre financement local et financement national. Il s'agit de rendre les circuits de financement plus cohérents, moins complexes, donc plus compréhensibles pour les citoyens. C'est un point important si un débat doit avoir lieu sur le scénario à retenir dans les prochaines années. La CNSA, placée en position de pivot de la prise en charge de la dépendance, doit avoir comme objectif explicite de réduire les cloisonnements et de mettre en place un régime de prise en charge qui valorise correctement, y compris financièrement, les fonctions de coordination.

2. Renforcer l'équité, maîtriser le reste à charge et trouver de nouveaux financements

Selon le rapport de Mme Gisserot consacré aux perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025, en comparaison internationale, l'investissement public de la France pour couvrir le risque dépendance a rejoint les moyennes européennes et est maintenant comparable à ce qui existe en Allemagne et au Royaume-Uni. Ce rattrapage (en 2000, les études de l'OCDE plaçaient la France en bas de l'échelle européenne) est notamment dû à la montée en charge de l'APA. Toujours selon le rapport de Mme Gisserot, compte tenu des prévisions démographiques, il y a lieu de « dédramatiser » la question des financements relatifs à la prise en charge de la dépendance car « *la croissance spontanée des financements aujourd'hui affectés à la dépendance, estimée à 2,2 % par an net d'inflation, soit le rythme d'augmentation potentiel du PIB permettrait d'absorber l'évolution démographique* ». Au total donc, la croissance globale des dépenses dans le

champ de la dépendance relèvera moins de la contrainte démographique que de choix politiques.

2.1. Renforcer l'équité dans la prise en charge de la dépendance

Si, d'un point de vue global, la prise en charge de la dépendance s'est améliorée en France dans les années récentes, le constat est que le soutien public pour compenser la dépendance est peu redistributif.

Des études ont montré que le profil des aides à la dépendance selon le niveau de revenu du bénéficiaire observe un profil en U. L'une d'elles, réalisée pour la mission de Mme Gisserot par la Direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE), indique que, dans certains cas, le montant de l'aide globale accordée est plus important pour les personnes de revenus élevés que pour les bas revenus. Il en va de même pour le niveau du reste à charge et le taux d'effort. Pour la prise en charge à domicile, quel que soit le niveau de dépendance, le taux d'effort (rapport entre les dépenses laissées à la charge de la personne et son revenu) est systématiquement plus élevé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles et diminue au fur et à mesure de l'augmentation des revenus. Il ressort même que le taux d'effort peut dépasser 100 % si les temps de soins rendus nécessaires par l'état de la personne âgée dépassent les temps fixés par la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressource (AGGIR).

Ce constat du caractère actuellement mal réparti de l'aide à la prise en charge de la dépendance doit être croisé avec celui sur l'évolution prévisible de la capacité de financement des retraités. Les études montrent une stabilité probable de la capacité de financement liée à l'évolution des pensions de retraite (croissance de la bi-activité, durées de cotisation plus longues) mais avec un risque d'augmentation des inégalités entre ménages et un risque d'insolvabilité qui pourrait concerner un plus grand nombre de ménages. De même, la croissance prévisible des patrimoines (les générations qui seront dépendantes dans les vingt prochaines années sont globalement mieux dotées en patrimoine que celles qui les ont précédées), s'accompagnera probablement d'une plus forte dispersion des valeurs du patrimoine.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît indispensable, avant de songer à affecter de nouvelles recettes à la dépendance, de renforcer l'équité dans le dispositif de prise en charge.

Le Conseil économique et social soutient la préconisation du rapport de Mme Gisserot concernant les aides fiscales dont l'objectif n'est pas limité à la dépendance. Celles-ci, au regard de la prise en charge de cette dernière, ont un effet anti-redistributif qui réduit voire annule l'effet redistributif du barème de l'APA. Or, la dépense fiscale apparaît au plan quantitatif comme un instrument primordial de la prise en charge de la dépendance (500 millions d'euros pour la dépendance *stricto sensu* et 7 milliards d'euros pour les aides fiscales non ciblées sur la dépendance et bénéficiant aux personnes âgées de plus de 60 ans).

L'évolution du dispositif actuel de financement doit passer par une remise à plat de l'ensemble de ces aides fiscales : comment s'articulent-elles avec le reste du dispositif de prise en charge, quelle est leur cohérence interne ?

Le Conseil économique et social prône aussi la réforme de l'aide sociale à l'hébergement qui constitue un élément majeur de l'équité compte tenu du prix de l'hébergement en établissement. La question du reste à vivre se pose dans ce cadre : il est inférieur dans le cas des personnes âgées par rapport aux personnes handicapées, sans que la justification de cette différence n'apparaisse clairement. Les personnes âgées doivent participer à hauteur de 90 % de leurs revenus au coût de l'hébergement et le reste à vivre moyen s'élève à 62 euros par mois contre 186 euros pour les personnes handicapées. Ce reste à vivre est important car il participe de façon fondamentale à la qualité de vie et à l'intégration sociale de la personne. La notion d'un reste à vivre minimum doit donc être intégrée dans la réflexion sur le coût de la dépendance. Se pose également la question de l'articulation de l'aide sociale avec l'obligation alimentaire et le recours sur succession. Ni l'obligation alimentaire ni le recours sur succession ne s'appliquent à l'APA tandis que l'aide sociale à l'hébergement est soumise au deux, ce qui entraîne parfois, pour les personnes les plus en difficulté, une forte réticence à entrer en établissement, même si leur état de santé le justifie.

2.2. Maîtriser le reste à charge pour les personnes et leurs familles

Le niveau du reste à charge en établissement est préoccupant et risque de s'aggraver dans les années à venir sous l'effet de la modernisation des équipements et du coût de l'investissement dans le foncier. La composition du reste à charge est hétérogène : 100 % de la rémunération du personnel de direction et du personnel administratif de l'établissement, 70 % de la rémunération du personnel de ménage, nourriture, animation, remboursement des emprunts liés à l'investissement, amortissement des locaux, éventuellement marge commerciale (pour les établissements privés à but lucratif).

Les tarifs pratiqués par les établissements ne sont pas connus au plan national de manière complète et les différences entre départements sont sensibles. Il convient dans un premier temps de se donner les moyens d'avoir une connaissance exhaustive des tarifs pratiqués et des raisons qui expliquent les différences.

L'autre préoccupation doit être de maîtriser le reste à charge. Le Conseil économique et social préconise plusieurs actions à cet effet :

- une modification du périmètre des sections tarifaires en établissement : il convient de faire en sorte que les mêmes règles s'appliquent en établissement et à domicile, par exemple pour la prise en charge des coûts liés aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui ne sont pris en charge qu'à 30 % par le tarif dépendance en établissement alors qu'ils le sont intégralement par l'assurance maladie dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile ;
- une augmentation de l'ONDAM médico-social pour accompagner l'amélioration de la qualité de la prise en charge : cette augmentation pourrait être affectée à une prise en charge d'une part des investissements de restructuration et de construction des établissements bénéficiant d'un financement public de fonctionnement ;
- la mise en place, comme le préconise le Centre d'analyse stratégique, d'une base de données nationales sur les caractéristiques et les coûts des programmes d'investissement ;
- la mise en place d'une étude d'impact systématique de la réglementation en matière de normes dans les établissements sur les coûts laissés à la charge des usagers.

Notre assemblée souligne que la réforme préconisée de l'aide sociale à l'hébergement est inséparable de la question du reste à charge.

2.3. Trouver de nouveaux financements

La réalisation dans les faits du scénario du libre choix suppose de trouver des financements nouveaux à consacrer à la dépendance. En raison de l'effort quantitatif et qualitatif à accomplir dans les prochaines années, la simple stabilité des ressources ne suffira pas, même si l'effort reste à un niveau accessible. L'approfondissement de la prévention, l'augmentation du volume de la recherche sur les maladies neuro-dégénératives aux plans national et mondial laissent espérer à plus ou moins long terme une réduction de la part des dépenses pour la dépendance. À court terme cependant, il est cohérent d'assortir la promotion du scénario du libre choix des financements qui le rendront possible.

Le Conseil économique et social estime, à l'instar de ce qui est indiqué dans le rapport de Mme Gisserot, qu'il peut être opportun d'accompagner les démarches de prévoyance des ménages en les informant mieux sur le niveau des dépenses suscitées par la dépendance.

Quelles que soient les pistes de réflexion envisageables pour le financement de la dépendance, le Conseil économique et social estime que c'est avant tout à la solidarité collective de prendre en charge les effets financiers de l'allongement de la durée de la vie. L'affectation de prélèvements obligatoires supplémentaires pour la prise en charge de la dépendance implique nécessairement un arbitrage commun à l'ensemble de la protection sociale. En particulier, la question du partage entre ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève de la compensation de la perte d'autonomie doit faire l'objet d'une clarification afin d'éviter que l'essentiel de la progression des dépenses ne pèse presque exclusivement sur l'assurance maladie. Il ne s'agit pas de faire un partage rigide au détriment des personnes mais d'éviter les transferts de charge de la dépendance vers l'assurance maladie. En outre, la réflexion sur le financement de la dépendance n'est pas séparable de celle portant sur l'évolution du pouvoir d'achat des personnes âgées et de la réforme des retraites.

Le Conseil économique et social propose que quatre sujets au moins fassent l'objet de réflexion voire de négociations :

- les aides fiscales ;
- la contribution de solidarité pour l'autonomie ;
- l'harmonisation des taux de Contribution sociale généralisée (CSG) ;
- la place de la prévoyance collective et individuelle.

Au-delà de ces quatre sujets, nombre des travaux en cours demandés par le gouvernement à des experts, commissions et institutions sur le financement et la gouvernance de la protection sociale auront des incidences sur la prise en charge des personnes dépendantes (par exemple le financement de la protection sociale, le bouclier sanitaire, la création d'une cinquième branche ou la TVA sociale).

De ce point de vue, la saisine gouvernementale du Conseil économique et social, demandée par M. le Premier ministre sur la protection sociale, devra être l'occasion d'examiner les différentes pistes de financement et de formuler des préconisations utiles.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population française sera certes progressif mais l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résultera constitue un phénomène inéluctable qui doit être anticipé. Seule, une politique construite sur un consensus large et soigneusement préparée peut aider à relever un défi à la fois médical, social et financier.

