

Journée nationale du CNRPA

ACTES

22 septembre 2011

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

Sommaire

Ouverture de la journée, p. 3

par **Sylvain DENIS**, Vice-président du CNRPA

par **Roselyne BACHELOT-NARQUIN**, Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale et

Présentation de l'organisation matérielle de la journée, p. 5

par **Thierry CASTAGNO**, Secrétaire général du CNRPA, à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

Présentation des résultats de l'enquête effectuée auprès des CODERPA, p. 6

Marie GEOFFROY et **Maud GILOUX**, membres du CNRPA

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées, p. 12

Patrick Gohet, président du Conseil national consultatif des personnes handicapées

Temps de débats et de témoignages des CODERPA, p. 15

État des lieux des travaux concernant la perte d'autonomie : information, p. 24

par **Janine DUJAY-BLARET**, membre du CNRPA

Table ronde sur l'autonomie des personnes âgées réunissant des représentants d'usagers et d'experts, avec la participation de, p. 27

Sabine FOURCADE, Directrice Générale de la Cohésion sociale

Mireille ELBAUM, professeure au CNAM

Henry NOGUES, professeur émérite à l'université de Nantes, économiste

Charles BERDER, membre du CNRPA

Jérôme GUEDJ, Président du Conseil Général de l'Essonne

Animation : **Bernard ENNUYER**, professeur associé à l'université René Descartes - Paris 5, sociologue

Conclusion, p. 46

par **Geneviève LAROQUE**, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)

Glossaire, p. 48

Ouverture de la journée

par **Sylvain DENIS**, Vice-président du CNRPA

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de cette journée du CNRPA. Je suis très heureux d'accueillir des membres aussi nombreux de CODERPA. C'est une journée où nous allons certainement échanger des choses intéressantes et je remercie tout particulièrement Mme Bachelot-Narquin d'avoir la gentillesse de venir démarrer cette journée qui y est importante pour le CNRPA. C'est la deuxième fois que vous nous honorez de votre présence. Je vous remercie de l'attention que vous portez au CNRPA qui y est extrêmement sensible.

Le sujet que nous avons prévu en mai concernait la perte d'autonomie, la dépendance. Nous avons donc organisé la matinée avec des échanges entre les CODERPA et la table ronde de l'après-midi qui sera animée par Bernard Ennuyer que je remercie mille fois pour sa participation. Mais les décisions et les conditions actuelles font que le gouvernement nous a un peu coupé l'herbe sous le pied. Je suis sûr, Madame la ministre, que vous nous apporterez quelques nouvelles, peut-être pas aussi satisfaisantes, mais au moins réconfortantes. Si vous avez été peut-être un peu déçue, nous l'avons été nous aussi car nous attendions beaucoup après ce travail important qui avait été fait. Des réunions ont eu lieu pendant le premier semestre, que vous avez vous-même animées à Paris et en province. Je crois que le CNRPA et les CODERPA se sont impliqués dans ce travail car nous y croyons. Nous pensons qu'il y a des choses importantes à faire, que cette situation ne peut pas continuer indéfiniment. Les personnes âgées, fragilisées, mais aussi les personnes handicapées méritent une attention toute particulière dans ce pays. Nous allons néanmoins traiter de ce problème ce matin avec un échange avec les membres des CODERPA pour savoir comment le problème est vu dans les départements et les régions - nous sommes effectivement en lien avec les agences régionales de santé. Nous verrons cette après-midi, au cours de la table ronde, ce qu'il conviendrait de faire, comment s'y prendre dans les mois qui viennent, quelles sont les urgences ? Que feriez-vous si vous étiez premier ministre ? Nous aurons le plaisir d'accueillir Geneviève Laroque, pour nous regonfler. Elle souhaite traiter en effet «des vieux en bonne santé !» Je vous remercie Madame la ministre de votre présence. Je vous laisse la parole.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale

Bonjour à tous et à toutes. Je suis très heureuse de participer à cette journée annuelle du CNRPA. Je sais que, comme d'habitude, cette journée sera l'occasion d'échanges extrêmement féconds. Pour cette édition, vous avez choisi de consacrer une partie de vos travaux à l'activité des CODERPA, comités départementaux des retraités et personnes âgées. J'en suis très heureuse. J'attache une attention particulière aux liens que vous pourriez nouer entre les CODERPA et entre vous et les CODERPA. Cet ancrage sur le terrain contribue à renforcer la pertinence et la légitimité de vos avis. C'est aussi une réflexion qui est lancée au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées au sujet de ces relations avec les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées. Patrick Gohet a bien avancé sur ce sujet et pourra vous faire partager ses expériences en la matière.

Réforme de la dépendance : état d'avancement. Concernant l'état d'avancement de la réforme de la dépendance : oui, nombre d'entre vous ont participé d'une manière active sur le terrain, dans les groupes d'experts, à ce grand débat national sur la dépendance, lancé par le président de la république. Vous y avez participé. Merci de votre investissement, de votre expertise, de votre capacité d'innovation. Bien sûr, certains d'entre vous ont pu exprimer leur déception entre les annonces du premier ministre sur les aspects financiers. Bien sûr, nous aurions aimé avoir des mesures financières plus lourdes mais, je veux vous rassurer : la réforme de la dépendance n'est pas arrêtée. Elle ne fait au contraire que commencer et le travail que vous avez effectué est tout à fait utile. Certes, la crise financière, le risque de dégradation de la notation de la dette de la France ont conduit le gouvernement à reporter les mesures financières les plus lourdes mais ces mesures seront mises en place dès que le contexte le permettra.

Des moyens accrus. Mais notre politique en direction des personnes âgées ne se réduit pas d'abord à la seule réforme de la dépendance. Quelques chiffres... L'effort public en direction des personnes âgées dépendantes représente plus de 25 milliards d'euros. Nous nous retrouvons au lendemain de la grande journée mondiale Alzheimer qui a été l'occasion de faire le point sur les avancées majeures - on remettait hier, lors du gala d'un institut de recherche, un prix à un chercheur anglais qui a été obligé de conclure que la France était leader mondial en ce qui concerne la recherche Alzheimer étant donné la qualité de ses chercheurs et l'ampleur de l'effort public sur ce sujet. Le plan Alzheimer, c'est 1,6 milliard d'euros qui lui est consacré. Chaque année, depuis 2007, nous ouvrons 7500 places d'EHPAD supplémentaires ; on se pose donc plutôt la question en termes qualitatifs sur notre « parc » d'EHPAD qu'en termes quantitatifs. Il s'agit là d'un effort considérable de solidarité nationale dont un effort de la part de l'État. Non seulement, cet effort ne va pas diminuer mais va encore s'accroître l'année prochaine : ce sont ainsi plus de 400 millions d'euros d'argent frais pour améliorer la prise en charge de nos aînés.

En outre, la réforme de la dépendance, ce ne sont pas seulement des mesures financières ! Le débat national a montré qu'il y avait de réelles marges de déficiences dans le système. Vous avez été les premiers à le pointer. Il convient donc d'améliorer l'organisation de notre système de prise en charge. Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, de nombreuses journées d'hospitalisation, dont on connaît le prix extrêmement élevé mais dont on connaît aussi le traumatisme pour les personnes âgées dépendantes, pourraient être évitées aux personnes âgées. Le Haut conseil de l'assurance-maladie a chiffré au minimum à 2 milliards d'euros les sommes qui pourraient ainsi être dégagées pour mieux répondre aux besoins de nos aînés et de leurs familles.