Le Conseil économique et social est favorable, pour les personnes âgées, au libre choix entre la vie au domicile ou en établissement. Mais, ce libre choix ne pourra se concrétiser que si les familles sont soutenues et si l'organisation des soins et des services se révèle à la hauteur des besoins des personnes âgées. De plus, les investissements nécessaires à la concrétisation du libre choix doivent être répartis de manière équitable entre ce qui relève des individus et de leur famille et ce qui relève de la solidarité collective.

Afin de maîtriser les coûts, le rôle de la prévention doit être renforcé tout au long de la vie. C'est aussi grâce à une mobilisation nationale sur la recherche consacrée aux maladies neuro-dégénératives qu'à long terme, les coûts liés au vieillissement de la population auront des chances d'être maîtrisés. Au-delà de la recherche, c'est l'ensemble du personnel médical et médico-social qui doit être organisé autour d'une prise en charge globale et sans rupture de la personne âgée.

L'hôpital ne peut, évidemment, rester à l'écart de cette évolution : il est un maillon essentiel de la structuration de l'offre de soins sur les territoires.

*
* *

S'il est vrai que le vieillissement démographique constitue un défi, c'est aussi un changement de regard sur les personnes âgées que le Conseil économique et social appelle de ses vœux. C'est pourquoi, notre assemblée insiste sur l'urgence qui s'attache à la réalisation des mesures proposées dans cet avis.

Deuxième partie
Déclarations des groupes

Groupe de l'agriculture

Les axes forts de l'avis ont particulièrement retenu l'attention du groupe de l'agriculture.

1. La prévention ne doit pas être sous-estimée. Elle doit être globale et transversale aux secteurs sanitaires et médico-sociaux, pour rencontrer une efficacité maximale. Cela n'ira pas sans un renforcement du rôle des organismes de protection sociale en matière de prévention et une pérennisation de leurs moyens d'action. La révision du principe du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par les organismes de retraite sur leurs fonds d'action sociale serait nécessaire. Les caisses doivent aujourd'hui faire face à des besoins accrus d'accompagnement des personnes âgées fragilisées non dépendantes (GIR5) à domicile. La qualité de l'accompagnement soulagera d'autant le poids financier du risque de perte d'autonomie tout en préservant le quotidien des personnes.

2. La pleine reconnaissance et l'organisation matérielle d'un libre choix entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement relèvent d'un véritable choix de vie. Cela exige un développement simultané et complémentaire des offres de services de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en établissement, qu'il s'agisse des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des petites unités de vie comme les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) créées à l'initiative de la MSA.

Cette exigence doit être doublée d'une attention particulière sur la répartition territoriale des nouvelles offres afin de répondre au mieux aux besoins des populations rurales. Les services développés par la Mutualité sociale agricole pour assurer un maintien au domicile, dans les meilleures conditions qui soient et le plus longtemps possible, s'avèrent efficaces. Ils doivent être encouragés.

3. L'aspect financier de la prise en charge de la perte d'autonomie ne doit pas être négligé, s'agissant notamment de la maîtrise du reste à charge pour les personnes âgées et leur famille.

Certes, un effort a été fait au cours des dernières années pour améliorer les petites retraites agricoles. Mais elles restent parmi les plus faibles de la société (particulièrement pour les femmes qui n'ont pas eu de carrière complète). La question du reste à charge se pose donc avec une terrible acuité, lorsque ces personnes entrent en établissement et doivent s'acquitter d'un tarif d'hébergement dont la moyenne est d'environ 1 500 € par mois.

4. Enfin, la question des nouveaux financements affectés à la prise en charge de la dépendance demeure. Le groupe de l'agriculture ne s'inscrit pas dans ce qu'on appelle le « tout collectif » mais considère au contraire qu'en complément de l'effort de solidarité nationale, la charge subsidiaire induite par le risque de perte d'autonomie peut être assurée par une couverture complémentaire. Les assureurs, qui les premiers ont répondu aux besoins de la

population âgée en créant l'assurance dépendance, continueront de proposer des garanties complémentaires à celles mises en place par la collectivité nationale.

La Mutualité sociale agricole, forte de son expérience de « guichet unique » de la sécurité sociale est particulièrement favorable à la création d'un seul risque « autonomie », qui assure une prise en charge de chacun sans discrimination d'âge et égale sur tout le territoire. Le financement de ce nouveau risque doit passer par des mécanismes de solidarité nationale.

Une répartition de l'effort contributif entre actifs et inactifs doit faire partie des réflexions de même que la prise en compte des ressources des personnes dans le calcul des prestations servies.

Groupe de l'artisanat

L'allongement de la durée de vie s'accompagnant d'un recul de la dépendance est rassurant. Il modifie le regard à porter sur les personnes âgées mais surtout laisse entrevoir un certain nombre de marges de manœuvre dans les progrès de la recherche médicale, la prévention des comportements à risque et une gestion plus adaptée aux besoins des personnes âgées.

S'agissant de la recherche, la diversité des causes de dépendance impose d'élargir le spectre de la maladie d'Alzheimer vers l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, sans pour autant oublier la poursuite des efforts sur la qualité du vieillissement. Concernant la prévention en matière de nutrition ou des conditions de vie, le groupe de l'artisanat rappelle la participation active de ses entreprises que ce soit dans le cadre des journées du goût ou les ateliers du « bien manger » ou la sensibilisation du public à l'aménagement de l'habitat, de l'environnement et du cadre de vie.

Sur la question du maintien en activité et l'amélioration de la qualité de vie au travail, le renvoi aux accords des partenaires sociaux est la preuve de la mobilisation et de la volonté de l'artisanat à contribuer à cette grande cause nationale du recul de la dépendance. Même si la négociation sur la pénibilité n'a pas encore abouti, l'artisanat considère que sa prise en compte ne pourra s'opérer qu'en vertu d'un examen individuel et non sur la base d'une classification des activités jugées pénibles.

Concernant l'alternative entre « rester à domicile » et « entrer en structure d'accueil », le libre choix suppose effectivement des moyens. La diversité des situations familiales, les disparités territoriales et surtout les différents degrés de la dépendance impliquent, dans ce domaine, une réponse au plus près des besoins. Sans renoncer au programme de création de structures liées à la montée en puissance de la dépendance, le groupe de l'artisanat a souhaité compléter l'avis par l'intégration de solutions alternatives de proximité. L'accueil par des particuliers à titre onéreux assorti d'un agrément et d'une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale garantissant ainsi à la fois le professionnalisme du personnel et une partie de son financement est un dispositif qui mérite d'être encouragé.

S'agissant de la prise en charge de la dépendance, si les caisses complémentaires offrent des produits d'assurance, ceux-ci ne régleront pas le problème des générations actuelles. Aussi, sans présager des débats à venir dans le cadre de la saisine gouvernementale sur le financement de la protection sociale, le groupe de l'artisanat a tenu à ajouter quelques thèmes essentiels à la réflexion. Il s'agit notamment de délimiter de manière précise les prestations fournies, de définir l'articulation entre la CNSA et les autres caisses et enfin d'associer ou pas les partenaires sociaux gestionnaires de la maladie et de la vieillesse pour apprécier ce qui doit rester à la charge des familles et ce qui doit relever de la solidarité.

Le groupe de l'artisanat a voté l'avis.

Groupe des associations

L'avis présenté par Michel Coquillion invite les pouvoirs publics à mettre en œuvre un véritable projet global pour permettre aux personnes âgées d'avoir une qualité de vie en égale dignité avec toutes les autres catégories de la société, surtout quand elles sont atteintes par le handicap et la maladie. Le premier enjeu posé par la longévité est de maintenir la population le plus longtemps possible dans un bon état de santé et de vie sociale. Ceci suppose le libre choix de toute personne de demeurer dans son domicile ou de vivre dans un établissement.

Le maintien à domicile implique une offre de services et de soins de qualité qui permet à l'entraide familiale de jouer pleinement son rôle. L'avis énumère l'ensemble des avancées possibles pour réussir ce maintien à domicile et assurer la continuité entre le domicile et l'établissement lorsque la personne le souhaite. Il insiste sur le développement des services polyvalents d'aides et de soins à domicile, le développement des services d'hospitalisation à domicile et des services de soins infirmiers prévus par le plan de solidarité grand âge.

Ces différentes interventions donnent aux personnes en situation de perte d'autonomie la possibilité de disposer d'un accompagnement global et coordonné entre les soins infirmiers et les aides pour les actes de la vie quotidienne.

Pour y parvenir il est essentiel que les services d'aide à domicile demeurent dans le cadre des institutions sociales et médico-sociales régies par les dispositions de la loi de février 2002. Le secteur associatif demande que soit abrogé ou au moins réexaminé le droit d'option mis en œuvre à l'occasion du plan du développement des services à la personne.

En effet la procédure d'autorisation prévue par la loi de 2002 garantit l'inscription des services dans un cadre plus protecteur pour les personnes que le simple agrément qualité prévue par la loi Borloo. Il s'agit de mieux prévenir les risques de maltraitance et d'abus, comme l'indique l'avis.

Par ailleurs, l'avis encourage toutes les structures qui doivent programmer ou coordonner l'action publique en faveur des personnes âgées. On peut en citer deux.

- Les CLIC, Centres locaux d'information et de coordination, doivent être développés en regroupant médecins généralistes et équipes pluridisciplinaires, afin d'accompagner la personne âgée dans la globalité de sa vie quotidienne.
- Les PRIAC, Programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et des handicapées, formalisent le nouvel outil de programmation des crédits d'assurance maladie dans les établissements et les services d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées. Ils doivent donc être développés afin d'établir l'équité territoriale.

Proposer un réel choix de son mode de vie à toute personne âgée et à tout handicapé repose sur la diversité de l'accessibilité de l'offre de service, y compris pour les personnes aux revenus modestes. La mesure de la performance du dispositif d'accompagnement de la dépendance doit prendre en compte le respect de l'utilité sociale, ainsi que l'efficacité économique au regard de l'effort que la collectivité est prête à consentir.

L'objet de cet avis est de proposer un schéma global et cohérent pour accompagner de façon harmonieuse le vieillissement de la population en matière de soins. Reste à savoir comment financer un tel projet.

L'avis renvoie cette question à une autre étude qui implique d'intégrer ces préoccupations dans l'ensemble de la protection sociale. Ce sera l'objet de la saisine gouvernementale qui vient d'être confiée au Conseil économique et social. Toutefois, le secteur associatif rappelle que l'enjeu repose sur la question du financement de l'effort de solidarité nationale.

Il convient de prendre rapidement en considération à la fois les carences qui caractérisent l'offre de services tant à domicile qu'en établissement, l'insuffisance de personnel, le manque de place et la discontinuité des services. Il convient également d'harmoniser les prestations de compensation du handicap et du manque ou perte d'autonomie. Ce n'est qu'à ce prix qu'il pourra être mis un terme à la discrimination dont sont victimes les personnes âgées en perte d'autonomie. Le groupe a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

La France accusait à la fin des années 90 un retard de l'investissement public dans la couverture de la dépendance qui la situait dans les derniers rangs de l'échelle européenne. Les réformes intervenues depuis cette date, avec notamment la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 et l'introduction de financements nouveaux à partir de 2004, ont amélioré la situation en mettant la France au niveau de ses voisins, en particulier l'Allemagne.

La question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées donne lieu depuis une quinzaine d'années à une prise de conscience et un travail de réflexion important par son ampleur et sa qualité. En témoignent les nombreux rapports, colloques et expertises qui lui ont été consacrés, en France comme à l'étranger. Le débat s'est donc beaucoup enrichi. Le travail que vient de réaliser la section des affaires sociales et qui est dans la lignée de plusieurs travaux votés par notre assemblée arrive à point. En effet le Président de la République a annoncé qu'il souhaitait la mise en place d'un « *droit nouveau de protection sociale* ». Il est donc naturel que la société civile s'exprime.

La CFDT soutient ce texte parce qu'il aborde, en faisant des propositions, l'ensemble des sujets pour lesquels notre pays doit améliorer les dispositifs lorsqu'ils existent ou en créer de nouveaux.

Les questions de la prévention et de la recherche, l'articulation indispensable entre la prise en charge à domicile et en établissement, la qualité de l'accompagnement, la qualification des professionnels, les difficultés des aidants familiaux, la répartition des compétences, le niveau et la nature des financements, sont en effet les sujets majeurs qu'il faut traiter. L'avis du Conseil économique et social trace les axes essentiels d'un diagnostic souvent partagé et présente des propositions que la CFDT souhaite voir aboutir.

La CFDT insistera sur quatre points qui seront sans aucun doute au cœur des débats des prochains mois.

- Sortir du seul regard médical sur la personne vieillissante pour développer une politique de prévention. La prise en charge doit s'appuyer sur un projet global. Il s'agit de coordonner la vie sociale de la personne (rythme de vie, activités proposées, présence de personnel qualifié, relations avec l'environnement immédiat), et les interventions spécifiques liées à son état de santé.

- Vivre plus longtemps est une remarquable conquête qui nécessite un accompagnement. Cela génère donc des coûts et nécessite des efforts. La cohésion sociale réclame impérativement qu'ils soient équitablement répartis. C'est pour cela qu'en matière de financement, la CFDT plaide à la fois pour un financement diversifié et pour la prise en compte de l'ensemble des revenus. Il faudra « revisiter » l'ensemble des dispositifs fiscaux et sociaux qui ont, selon plusieurs rapports, un effet antiredistributif établi.
- Le rapport du Centre d'analyse stratégique estime qu'entre 2005 et 2015, 350 000 postes seront au minimum à pourvoir dans les métiers de la prise en charge des personnes âgées. Ces besoins en personnel très importants risquent de s'entrechoquer avec les besoins concurrents d'autres secteurs de la sphère sociale mais pas seulement. Les questions d'attractivité des métiers et de formation tant pour les professionnels de l'accompagnement au quotidien auprès des personnes vieillissantes que pour le corps médical et paramédical sont des enjeux décisifs que notre assemblée a récemment traités au début de l'année dans l'avis sur les services à la personne.
- Malgré la forte progression des dépenses publiques au titre de l'APA de nombreuses personnes, voire des familles, supportent un reste à charge élevé et, dans un certain nombre de cas, supérieur aux revenus des personnes âgées. Une amélioration de la couverture dépendance passe par une réduction du reste à charge dans le cadre d'un financement socialisé.

Avec ce texte et celui de la CNSA au sein de laquelle se retrouvent de nombreuses organisations membres du Conseil économique et social, le gouvernement et le Parlement disposent de tous les éléments pour proposer une solide concertation à l'ensemble des acteurs.

La CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

L'allongement de la durée de vie aura de nombreuses conséquences collectives.

Le groupe de la CFE-CGC considère qu'il faut assurer des conditions de travail permettant de maintenir les seniors dans l'emploi tout au long de la carrière professionnelle et prévenir certaines maladies d'origine professionnelle, en particulier éviter la pénibilité qui crée une usure prématurée de la santé du salarié.

Ceci passe par l'organisation paritaire du système de santé au travail et nécessite une collaboration dynamique entre les représentants des employeurs et des salariés. La santé des salariés étant en jeu, il est légitime que leurs

représentants soient des acteurs incontournables dans la prévention des risques professionnels.

Pour le groupe de la CFE-CGC, il est nécessaire de prendre en compte toutes les pénibilités afin de prévenir les effets sur la santé, les incapacités, les problèmes de fin de vie active et de l'exclusion des travailleurs vieillissants.

Par ailleurs, la pluridisciplinarité introduite dans les services de santé au travail ne doit pas être un prétexte pour s'affranchir du rôle central que doit jouer le médecin du travail, indépendant et tenu au secret médical. Les médecins du travail ont toute leur place dans la prévention de l'usure professionnelle et dans l'aide au traitement des salariés susceptibles de partir de manière anticipée pour raison de pénibilité. Une réforme de l'internat de spécialisation serait nécessaire.

La CFE-CGC considère que la reconnaissance du caractère professionnel des maladies engendrées par le stress doit être prise en compte. L'encadrement est plus particulièrement touché par ce risque.

Pour le groupe de la CFE-CGC, la recherche des causes de la pénibilité sera plus ardue dans l'avenir car la carrière professionnelle se déroulera dans des entreprises distinctes et donnera lieu à l'exercice de différents métiers ou fonctions. D'où la nécessité, pour la CFE-CGC, de mettre en place une traçabilité, un *curriculum laboris* tenu par la médecine du travail. L'amélioration des conditions de travail est un préalable important à la prolongation de la vie des salariés dans de bonnes conditions.

Il apparaît que la création d'un cinquième risque de sécurité sociale dédiée à la dépendance, risque spécifique, serait susceptible d'assurer un financement obligatoire collectif, et une plus grande cohérence des dispositifs existants.

Pour le groupe de la CFE-CGC, le pilotage de ce risque par la sécurité sociale permettrait un traitement équivalent sur l'ensemble du territoire et les CRAM pourraient assurer un relais sanitaire et social.

En tout état de cause, notre groupe ne peut envisager que ce risque soit financé par l'assurance privée. Tout le monde doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge !

Financer le plan contre la maladie d'Alzheimer par la franchise médicale semble mal adapté aux réalités. Un financement conçu sur la solidarité nous semble plus approprié. Le groupe de la CFE-CGC revendique depuis plusieurs années la création d'une cotisation sociale sur la consommation.

Enfin, concernant le dépistage des maladies neuro-dégénératives, il faut, pour en limiter l'augmentation, rechercher une meilleure efficacité des acteurs de la prévention .

Le groupe de la CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

Le groupe de la CFTC approuve naturellement l'avis qui lui a été proposé.

Il tient toutefois à apporter quelques précisions sur les positions qu'il défend.

L'approche qui a prévalu à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie était bien fondée sur la solidarité. La création d'une cinquième branche ne doit en aucun cas remettre en cause cette solidarité. Une évolution ne peut donc conduire par exemple à différencier les maladies entre celles qui peuvent être prises en charge par la solidarité et celles qui devraient rester à charge de la personne ou couvertes par un système assurantiel. Cette discrimination serait la porte ouverte à d'autres tout aussi graves et à l'explosion du système de protection sociale en France.

Le jour de solidarité destiné à financer l'APA pose de gros problèmes. Il s'inscrit dans une dérive inacceptable : payer l'impôt par le travail non rémunéré, il est inégalitaire et ses conséquences sont ubuesques. Le groupe CFTC demande son abrogation et l'intégration de cette mesure dans le chantier du financement de la protection sociale.

Le gouvernement a saisi le Conseil économique et social, ceci exclu la possibilité de faire naturellement des annonces, avant la publication de l'avis.

Le principe de nouvelles franchises de remboursement sur les médicaments pour le financement de la recherche sur la maladie d'Alzheimer pose également de graves problèmes. Cela va pénaliser les gens les plus malades, quel que soit leur niveau de revenu. Cette mesure, qui n'a guère de justification apparente autre que le besoin d'argent, s'ajoute à de nombreuses autres tout aussi peu lisibles. Le financement de la recherche sur les maladies neuro-dégénératives doit s'inscrire dans une démarche lisible et pérenne du financement de la recherche médicale.

Ces positions n'affectent pas l'avis qui lui a été proposé, c'est pourquoi le groupe CFTC a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Comptant pour moins de 10 % de la population il y a un demi-siècle, les plus de 60 ans en représentent aujourd'hui le cinquième, 30 % dans une vingtaine d'années. L'espérance de vie en bonne santé progressant plus vite que l'espérance de vie, on assiste à une réduction de la durée moyenne de vie en dépendance. Cela étant, même si le taux de dépendance se réduit, le nombre absolu de personnes âgées en perte d'autonomie devrait augmenter.