Ce chantier, nous le lançons. Le débat a également fait émerger d'autres besoins qui, pour être satisfaits, n'exigent ni dépenses nouvelles, ni vecteur législatif. Je pense notamment aux souhaits de nos concitoyens d'être mieux accompagnés lorsqu'ils choisissent une maison de retraite ; j'ai appelé de mes vœux la mise en place d'indicateurs de qualité dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, la création d'un site internet dédié qui va voir le jour en 2012 et la réforme de la dépendance qui fait partie des grands chantiers d'aujourd'hui et de demain. Au-delà de cette seule réforme, nous continuons de mener une politique ambitieuse au service des personnes âgées et de l'amélioration de la qualité de leur prise en charge. Comme s'y est engagé le président de la république, nous allons proposer dans les lois financières que nous allons examiner dans quelques semaines, plusieurs mesures d'effets immédiats. Je pense d'abord à la mise en place d'un plan d'aide à l'investissement à hauteur de 50 millions d'euros pour l'année prochaine qui permettra de soutenir les travaux de rénovation d'établissements et de services accueillant les personnes âgées et de développer les structures de prise en charge intermédiaires. La

question des aidants est venue de façon forte dans le débat. Tout le monde avait appelé de ses vœux ces structures qui permettent à l'entourage de souffler et donc, de garder plus longtemps la personne dépendante au domicile. Nous allons vraiment mettre un focus très important sur ces structures intermédiaires. Ensuite, très bonne nouvelle, la croissance de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie - vous savez que la dépendance, en grande partie, est prise en charge par l'assurance-maladie - va être de 4,2 % (il était de 3,8 % l'an dernier), à un moment où, partout en Europe, les gouvernements font l'impasse ou sacrifient un certain nombre de dépenses sociales. La France a décidé de poursuivre cet effort et cela permettra d'injecter des moyens supplémentaires pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en poursuivant la médicalisation des EHPAD.

Par ailleurs, nous venons de décider la création d'un fonds en faveur des services à domicile qui sera hébergé par la Caisse nationale de solidarité. Il sera doté de 50 millions d'euros qui s'imputeront directement sur le budget de l'État. Ce fonds ne sera pas alimenté au détriment d'autres acteurs du système médico-social. Il va permettre d'accompagner la restructuration des services d'aide à domicile pour les aider à retrouver les conditions d'un équilibre financier. J'ai pu obtenir cette aide exceptionnelle - il a fallu se bagarrer, ce n'était pas évident dans les circonstances budgétaires actuelles - parce que les débats sur la dépendance n'ont cessé de mettre l'accent sur la place centrale qu'occupent actuellement les services à domicile pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes mais aussi parce que, dans les nombreux rapports et études qui ont été menés dans les deux dernières années, comme le rapport de l'IGAS ou celui de l'inspection générale des finances, nous sommes parvenus à identifier, de façon chiffrée, la nature et les causes des difficultés auxquelles certains de ces services sont actuellement confrontés. La pérennité des services est essentielle si l'on souhaite garantir le libre choix pour les familles et leurs proches entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. J'avais posé, au début du débat, un certain nombre de principes cardinaux et j'avais mis le libre choix des familles et des personnes dépendantes au cœur de mon propos. Les concitoyens l'ont redit au cours des débats, nous étions parfaitement en phase. Je me suis battue pour défendre ce libre choix, avec succès, en dépit de la période difficile que nous traversons.

Je compte beaucoup sur les travaux que vous allez faire aujourd'hui et, plus que jamais, la réforme de la dépendance est à l'ordre du jour. Une telle réforme, ce n'est pas quelque chose qui commence au mois de septembre 2011 pour être conclue au mois de novembre de l'année ! C'est un chantier qui va nous amener dans les 10 ans à venir à restructurer, à moderniser notre secteur. Les politiques de prévention sont des politiques à long terme. Repenser la professionnalisation, les parcours de carrières, la valorisation des personnels qui se déploient autour des personnes âgées dépendantes... C'est quelque chose qui ne se fait pas en un jour. La modernisation des logements des personnes âgées dépendantes, leur adaptation à la dépendance mais, plus largement, leur place dans la ville... Tout cela est important et doit être pensé. J'ai entendu que vous appeliez à l'insertion des personnes âgées en bonne santé. Comme je suis moi aussi une personne âgée en bonne santé, je vais attendre avec un grand intérêt ce que vous allez dire, comment nous allons réfléchir à construire des soins plus adaptés, un urbanisme plus adapté, finalement apprendre à vivre ensemble et à promouvoir une politique ambitieuse au service des aînés que nous sommes pour la plupart. Je sais que je peux compter sur vous et j'attends avec impatience les conclusions de vos riches débats. Merci à tous et à toutes.