Sur ces bases, l'avis précise bien l'enjeu que représente la prise en charge de la perte d'autonomie. Enjeu humain en premier lieu, enjeu politique ensuite : *« La prévision des coûts dépendra davantage de choix politiques sur le niveau quantitatif et qualitatif des services à apporter aux personnes âgées »*

dépendantes que de données démographiques » souligne le rapport Gisserot. Et enfin, enjeu économique : les retraités sont un des moteurs du développement de la société, ils ne sont pas qu'un coût. Leur consacrer la part des richesses qui leur revient pour vivre dignement et être pleinement intégrés, dans leur diversité, c'est un choix de société.

L'avis est original parce qu'il adopte une vision globale de la personne âgée.

- Il revient très clairement sur le défi démographique comme enjeu de société et souligne la richesse et le progrès que représente l'allongement de la durée de la vie. Il rappelle cependant que des inégalités subsistent. Non seulement les ouvriers ont l'espérance de vie la plus courte (sept ans de moins que les cadres), mais ils risquent une incapacité plus longue ! Sur ces deux plans, l'amélioration est sensible pour tous, mais les écarts entre les groupes n'ont pratiquement pas changé.
- Il souligne la nécessité pour les personnes âgées de pouvoir choisir, comme n'importe quel citoyen, son mode de vie et les efforts que la société doit fournir pour cela. Il approfondit la nécessité de diversifier les offres en fonction de l'évolution de la personne âgée elle-même. Il insiste sur la nécessité de personnels qualifiés et d'équipements adaptés, en nombre suffisant.
- Il insiste sur la prévention tout au long de la vie. Cela implique que la société tout entière prenne conscience que l'avenir d'une personne âgée se construit depuis l'enfance et réside dans son rapport aux autres et à la société. Ensuite, il est impératif que l'ensemble des personnels, médical, paramédical, hospitalier ou médico-social, ainsi que les familles, soient formés à la prise en charge gériatrique.
- De même, l'avis pointe les inégalités dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Trop souvent, le total de l'aide accordée est plus fort pour les revenus élevés que pour les bas revenus. Tous les dispositifs qui accroissent les inégalités doivent être proscrits ainsi des franchises médicales proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.
- L'avis recommande une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs de secteur sanitaire et social qui prennent en charge une personne âgée et prône l'évolution de leurs pratiques. Il est donc indispensable, pour décharger les familles, trop souvent sollicitées, et pour une prise en charge de bonne qualité, de réfléchir à de nouveaux métiers, formés et qualifiés qui soient en mesure de coordonner l'ensemble du champ.

L'avis pointe le niveau souvent insupportable du « reste à charge » pour les familles. C'est pourquoi nous pensons que la sécurité sociale **doit** rester l'outil de solidarité nécessaire à la prise en charge de la perte d'autonomie qui doit être financée par la solidarité intergénérationnelle.

L'avis préconise de renforcer le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA. Nous pensons que nous devrions plutôt travailler à une dynamique de complémentarité, une nouvelle façon de travailler ensemble entre les diverses institutions qui financent, sous le pilotage unique de la sécurité sociale. Outil de solidarité et de démocratie, elle permet aux représentants des salariés et des usagers de veiller au bon usage des ressources, à l'égalité de traitement de tous les usagers et au libre accès à l'ensemble des prestations.

Dans le même temps, il est impératif de trouver de nouveaux financements pour faire face à ces nouveaux besoins. C'est le sens de la saisine qu'a adressée M. le Premier Ministre au Conseil économique et social. Ce travail doit être l'occasion de réfléchir à l'ensemble du financement de la protection sociale.

Pour la CGT, la prise en charge de la perte d'autonomie par la sécurité sociale est un enjeu de société, son financement par la solidarité nationale également.

Le groupe de la CGT a adopté l'avis

Groupe de la CGT-FO

Dans le prolongement de l'avis présenté par Maurice Bonnet en 2004 sur la prise en charge collective des personnes en situation de handicap, la section des affaires sociales a élargi la réflexion en analysant l'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins.

L'épisode de la canicule de 2003 est encore présent dans nos mémoires : il nous rappelle que nous avons, collectivement, sous-estimé la problématique du vieillissement et ses conséquences pour l'ensemble de notre société.

Si l'avis met l'accent sur les systèmes de santé, il est utile de souligner qu'au-delà de ce dossier très lourd, il ne faut pas négliger les aspects liés au transport, au logement, à la solitude, et plus encore, à la faiblesse des revenus d'un grand nombre de retraités.

L'intérêt porté par le Président de la République et le gouvernement à la lutte contre la maladie d'Alzheimer rejoint la préoccupation du Conseil économique et social.

Le groupe Force ouvrière souhaite que cet avis trouve une traduction dans le projet annoncé par les pouvoirs publics.

Il faut une prise en charge efficace de ce fléau, qui altère la personnalité des malades et déstabilise les familles.

L'importance de la prévention soulignée dans l'avis renvoie à la nécessité de réduire les risques liés à l'activité professionnelle.

Force ouvrière soutient cette préconisation. Mais, dans l'immédiat, la question majeure et régulièrement pointée concerne le financement de la dépendance.

Pour Force ouvrière, il faut sortir du bricolage. Or, la perspective de récupérer une partie des franchises pour renflouer la recherche médicale et alléger ce qui reste à la charge des familles s'inscrit dans cette pratique du ravaudage permanent.

Si elle était adoptée, cette piste contribuerait à rendre le système encore plus complexe et plus fragile. Et ne réglerait pas le problème de fond.

L'avis a le mérite d'avoir, dans un premier temps, établi un constat, en réalité des constats, car de ce point de vue, les nombreuses auditions sur un sujet aussi sensible auront permis à la section d'identifier les enjeux et de recenser des priorités.

Ainsi, le développement des filières gériatriques : celles-ci sont plus que jamais nécessaires à la réhabilitation physique et psychique de la personne âgée dans le cadre de soins appropriés.

Sans reprendre les enseignements du rapport commandé par Xavier Bertrand et Philippe Bas intitulé *Un programme pour la gériatrie*, le groupe Force ouvrière privilégie tout ce qui peut permettre à la personne victime d'une rupture à l'occasion d'une hospitalisation de retrouver rapidement son autonomie, et lorsque cela est faisable, d'accélérer son retour à domicile.

Cela passe bien évidemment, par une revalorisation des métiers du secteur en termes de salaires, de formation et de conditions de travail.

Cette réflexion conduit à rappeler l'exigence du groupe FO de voir la dépendance rattachée à la sécurité sociale.

Donner la possibilité à la personne âgée, en situation de dépendance d'accéder à des établissements spécialisés, sous-tend d'en augmenter le nombre mais aussi, d'en réguler les coûts pour permettre l'accès des plus démunis. C'est une question d'égalité, tant pour les intéressés, que pour les familles.

À juste titre sont évoqués les risques de disparité d'un département et d'une région à l'autre.

Le groupe Force ouvrière partage cette crainte de voir se creuser les inégalités au regard, d'une part, de la répartition géographique des infrastructures, de l'autre, des dotations en personnel qualifié. Il est temps de résoudre ces zones d'ombres au travers d'une véritable évaluation de l'offre par rapport à la demande. On est capable de calculer les besoins de financement à l'horizon 2050 en matière de retraite, pourquoi sur ce dossier, on ne peut plus sensible, ne serait-on pas en mesure d'estimer nos engagements et de prendre les décisions qui s'imposent ?

Le groupe partage totalement le point de vue selon lequel il y a une relation entre solidarité collective et allongement de la durée de vie.

En effet, si cette question reste liée à l'évolution du pouvoir d'achat des personnes âgées, elle pose celle du financement de la protection sociale.

Il y a urgence d'en simplifier les circuits pour les rendre cohérents. Le groupe Force ouvrière souscrit à cette exigence de clarification de ce qui doit relever du financement propre de ce cinquième risque regroupant le handicap et la dépendance.

On ne peut se satisfaire aujourd'hui des seuls transferts de la Caisse nationale d'assurance maladie et de la vieillesse pour assurer la couverture d'un risque qui ne peut être détaché des principes de solidarité.

Le transfert de ce risque à l'assurance privée serait dramatique.

Cela aggraverait, inévitablement, les inégalités et créerait des discriminations que FO ne saurait cautionner.

L'avis a le mérite de poser en termes clairs le défi social représenté par le vieillissement démographique, sans pour autant exclure les différentes pistes de réflexion qui doivent conduire à la prise de décision.

Pour cette raison, le groupe Force ouvrière a voté l'avis.

Groupe de la coopération

En 2020, quatre millions de Français auront plus de 80 ans. Ce travail a permis d'aborder l'ensemble de la problématique avec ses implications humaines et médicales, son impact en termes d'infrastructures et finalement ses répercussions sur l'organisation générale de la société. Une feuille de route a été dressée en identifiant trois grands domaines : la recherche, la prévention et la prise en charge. Le groupe de la coopération soutient l'ensemble des propositions et insiste plus particulièrement sur quelques points.

Tout d'abord, les « aidants » : pour le président de France Alzheimer de la Sarthe « *une personne malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide* » ; près de 8 000 personnes y sont atteintes par la maladie et 70 % des conjoints consacrent plus de six heures par jour à la personne malade. Le groupe soutient les propositions de l'avis qui visent à développer pour les « aidants » les lieux d'accueil, d'échanges et de soutien. La mise en place d'un congé de soutien familial depuis avril dernier va dans le bon sens et le groupe pense qu'il faut réfléchir à son financement.

Ensuite, les personnes fragilisées : un effort particulier doit être entrepris en direction des « sans domicile fixe », des chômeurs de longue durée et des personnes ayant exercé des emplois pénibles, afin de lutter concrètement contre les inégalités en matière d'espérance de vie.

Il faut aussi faciliter le maintien à domicile, ce qui suppose la convergence des volontés politiques locales dans différents secteurs : le logement, les transports, le commerce de proximité, etc. L'avis souligne la particularité des transports sanitaires qui permettent aux personnes âgées d'être toujours mobiles et insiste sur l'intérêt du statut de la société coopérative d'intérêt collectif

(SCIC), qui permet des multi partenariats entre les acteurs eux-mêmes, les collectivités locales et leur client. Les coopératives de consommateurs s'impliquent pour assurer le maintien des commerces de proximité qui sont essentiels au quotidien des plus âgés, notamment en zones rurales.

Sans oublier la formation des médecins généralistes, des personnels sociaux et paramédicaux qui agissent dans le secteur gériatrique : le médecin généraliste exerce en effet un rôle « pivot » Le temps qu'il peut passer à l'accompagnement des plus âgés doit également être pris en compte.

Enfin, le développement de la prévention passe par un effort accru en termes de recherche. Nous soutenons l'initiative gouvernementale de faire de la recherche sur la maladie d'Alzheimer une priorité nationale et nous soutenons l'idée que cette grande cause concerne toutes les pathologies neuro-dégénératives.

L'avis pose donc les « fondements » pour le grand chantier de la prise en compte du vieillissement dans notre pays. Il reste maintenant à réfléchir et à faire des choix sur son financement, ce sera l'un des points de débat dans le cadre de la saisine sur le financement de la protection sociale. Mais l'avis rappelle aussi fort justement que l'allongement de la durée de la vie représente une source de croissance et de développement potentiel et constitue une conquête majeure des sociétés développées.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Groupe des entreprises privées

Le groupe des entreprises privées tient avant toute chose à féliciter la section et le rapporteur pour la densité de ses travaux sur l'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins, phénomène majeur que notre société se doit dès à présent d'anticiper.

Cet impact, en particulier du fait du quasi-doublement de la population âgée dépendante dans les dix prochaines années, ne peut se réduire à une simple question technique.

Les moyens que notre pays mobilisera découleront nécessairement de choix de société engageant notre politique économique et sociale et c'est pourquoi le groupe des entreprises privées y sera très attentif.

Le rapporteur nous semble faire le bon diagnostic lorsqu'il souligne la nécessité d'opérer certains redéploiements, en particulier au niveau des dépenses hospitalières, mais aussi la nécessité de cibler des priorités, en l'occurrence de concentrer les efforts de la solidarité nationale sur les familles aux revenus et patrimoines les plus modestes, ainsi que sur les patients les plus dépendants.

Pour financer ces nouveaux besoins, nous tenons tout particulièrement à ce que, à côté de l'effort de solidarité nationale, soit encouragée et valorisée une société de responsabilité, une société où les individus et les familles seront en capacité de mieux prévoir et de se couvrir contre la charge induite par les effets de l'allongement de la durée de vie.

De manière plus ponctuelle, le groupe des entreprises privées souhaite faire part de sa réserve s'agissant d'une proposition bien précise : l'éventuelle rémunération par les employeurs du récent congé de soutien familial. Au regard notamment des difficultés que son développement pourrait entraîner pour l'organisation du travail, spécialement dans les petites entreprises, cette question complexe devrait faire l'objet d'une réflexion plus approfondie.

Nous excluons bien entendu toute nouvelle forme de prélèvement pour financer ces dispositifs.

Compte tenu de ces réserves, le groupe des entreprises privées s'est abstenu.

Groupe des entreprises publiques

Le projet d'avis qui nous est présenté est important et il cache en fait un travail encore plus approfondi, nourri de nombreuses auditions et fiches thématiques, sur tous les aspects de la question. À partir de cette somme de travaux, le texte s'engage résolument sur des pistes trop souvent négligées ou nouvelles :

1. **La prévention**, qui passe souvent en dernier, parce que c'est à long terme et moins spectaculaire que les actions immédiates, est ici mise en exergue avec courage, que ce soit dans le domaine personnel ou professionnel. De plus, l'avis complète notre vision habituelle des trois stades de prévention par un aspect très humain et nouveau, celui de la vision globale de la personne âgée et du comportement de « bien traitance » qui doit en découler désormais : on ne peut plus faire comme si on ne savait pas...

2. **L'organisation et la spécialisation de la gériatrie** sont bien mises en évidence comme une priorité du système de santé français, à l'hôpital comme à domicile. Cette spécificité doit devenir une spécialité à part entière et bénéficier des moyens nécessaires. À ce titre, notre groupe tient à rappeler, comme il le fait régulièrement, que cela ne signifie pas automatiquement des moyens supplémentaires, mais des redistributions offrant des opportunités nouvelles, par exemple pour les petites unités hospitalières, qui trouveraient là une « niche » tout à fait adaptée et offriraient des coûts compétitifs.

3. **Le souci de favoriser le maintien à domicile**, dans le respect des personnes et de leur entourage, est un autre axe fort de l'avis. Il suppose de développer résolument les systèmes d'aides et de soins à domicile, ainsi que l'aide aux « aidants ». Tout cela est sans aucun doute une source d'emplois, y compris qualifiés, considérable, d'ailleurs identifiée dans le précédent avis sur les services à la personne et confortée depuis par toutes les études en la matière. Bien entendu, cela suppose aussi des formations, des qualifications et des aménagements divers, pour lesquels les idées ne manquent pas et qui doivent rassembler de nombreux acteurs. La coordination n'est pas le moindre des aspects à développer.

4. **Le renforcement de la recherche sur la maladie d'Alzheimer** et des autres maladies neuro-dégénératives qui touchent surtout les personnes âgées, mais pas seulement, est un impératif indiscutable, récemment réaffirmé au plus haut niveau de l'État. L'espoir qu'elle suscite est en effet immense et très prometteur, selon les témoignages des scientifiques recueillis durant la préparation de cet avis. Il n'y a plus de temps à perdre, et heureusement les équipes de recherche publiques et privées sont prêtes à s'emparer activement du sujet.

Reste la question douloureuse : celle du financement !

Le groupe des entreprises publiques considère que le Conseil économique et social n'a fait qu'effleurer le sujet, laissant généreusement la place à un nouvel avis ! Il ne faut pas trop rapidement affecter au seul objet du financement de la dépendance toute autre disposition existante, fiscale ou sociale notamment, qui a d'autres raisons d'être à l'origine... Et oublier les précédents avis du même coup... Ce qui n'empêche pas de juger de l'efficacité des dispositifs et de les faire mieux coïncider avec les objectifs d'aujourd'hui, si nécessaire, bien sûr !

Le groupe des entreprises publiques a voté le projet d'avis.

Groupe de la mutualité

L'allongement de la durée de vie est à l'évidence un progrès considérable, même si les moyennes dissimulent de grandes inégalités qui sont souvent la conséquence d'un cumul de situations défavorables tout au long de la vie. L'impact de cette évolution sur la société nécessite des adaptations majeures qui ne doivent pas être réduites à une simple équation financière. Il faut insister, comme le rappelle le rapporteur, sur le fait que les années gagnées s'accompagnent d'une diminution de la durée de la dépendance. Certes, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter en valeur absolue mais ce défi ne doit pas être perçu qu'en termes de contrainte, il est aussi une opportunité pour adapter notre société à des besoins nouveaux. Il convient pour y parvenir de dresser un constat lucide, qui exclut toute dramatisation, parfois instrumentalisée comme lorsque l'on évoque l'affectation à la lutte contre la maladie d'Alzheimer du produit d'éventuelles franchises, un constat donc qui s'appuie sur la réalité

plutôt que sur les représentations d'une vieillesse synonyme de déchéance, ce qui n'est pas une fatalité.

Les changements démographiques auxquels nous devons faire face ont de nombreuses conséquences, en termes d'organisation sociale, familiale, de solidarités intergénérationnelles ou d'inégalités patrimoniales. Pour le groupe de la mutualité il est essentiel de ne pas réduire le débat sur l'impact de l'allongement de la durée de vie à la seule dépendance et de ne pas traiter cette dernière sous le seul angle financier.

L'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale est une préoccupation constante de la Mutualité française, mais le constat doit être bien posé. Le récent rapport de Mme Hélène Gisserot, comme les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie permettent de mieux appréhender l'impact financier du vieillissement et de la dépendance.

Mme Hélène Gisserot estime que le rythme d'augmentation potentiel du PIB permet d'absorber les coûts liés à l'évolution démographique. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère que la part du vieillissement dans l'augmentation des dépenses de santé est de l'ordre de 0,7 point par an. Une simple comparaison des sommes en jeu démontre que les inquiétudes financières relèvent davantage de notre incapacité à résorber les déficits de l'assurance maladie et de notre propension à reporter des dépenses, dont l'utilité n'est pas toujours avérée, sur les générations futures, qu'au coût prévisible de la dépendance.

Si la dimension financière devait conduire à négliger la réflexion sur l'organisation de la réponse en amont, nous risquerions fort de nous retrouver dans une situation que nous connaissons bien dans le monde sanitaire : solvabiliser une offre inadaptée aux besoins avec des déficits et une insatisfaction croissants.

Les réponses aux conséquences du vieillissement doivent être graduées et adaptées. Elles doivent prendre en compte de nombreuses dimensions, transport, aménagement du territoire, logement, « structures de répit » pour l'entourage, équité, dignité enfin.

C'est en inventant des réponses à de nouveaux besoins - de nombreuses pistes ont été explorées dans notre avis sur les services à la personne - en repensant l'organisation des interventions existantes que nous répondrons à ce défi, plus qu'en nous focalisant sur la solvabilisation.

Comment se satisfaire du nombre d'hospitalisations inappropriées de personnes âgées faute de structures adaptées ? Cette situation est inacceptable, tant en termes de qualité de la prise en charge que de coût pour la collectivité. Alors que la démographie est le seul domaine qui permette d'appréhender avec peu d'incertitude sur les tendances à moyen et long terme, peut-on continuer à raisonner sans intégrer l'évolution rapide des différentes générations ? Si aujourd'hui, la génération qui entre dans le troisième âge cumule les situations favorables en terme de durée de carrière, de revenus, de patrimoine, il n'en sera

pas de même demain. Face à ce constat, rien ne serait plus grave que d'entretenir l'illusion qu'une réponse financière suffit face au défi du vieillissement. C'est l'organisation de notre société qui est interrogée, l'emploi des seniors, les solidarités familiales, de voisinage, intergénérationnelles, l'aménagement du territoire, le logement, les transports, ...l'organisation des soins.

C'est le sens de la réflexion de la mutualité sur l'instauration d'un véritable parcours de santé qui ne se limite pas aux réponses ponctuelles face à une pathologie avérée. L'éducation à la santé, la prévention, le soin porté à l'entourage, le conseil font partie de ce parcours de santé.