Présentation de l'organisation matérielle de la journée

par **Thierry CASTAGNO**, Secrétaire général du CNRPA, à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

Sylvain Denis : merci beaucoup d'être venue nous dire ces mots qui appelleront certainement des commentaires que nous vous ferons remonter en bonne et due forme via la DGCS, représentée ici par Mme Hérault. Sabine Fourcade sera là aussi cette après-midi.

Cette journée est constituée de deux grands temps : un premier qui est un retour du questionnaire que nous avons envoyé dans les CODERPA. Nous en avons récupérés 55 ce qui est très bien, sur un total de 97. Nous n'allons pas détailler toutes les questions ; nous allons prendre les grands points, en particulier ce qui concerne les problèmes de pertes d'autonomie. Sachez qu'il y aura, dans les actes du colloque, un compte-rendu plus affiné et détaillé de ce questionnaire. Nous aurons ensuite un temps d'échange avec vous que nous démarrons par trois courtes présentations de CODERPA afin de lancer le débat : Seine, Charente, Alpes-Maritimes.

Dans l'après-midi, après un rappel par Janine Dujay-Blaret, responsable de l'animation de la commission santé - prévention - autonomie du comité national, nous aurons une table ronde, animée par Bernard Ennuyer qui nous fait la gentillesse d'être là dès maintenant. Elle aura comme participants :

- Sabine Fourcade, Directrice Générale de la Cohésion Sociale,
- Mireille Elbaum, professeure au Conservatoire national des arts et métiers,
- Henry Nogues, ancien professeur d'économie, jeune retraité à Nantes,
- Jérôme Guetj, Président du Conseil général de l'Essonne,
- Charles Berder, membre du Comité national qui exprimera le point de vue des usagers potentiels du système.

Nous aurons le plaisir d'avoir parmi nous Geneviève Laroque, une personne que nous aimons tous beaucoup, qui nous fait l'amabilité de venir conclure la journée. Elle veut aussi parler des personnes âgées en bonne santé. C'est d'ailleurs une des orientations politiques de Mme Bachelot-Narquin et de Mme Montchamp. Je remercie les conseils généraux qui ont bien voulu autoriser les membres des CODERPA à participer à cette réunion. La prise en charge de vos déplacements par les conseils généraux n'était pas quelque chose de gagner au départ ! (*protestations dans la salle*)... Certes, vous êtes indépendants des conseils généraux ; les CODERPA ont leur existence. Très bien. Nous allons voir, à partir de maintenant, comment cela va se passer. Auparavant, notre ami Thierry Castagno, Secrétaire Général du comité national, grand manitou de l'organisation, va vous présenter les aspects logistiques de la journée, d'autant que les travaux en cours dans les bâtiments du ministère ne simplifient pas l'organisation générale de la manifestation.

Organisation du repas et logistique

Nous avons mis en ligne cette année le site internet du CNRPA. Nous avons l'intention de le développer. Il est donc possible que son contenu informatif, par rapport à cette journée, soit intéressant et complète utilement les actes que vous recevrez. Je tiens à remercier les services du ministère pour leur aide fondamentale ainsi que tous les techniciens.

Présentation des résultats de l'enquête effectuée auprès des CODERPA

Marie GEOFFROY et Maud GILOUX, membres du CNRPA

Première partie

Sylvain Denis : nous avons collectivement préparé le questionnaire qui a été adressé aux CODERPA. Cela n'a pas été simple car nous avons des adresses mail qui n'étaient pas tout le temps à jour. Sabine Perret, qui assure le secrétariat du CNRPA, que je remercie vivement, a dû passer de nombreux coups de téléphone pour s'assurer que les questionnaires étaient bien arrivés. Les réponses ont ensuite été exploitées par Maud Giloux et Marie Geoffroy. Elles nous proposent une restitution sur les points les plus importants.