Ce n'est qu'après cette première étape dans la construction d'une réponse globale, à laquelle la mutualité apportera toute son expérience née de l'articulation de ses interventions sanitaires et du développement des services à la personne, que pourra s'ouvrir le débat sur le partage entre financement collectif et recours à l'assurance individuelle ou à l'épargne. La mutualité participera à ce débat, mais il ne faut pas qu'il précède et donc se substitue à celui sur la nature des réponses à apporter.

C'est le sens de l'avis proposé par Michel Coquillion, que le groupe de la mutualité approuve et qu'elle a voté. L'avis nous invite à un changement de regard sur les personnes âgées. C'est un impératif de solidarité, de dignité, mais aussi le gage d'une réponse efficace. L'évolution démographique qui se dessine est l'occasion d'une réflexion sur la nature des réponses collectives, la responsabilité de chacun, la répartition des efforts en tenant compte de l'ensemble des transferts, fiscaux et sociaux sans oublier la composante patrimoniale.

C'est ainsi que la réponse apportée aux conséquences du vieillissement et à la prise en charge de la dépendance peut aider à l'évolution d'une protection sociale qui saura s'adapter aux besoins nouveaux, plutôt que de continuer à réduire les questions sociales à leur seule dimension financière, occultant ainsi les débats de fond et justifiant tous les immobilismes.

Groupe de l'Outre-mer

La création en 2004 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a constitué une avancée dans l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la « perte d'autonomie » des personnes âgées dont l'impact de l'avancée en âge a été longtemps considéré comme relevant de la sphère privée. En 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans passera de 5 à 10 millions ; cependant, l'accroissement de la proportion de personnes âgées ne signifie pas pour autant un accroissement proportionnel de la dépendance et des charges qui y sont associées ; il est donc possible de faire en sorte de vivre plus longtemps et de vieillir en bonne santé jusqu'à des âges avancés.

Le groupe de l'Outre-mer est d'autant plus sensible à cette réflexion que la part importante des jeunes, dans les populations ultramarines, conduit à être particulièrement attentif aux problèmes liés au vieillissement.

Il souscrit aux différentes préconisations de l'avis parce qu'il vise à placer la personne âgée et sa famille au centre du dispositif de prise en charge de la dépendance en veillant à réduire les inégalités sociales et territoriales face au vieillissement.

Une vieillesse de qualité se prépare dès le plus jeune âge. Il est donc important de favoriser les actions dans les domaines de la nutrition et de l'exercice physique et d'informer sur les comportements qui peuvent hypothéquer gravement la qualité du vieillissement.

La famille se situe en première ligne pour aider et prendre soin des personnes âgées. Les solidarités intra-familiales n'ont pas disparues, elles s'expriment au contraire de manière renouvelée et selon des modalités qui ne correspondent plus à un modèle unique. L'offre de service à domicile permet aux aidants de concilier leur soutien à un proche avec leur vie familiale, professionnelle et personnelle ce qui correspond à une forte demande des personnes âgées et de leur famille.

Le groupe est attaché au scénario du libre choix entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement ainsi qu'aux différentes formes d'accueil temporaire qui présentent le double avantage de soulager les aidants familiaux et de préparer progressivement la personne âgée à intégrer une structure. La transition harmonieuse dans la prise en charge entre le domicile, l'établissement et l'hôpital, passe par la mise en place d'une véritable filière gériatrique, intégrant une amélioration de l'accueil en milieu hospitalier, le développement des accueils de jour et la coordination de l'ensemble des services.

La question qui se pose alors est celle de la répartition des charges de financement des différents services entre les familles et la collectivité et la clarification des dépenses qui relèvent de l'assurance maladie et de la perte d'autonomie.

La simple stabilité des ressources ne suffira pas à financer l'effort qualitatif et quantitatif attendu dans les prochaines années dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Le scénario du libre choix ne sera rendu possible que s'il est accompagné par un financement supplémentaire et un allongement de la vie active qui pourrait être facilité notamment par l'amélioration des conditions de travail.

Afin de mieux structurer et de pérenniser la prise en charge de la dépendance, la CNSA doit être placée en position de pivot.

L'ensemble des mesures préconisées dans l'avis vise à éviter que la progression de l'espérance de vie ne s'accompagne d'un creusement des inégalités sociales et des disparités territoriales en matière de longévité et de qualité de vieillissement. Le groupe de l'Outre-mer y est très sensible et remercie le rapporteur pour son excellent travail.

Il a voté l'avis.

Groupe des personnalités qualifiées

Mme du Roscoät : « Je remercie le rapporteur de nous avoir permis d'approfondir, par des auditions très intéressantes, ce qui est devenu un problème majeur de notre société : comment faire face, dans de bonnes conditions, à l'allongement de la durée de la vie.

J'aurais souhaité un côté plus optimiste de cet avis, car bien vieillir est une chance, il ne faut pas l'oublier, malgré la médiatisation actuelle de maladies liées au grand âge, telle celle d'Alzheimer. Le volet recherche est faible, le financement absent mais heureusement, il fera l'objet de la saisine gouvernementale sur la protection sociale.

Les progrès de la médecine et de la qualité de vie font que nous vivons de plus en plus vieux et heureusement souvent en bonne forme jusqu'à un âge avancé. Parallèlement depuis plus de 25 ans la démographie de notre pays n'assurerait plus, jusqu'à une époque récente, le renouvellement des générations.

En 1985, j'écrivais déjà « *Dans un premier temps, la dénatalité donne l'illusion de coûter moins cher à la Nation. Mais, en matière de natalité, les économies de bout de chandelles peuvent créer de grandes catastrophes. L'ignorer aujourd'hui c'est déjà en accepter les conséquences demain* ». Demain, nous y sommes !

Deux objectifs sont à atteindre simultanément : prévoir l'après demain en aidant les familles à avoir un nombre suffisant d'enfants qui prendront la relève le temps venu, et en même temps, prendre les mesures objet de ce dossier. L'un ne doit pas se faire sans l'autre sous peine de reporter en l'amplifiant le problème tel un effet boule de neige.

Je me cantonnerai aux remarques concernant une grande partie des femmes « oubliées » du « baby boom », appelées à aider leurs parents, phénomène qui se marginalisera sans doute dans le temps mais qui revêt aujourd'hui une réelle importance.

La famille, et je le regrette, n'est plus envisagée aujourd'hui que dans la fugacité des rapports parents-enfants. La multiplication des familles nucléaires - père, mère, enfants - a conduit à l'abandon des parents âgés à la solidarité collective, souvent par impossibilité matérielle de les prendre en charge. Aussi l'aide aux aidants est-elle, à mon avis, primordiale.

Le maintien à domicile le plus longtemps possible n'est il pas le choix que nous prendrions pour nous mêmes ? Il faut le favoriser mais ne nous cachons pas la réalité, c'est aux femmes qu'incombent le plus souvent les deux missions précitées, objets de l'avenir de notre société : avoir deux à trois enfants et une fois ceux ci élevés, ce sont ces mêmes mères qui deviennent les « supports » de leurs parents parfois à un âge ou elles pourraient légitimement aspirer à un peu de repos.

Félicitons-nous des études visant à soulager les aidants, ainsi que des plans mis en place, tel le congé de soutien familial institué par le gouvernement en avril dernier. L'avis va plus loin en préconisant d'indemniser ce congé. Remarquons que tout tourne autour du travailleur.

Or, si l'évolution de la société fait qu'aujourd'hui presque toutes les femmes travaillent, il n'en a pas toujours été ainsi, beaucoup de femmes âgées de 50 à 65 ans ont fait le choix de ne pas travailler et d'élever un nombre souvent plus important d'enfants. Ceci se constate dans tous les milieux sociaux. Elles ont largement participé à ce que la démographie ne s'effondre pas plus encore, n'ont pas de retraite et peuvent légitimement s'angoisser pour leur avenir. Serait-il juste qu'elles soient à nouveau mises à l'écart des mesures, notamment financières, proposées dans ce rapport ?

Maintenir une personne à domicile nécessite, sans aucun doute une certaine technicité, un savoir faire sur le plan médical et paramédical et je comprends fort bien qu'une « niche d'emplois » soit appréciée et privilégiée. La société est prête à soutenir cet effort collectif : qu'en sera le coût ? Il faut néanmoins, chaque fois que cela est possible, privilégier les liens affectifs intergénérationnels. Il est de notre devoir de prendre en compte l'aidant familial quel qu'il soit.

Il en va de la justice, de l'efficacité et du bonheur de la personne âgée dépendante.

Cette idée n'a pas été reprise, c'est pourquoi je m'abstiendrai sur ce rapport.

Par contre, je suis heureuse que notre Conseil puisse se pencher sur le financement de la protection sociale, car, contrairement à ce que j'ai cru entendre, nous n'avons pas discuté des différentes modalités de financement. Toutes les pistes restent donc ouvertes ».

Groupe des professions libérales

L'allongement de la durée de vie de nos concitoyens est un sujet capital. Chacun est heureux de vivre de plus en plus longtemps, d'être jeune de plus en plus vieux. Au niveau collectif, également, l'effet positif est notable : comme a pu le montrer l'OMS, l'allongement de la durée de vie est davantage un prédicteur de la croissance économique qu'un facteur de déclin. Nous devons nous réjouir de ces constations. Il faut cependant que cette vie plus longue se passe dans les meilleures conditions et élaborer le plus tôt possible les mesures qui répondent à cette exigence. Ces données, objets parfois d'inquiétudes, doivent être intégrées efficacement et dès maintenant dans l'élaboration des différentes politiques si l'on veut préparer l'arrivée dans le grand âge, vers 2030, des générations nombreuses du baby-boom. Ce à quoi précisément incite l'avis.

Le groupe des professions libérales approuve l'approche et le contenu de cet avis fortement axé sur la prévention dans sa triple dimension physique, psychologique, et sociale. Il est impératif que tous les acteurs s'approprient une véritable culture de la prévention.