Maud Giloux et Marie Geoffroy : nous tenons à remercier les 56 CODERPA qui ont bien voulu ou pu répondre à ce questionnaire (nous avons reçu un 56^e questionnaire hier après-midi), soit plus de 60 % du total des CODERPA installés en France. Sur la carte de France, nous avons positionné les CODERPA qui ont répondu.

Les destinataires étaient les conseils généraux et les CODERPA. Nous avons soulevé un problème au niveau du CNRPA concernant les adresses. De nombreux CODERPA n'ont pas reçu nos documents. Si les conseils généraux n'ont pas retransmis l'information et s'il n'y a pas eu le bouche-à-oreille, beaucoup d'entre vous ne seraient pas là aujourd'hui. N'oubliez donc pas de remettre vos adresses actualisées à la sortie pour améliorer notre fichier ou de nous les faire parvenir par courriel à cette adresse : cnrpa@polynome.fr.

Le questionnaire était constitué de deux parties :

- la vie du CODERPA avec le nombre d'adhérents, les commissions, les travaux réalisés, les instances auxquelles participe le CODERPA ;
- la perte d'autonomie et les moyens de sa prise en charge avec la question de l'accueil en établissement, le maintien à domicile et les moyens de la prise en charge et de la perte d'autonomie.

Présentation power point

La première partie comprenait les propositions et le fonctionnement de votre CODERPA. Cela fera partie d'un dossier que vous recevrez avec l'analyse que nous avons faite et la présentation de ce matin avec les commentaires ainsi que des statistiques nationales pour la partie établissement transmises par la Drees et issues du nouveau fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

La deuxième partie concerne le maintien à domicile. Nous reprenons l'ensemble des données transmises par le questionnaire.

La troisième partie concerne la perte d'autonomie. Elle est constituée des informations nationales et celles que vous nous avez transmises.

L'accueil en établissement

Comment peut-on mesurer cette offre en établissement ? Si nous avons décidé de prendre de temps à autre des statistiques nationales et d'autres fois, les réponses au questionnaire ou d'autres fois encore, les deux, c'est simplement lorsque les réponses au questionnaire nous paraissaient insuffisantes pour en tirer un enseignement significatif. Une des raisons qui semble avoir retardé l'envoi des questionnaires, c'est justement parce que vous n'aviez pas les données pour répondre à un certain nombre de questions parmi lesquelles, la question concernant les établissements.

Pour mesurer l'accueil en établissement, on se sert habituellement de deux indicateurs : le nombre d'établissements et le nombre de places installées. Il y a aujourd'hui 10 400 établissements avec 710 000 places installées dont 68 % sont des places en maison de retraite.

Il s'agit de tous les types d'établissements : maisons de retraite, EHPAD, USLD, logements avec soins, établissements expérimentaux...

Concernant la répartition des statuts des maisons de retraite : 56 % sont dans le public, 27 % sont dans le privé non lucratif et 17 % dans le privé lucratif. Lorsqu'on regarde les évolutions, on s'aperçoit qu'il y a une baisse des établissements relevant du public au profit du privé lucratif.

Quelles sont les grandes données qui, depuis 2003, mesurent les situations actuelles de l'accueil en établissement ?