Les professionnels libéraux se sont engagés dans cette nouvelle culture d'une attention particulière portée aux personnes âgées. Ils sont concernés au premier chef dans cette nouvelle politique, et, en premier lieu, les professionnels de santé. Le médecin généraliste, par ses relations de confiance avec le patient, est le pivot d'une vraie politique de prévention. Il faut donc confirmer son rôle, identifier son activité et organiser sa formation. Il pourra assurer auprès des personnes âgées une politique de prévention des maladies neuro-dégénératives. Dans ce cadre, le groupe des professions libérales est favorable à la mise en œuvre de la consultation gratuite de prévention, pour toutes les personnes atteignant l'âge de 70 ans, instituée par la loi sur le financement de la sécurité sociale 2007. Lorsque le diagnostic de la maladie est posé, pour prévenir et traiter le handicap, le médecin généraliste, en raison de son contact régulier avec la famille, est bien placé pour aider celle-ci dans les choix décisionnels.

De tout ceci découle la nécessité d'une formation médicale initiale adaptée pour les médecins généralistes, orientée vers la gériatrie, les maladies neuro-dégénératives, en particulier, la maladie d'Alzheimer, et prenant en compte l'environnement social de la personne.

Au cours des dernières années, le développement de la médecine d'organe a fait disparaître l'approche globale du patient, encore plus indispensable chez le sujet âgé souvent poly-pathologique. Il faut donc favoriser le développement de la gériatrie à trois niveaux : augmentation du nombre de gériatres, développement des services hospitaliers dédiés à la gériatrie, plus particulièrement des services courts de gériatrie qui devraient aider à résoudre le problème des urgences, enfin formation à la gériatrie de l'ensemble des professionnels de santé.

Il faut, en outre, assurer une continuité entre les différents temps et lieux de vie, éviter à tout prix qu'une hospitalisation n'engendre une perte d'autonomie, encourager la création d'unités mobiles de gériatrie dans les hôpitaux, et enfin favoriser le développement des filières gériatriques.

Outre le monde de la santé, d'autres professionnels libéraux sont impliqués :

- les architectes qui, au-delà de la conception technique pour rendre possible le maintien des personnes dans leur domicile, imaginent des lieux de vie et de rencontre ;
- les avocats, chargés de conseiller et d'assister les familles devant les tribunaux lorsque des décisions de curatelle ou de tutelle s'avèrent nécessaires.

Sur l'aspect du financement, l'avis reste très prudent et ouvert à de futurs travaux plus approfondis comme la récente saisine sur le financement de la protection sociale. Il ne fait guère de doute que, dans un premier temps, au moins, les dépenses augmenteront en raison, notamment, des besoins concernant l'offre de soins dans les hôpitaux et la recherche sur les maladies neuro-dégénératives, pour lesquelles est nécessaire un financement lisible et pérenne.

S'il est légitime de concentrer la recherche sur la maladie d'Alzheimer, il ne faut pas pour autant oublier d'autres problèmes majeurs liés à d'autres maladies neurologiques : notamment celui de la prise en charge des autistes devenus adultes. Il n'existe pas en France, actuellement, de structures publiques adaptées pour adultes ; le seul choix est celui de l'hôpital psychiatrique. Cet équilibre de financements devra aussi tenir compte des parts légitimement dévolues aux autres champs sanitaires importants tels que les affections cardio-vasculaires et les pathologies cancéreuses.

Si c'est d'abord à la solidarité collective de prendre en charge les conséquences financières de l'allongement de la durée de la vie, l'avis ne nous semble pas assez insister sur la part nécessaire de la responsabilité individuelle et le développement indispensable et concomitant de l'assurance privée.

En conclusion, l'accroissement inéluctable des dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance doit être vu non pas comme un processus à perte, mais comme un investissement économique et surtout humain. Sachons y voir l'accès à un certain niveau de développement où la santé et la dignité des personnes sont reconnues à leur juste valeur. Convaincu que cet avis sera utile aux acteurs concernés pour réfléchir et définir des stratégies d'actions face au défi démographique nouveau qu'il faut relever, le groupe des professions libérales a voté l'avis.

Groupe de l'UNAF

L'allongement de la durée de la vie est une conquête majeure de l'humanité, en même temps qu'un privilège des sociétés dites développées. Cependant, la réflexion sur ce thème ne doit pas se réduire à une approche de la seule dépendance. De ce fait, le regard que nous portons sur les personnes âgées et sur leur place dans la société doit être notablement transformé, afin que les personnes concernées se sentent reconnues dans leur dignité.

En effet, être assimilé à une « charge pour la société », à un moment où on peut naturellement s'interroger sur son rôle social, est souvent douloureusement vécu. Or, l'organisation du système d'aides et de soins, les principes qui le sous-tendent, la formation de ses personnels et les moyens dont il dispose, sont des éléments qui participent à la construction de l'image de la vieillesse et qui contribuent pour une part importante au regard porté sur les personnes âgées.

La prise en charge des personnes âgées est un sujet éminemment familial. Le groupe de l'UNAF souligne donc quelques points importants qui ont été abordés lors des conférences de la famille.

1) Tout d'abord, il est indispensable d'insister sur toutes les formes de prévention, au-delà d'une éducation à la gestion du capital santé qui doit s'enraciner dès le plus jeune âge. Cela permet de retarder les effets négatifs du vieillissement. Il importe aussi de veiller à ce que les personnes âgées soient au cœur d'un réseau relationnel porteur d'activité et de vie sociale.

De plus, en matière de prévention, le maintien en activité jouant un rôle très positif sur l'état de santé physique et intellectuelle, il est important qu'une large information soit diffusée à l'attention des retraités, sur leur rôle social, sur la transmission des savoirs en direction des plus jeunes, et sur les possibilités de bénévolat. En outre, en matière de prévention primaire, il convient de faire évoluer la grille AGGIR pour qu'elle valorise les capacités restantes plutôt que de noter les capacités perdues.

2) La formation en gériatrie de l'ensemble des intervenants est incontournable. Une culture partagée de la prise en charge de qualité des personnes âgées doit se développer et se diffuser tout au long de la chaîne de soins, à domicile comme à l'hôpital, et dans l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées.

Un des axes du plan « Solidarité grand âge » est de donner aux personnes âgées dépendantes le *libre choix* entre rester au domicile et entrer en structure d'accueil. Ce libre choix suppose de disposer d'un nombre de places suffisant en accueil temporaire ou en accueil de jour pour faire face à la demande et de mettre en œuvre des actions spécifiques. Il nous faudrait faire preuve de plus de créativité pour répondre à des besoins non encore satisfaits ou renforcer les solutions innovantes.

3) La solidarité familiale intergénérationnelle. La famille se situe en première ligne pour aider et prendre soin des personnes âgées dépendantes. Cependant, le maintien à domicile a deux limites : l'autonomie et le reste à charge pour la personne. Ce type de solidarité constitue deux enjeux pour la société : les politiques à conduire pour permettre aux aidants de concilier leur soutien à un proche avec leur vie familiale, personnelle et professionnelle ; la recherche d'une égalité homme-femme, la plus grande partie de l'aide familiale aux personnes âgées reposant encore trop sur les femmes.

4) Renforcer l'aide aux aidants familiaux représente un élément capital pour rendre réaliste la notion de libre choix. L'UNAF regrette que le congé de soutien familial, institué en avril 2007, n'ait pas été financé à ce jour. Notre groupe s'est exprimé à plusieurs reprises sur ce sujet.

5) Il convient aussi d'assurer la continuité entre domicile et établissements et d'offrir plus de structures alternatives de proximité. Les petites unités de vie sont une des réponses à la prise en charge en termes d'aides et de soins des personnes âgées. C'est pourquoi le groupe de l'UNAF rejoint les propositions de l'avis visant à penser dans ce sens les politiques d'urbanisme.

6) Concernant la prise en charge sanitaire, il convient d'améliorer l'accueil et le séjour des patients âgés à l'hôpital, notamment dans les services d'urgence. De même, il est indispensable de créer une unité mobile de gériatrie dans les hôpitaux qui pourrait contribuer de façon déterminante à l'orientation et à la prise en charge des patients âgés aux urgences. La qualité de vie en établissements est primordiale.

Renforcer l'équité et permettre à tous d'accéder à une prise en charge de la dépendance respectueuse de la dignité de la personne, maîtriser le reste à charge pour la personne âgée comme pour sa famille, et trouver de nouveaux financements constituent trois challenges de taille. Il nous incombe à tous et à la solidarité collective, de prendre en charge les effets financiers de l'allongement de la durée de la vie et à chacun d'entre nous de comprendre que l'allongement de la durée de la vie ne rime pas forcément avec vieillissement et déchéance.

En conclusion, le Conseil économique et social rejoint l'avis du Comité économique et social européen de mars 2007 qui précise : *« Le vieillissement, avec ses différents types et ses nombreuses diversités géographiques, devra faire l'objet d'études spécifiques prenant notamment en compte son impact sur la vie et la politique familiales. Celle-ci a principalement été considérée sous l'aspect des rapports parents/jeunes enfants et adolescents. Désormais, il faut également l'envisager sous l'aspect des rapports enfants/parents âgés, notamment en matière d'aménagement du temps de travail et d'aide de la collectivité ».*

Le groupe de l'UNAF s'est exprimé en faveur de l'avis.

Groupe de l'UNSA

L'UNSA partage le constat selon lequel l'augmentation de la durée de vie est de plus en plus une durée de vie sans incapacité.

Toutefois, et si le catastrophisme n'est pas de mise, il faut rapidement prendre en compte l'augmentation prévisible du nombre de personnes dépendantes. Il faudra apporter rapidement des solutions aux conséquences humaines, économiques et financières pour les familles et l'ensemble des aidants.

La prise en charge de la dépendance ne doit pas occulter la nécessité de tout mettre en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales face à la santé ; l'avis pointe justement la situation peu enviable de notre pays comparé aux autres pays européens.

La solidarité doit être étendue aux conséquences de l'allongement de la vie : les disparités sociales et territoriales relèvent de la sphère politique qu'il s'agisse des infrastructures, de l'aménagement du territoire, des moyens humains et financiers.

L'UNSA rappelle son attachement à ce que l'emploi des seniors trouve des solutions dans un changement de comportement des employeurs, ce qui n'est pas démontré après l'accord sur l'emploi des seniors qui peine à se mettre en route.

La précarité de l'emploi, le chômage, notamment de nombreux jeunes, la mise à l'écart précoce, l'impact de la pénibilité, les risques professionnels sont autant d'indicateurs qui devraient permettre de corriger la stratégie actuelle. Il convient de relancer les négociations sur la pénibilité du travail, mais il faut aussi développer une politique plus globale de prévention et d'éducation à la santé. Tout cela s'inscrit dans un choix de société.

L'avis met l'accent sur la répartition non régulée des professionnels de santé sur le territoire. Sur ce point, l'UNSA pense qu'il devrait être possible pour l'assurance maladie de refuser de nouveaux conventionnements de médecins dans les zones déjà suréquipées. Il est temps de constater que les mesures financières incitatives ne suffisent plus.

L'UNSA est favorable à la création d'un cinquième risque géré selon les principes de la sécurité sociale : solidarité, universalisme, égalité de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

Si la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) peut être un instrument de la gestion du cinquième risque, elle ne doit pas être mise en situation d'être juge et partie. Ainsi, l'UNSA ne pense pas qu'il soit sain que la CNSA procède aux grands arbitrages entre assurance maladie et dépendance. Ces arbitrages doivent rester dans la compétence de l'État et donc être du ressort du Parlement. Dans cette logique, il aurait été intéressant que la section des affaires sociales consulte la CNAM et la CNAV pour l'élaboration de cet avis.

Le débat sur le financement de la protection sociale n'est pas clos. Cet avis n'est qu'une étape qui s'inscrit dans la saisine gouvernementale d'ores et déjà transmise à notre assemblée par le Premier ministre.

L'UNSA a voté l'avis.

ANNEXE À L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....194

Ont voté pour.....168

Se sont abstenus.....26

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 168

Groupe de l'agriculture - MM. Aussat, Bailhache, Barrau, Bastian, Baucherel, de Beaumesnil, de Benoist, Boisgontier, Boisson, Canon, Cartier, Cazaubon, Chifflet, Mme Cornier, MM. Giroud, Gremillet, Guyau, Mme Lambert, MM. Lemétayer, Lépine, Marteau, Pelhate, Rougier, Sander, Thévenot, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - MM. Alméras, Dréano, Duplat, Griset, Lardin, Liébus, Martin, Paillason, Pérez, Perrin.

Groupe des associations - Mme Arnoult-Brill, MM. Da Costa, Leclercq, Pascal, Roirant.

Groupe de la CFDT - Mme Azéma, M. Bérail, Mme Boutrand, MM. Heyman, Jamme, Mme Lasnier, M. Le Clézio, Mmes Nicolle, Pichenot, M. Quintreau, Mme Rived, M. Toulisse, Mme Tsao, MM. Vandeweege, Vérolet.

Groupe de la CFE-CGC - Mme Dumont, MM. Garnier, Saubert, Van Craeynest, Mme Viguier, M. Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Coquillion, Fazilleau, Mme Simon, MM. Vivier, Voisin.

Groupe de la CGT - Mmes Bressol, Chay, Crosemarie, MM. Dellacherie, Delmas, Durand, Mmes Hacquemand, Kotlicki, MM. Larose, Mansouri-Guilani, Michel, Muller, Rozet, Mme Vagner.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bilquez, Bouchet, Mme Boutaric, MM. Daudigny, Devy, Lemercier, Mazuir, Mmes Peikert, Pungier, MM. Quentin, Reynaud, Veyrier, Mme Videlaïne.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Budin, Fritsch, Gautier, Prugue, Ségouin, Thibous, Verdier, Zehr.

Groupe des entreprises publiques - MM. Ailleret, Blanchard-Dignac, Brunel, Chertier, Duport, Mme Duthilleul.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - Mme Bourven, MM. Cariot, Clave.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Davant, Ronat.

Groupe de l'outre-mer - Mme André, MM. Kanimoa, Omarjee, Paoletti, Penchard, Radjou.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. d'Aboville, Aillagon, Aurelli, Baggioni, Mme Benatsou, M. Cannac, Mme Cuillé, MM. Decagny, Dechartre, Mmes Dieulangard, Douvin, MM. Duharcourt, Duquesne, Figeac, Gentilini, Geveaux, Mme Kristeva-Joyaux, MM. de La Loyère, Le Gall, Mandinaud, Masanet, Nouvion, Obadia, Pasty, Plasait, Roulleau, Roussin, Slama, Steg, Valletoux, Vigier.

Groupe des professions libérales - MM. Capdeville, Maffioli, Mme Socquet-Clerc Lafont, M. Vaconsin.

Groupe de l'UNAF - Mme Basset, MM. Brin, Damien, Édouard, Fresse, Guimet, Laune, Mmes Lebatard, Therry, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Duron, Martin-Chauffier.

Se sont abstenus : 26

Groupe des entreprises privées - Mme Bel, MM. Bernardin, Buisson, Creyssel, Daguin, Didier, Mme Felzines, MM. Gautier-Sauvagnac, Ghigonis, Gorse, Jamet, Lebrun, Lemor, Marcon, Mariotti, Mongereau, Pellat-Finet, Placet, Salto, Schilansky, Simon, Talmier, Tardy, Veysset, Mme Vilain.

Groupe des personnalités qualifiées - Mme Rolland du Roscoät.

DOCUMENTS ANNEXES

Document 1 : liste des personnalités rencontrées par le rapporteur

- M. Pascal Champvert, président, Association des directeurs d'établissements pour personnes âgées ;
- M. Pierre-Henri Daure, directeur, Fédération des œuvres de soins à domicile du département de la Côte d'Or ;
- Mme Marie-France Marchal, présidente, Fédération nationale des MARPA, accompagnée de Mme Anne Pinet, chargée de mission ;
- Madame Marie-Laure Martin, directrice, Maison d'accueil Mémoire +, centre d'accueil temporaire pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- Mme Françoise Nouhen, déléguée régionale Auvergne, UNCCAS ;
- M. Robert Pallu de la Barrière, vice-président, Association française des aidants familiaux, accompagné de Mme Caroline Laporte, directrice et de Mme Michèle Guimelchain-Bonnet, psychologue ;
- M. Gérard Pelhate, président de la CCMSA, accompagné de M. Pierre-Jean Lancry, directeur de la Santé ;
- M. Emmanuel Verny, directeur, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA).

Document 2 : table des sigles

AGGIR	Autonomie gérontologique groupe iso-ressource
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comités départementaux des retraités et des personnes âgées
CSG	Contribution sociale généralisée
DGTPE	Direction générale du Trésor et de la politique économique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIAPA	Fédération internationale des associations de personnes âgées
HAD	Hospitalisation à domicile
HID	Handicap-incapacité-dépendance
INVS	Institut national de veille sanitaire
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
SCIC	Sociétés coopératives d'intérêt collectif
SPASAD	Services polyvalents d'aides et de soins à domicile
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Document 3 : liste des références bibliographiques

RAPPORTS PARLEMENTAIRES ET RAPPORTS OFFICIELS

- Hélène Gisserot, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025, Prévisions et marges de choix*, rapport à Monsieur Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mars 2007.
- Michel Godet, Marc Mousli, *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*, Conseil d'Analyse économique, La Documentation française, octobre 2006.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *rapport annuel 2006*.
- Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, La Documentation française, juin 2006.
- Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, *Réduire le coût d'hébergement en établissement à la charge des personnes âgées*, rapport d'information n° 3061 présenté par Mme Paulette Guinchard, Assemblée nationale, mai 2006.
- MM. Jeandel, Pfitzenmeyer, Vigouroux, *Un programme pour la gériatrie*, rapport commandé par Xavier Bertrand et Philippe Bas, avril 2006.
- Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public particulier, Les éditions des Journaux officiels, novembre 2005.
- Commissariat général du plan, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie*, juillet 2005.
- Yvon Berland, *Démographie médicale*, Commission de la démographie médicale, rapport remis à Philippe Douste-Blazy, ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, avril 2005.

RAPPORTS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

- Yves Verollet, *Le développement des services à la personne*, n° 2007/04, janvier 2007.
- Maurice Bonnet, *Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge, des personnes âgées en situation de handicap*, n° 2004/06, février 2004.
- Guy Robert, *La prévention en matière de santé*, n° 2003/24, novembre 2003.
- Maurice Bonnet, *Les personnes âgées dans la société*, n° 2001/9, mai 2001.

REVUES

- *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6, novembre-décembre 2006.
- Revue française d'administration publique, *Les métamorphoses des politiques de santé*, École nationale d'administration n° 113.
- Revue du haut comité de la santé publique, ADSP, *Les personnes âgées en situation de dépendance*, septembre 2006, n° 56.
- Actualité et dossier en santé publique, *Les personnes âgées en situation de dépendance*, septembre 2006.
- Revue du haut comité de la santé publique, ADSP, décembre 2005-mars 2006, n° 53/54.
- *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 2005.
- *Revue française des affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre 2004.
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Dossiers solidarité et santé, *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*, n° 1, janvier-mars 2003.

OUVRAGES

- Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Éditions Odile Jacob.
- Sous la direction de Claude Martin, *La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe ?*, Éditions ENSP, 1^{er} semestre 2003.
- Michèle Frémontier, Jean-Pierre Aquino, *Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action*, Recherche et pratique clinique dans la maladie d'Alzheimer, 2002.
- Sous la direction de Florence Leduc avec Bernard Excalère, Denis Mennessier, Bernard Ennuyer, Sylviane Fior, *Guide de l'aide à domicile*, Dunod, novembre 2001.

L'allongement de la durée de la vie est une caractéristique positive de notre société qui pose cependant des défis majeurs à la solidarité entre les générations, à l'organisation médicale, sociale et familiale.

Le Conseil économique et social formule, dans cet avis, un certain nombre de propositions relatives à la prévention de la dépendance, à la recherche sur les maladies neuro-dégénératives, aux conditions d'hospitalisation des personnes âgées, à leur maintien à domicile et enfin au pilotage de la prise en charge de la dépendance.