- une augmentation incontestable du nombre de places offertes : 6 % par rapport à 2003 ;
- la médicalisation des établissements, consécutive à la mise en place des conventions tripartites, qui s'est accompagnée des deux modernisations (rénovation, mise aux normes...) Parmi les données que nous avons, 151 000 places sur les 710 000 sont médicalisées dont 93 % en EHPAD ;
- un taux d'équipements en baisse. Le taux d'équipement est le nombre de lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Il était de 140 en 2003 ; il est actuellement de 127 malgré l'augmentation de 6 % du nombre de places. Cela tient au fait que le nombre de personnes âgées qui ont besoin de lits a augmenté plus vite que le nombre de lits mis en place ;
- le taux d'occupation est aujourd'hui, dans les établissements publics, voisin de 100 % il est de 97 % dans les établissements privés (mais est en augmentation). Ce taux, voisin de 100 %, provoque le développement du phénomène des listes d'attente. Il y a aussi le phénomène de mobilité des personnes âgées qui, ne trouvant pas de place à côté de chez elles, sont obligées d'être déplacées dans d'autres établissements et d'autres départements. C'est le cas en Île-de-France. Il y a bien sûr des raisons financières qui accompagnent aussi ces déplacements ;
- on entre de plus en plus tardivement en établissement. On y entre déjà atteint par la perte d'autonomie. On entre handicapé et très âgé alors même qu'il y a 36 % des EHPAD et 75 % des établissements hors convention qui ont un règlement intérieur autorisant le refus d'admission des personnes âgées qui seraient trop lourdement handicapées.

En quoi consiste le maintien à domicile ?

Ce sont les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, les professionnels de santé.

Quelle est la perception des services à domicile par les CODERPA, à travers l'examen de vos réponses ?

Est-ce que le territoire, sur lequel est installé votre CODERPA, est couvert ou non ?

Globalement, oui pour les SAD et les SIAD, sauf quelques zones comme les zones montagneuses ou les zones de campagne très profondes.

Est-ce que vous rencontrez des difficultés avec les SIAD, les SAD et les professionnels de santé ?

54 % des CODERPA avouent avoir des difficultés avec les SIAD. La difficulté principale tient à l'écart entre l'offre et la demande (la demande étant nettement supérieure à l'offre). Cette situation a des effets tout à fait néfastes pour les personnes âgées. La première conséquence est que l'on voit un certain nombre de SIAD refuser de prendre en charge des personnes trop « chronophages ». La deuxième conséquence est le glissement des tâches, notamment les toilettes des SIAD vers les SAD. Ce qui pose des problèmes et va avoir des répercussions sur les SAD eux-mêmes.

86 % des CODERPA avouent avoir des difficultés avec les SAD. La première difficulté exprimée tourne autour des fermetures des SAD, les procédures de redressement judiciaire, les procédures de liquidation avec licenciements... Le cas de l'ADMR a été mentionné dans plusieurs questionnaires.

La deuxième difficulté concerne les problèmes financiers, le stade avant la fermeture qui déséquilibre complètement, dus aux différences entre le coût de revient du service, les tarifications et les délais que mettent les conseils généraux à payer les services en question. A été mentionnée également la loi Borloo. Pour ces questions de la fermeture et des problèmes financiers, une mission a été diligentée – la mission Poletti. Elle devrait rendre son rapport fin septembre. Est-ce que les 50 millions qui ont été annoncés par Mme la ministre sont les résultats de la mission Poletti ou non ?

La troisième difficulté est liée aux difficultés de recrutement à cause de la faible attractivité économique et sociale du secteur et l'énorme turnover que vous soulignez dans le personnel.

La quatrième difficulté est la concurrence exacerbée avec la multiplication des micros entreprises, avec le secteur non agréé, avec une pratique de prix plus bas pour les cas les moins lourds qui vont se trouver répercutés vers les services agréés.

La cinquième difficulté concerne le problème de formation et de qualification ; une contradiction importante apparaît entre, d'un côté, ce que souhaitent les professionnels du secteur qui veulent une professionnalisation, les familles et les usagers qui veulent des personnels plus qualifiés et de l'autre, les politiques et les possibilités financières des conseils généraux.

Quel est le tarif de l'aide à domicile dans votre département ?

Entre un quart et 33 % des CODERPA ne savent pas ou n'ont pas répondu à la question de savoir s'il y a un tarif ou non. Dans les 16 réponses qui nous ont été fournies, nous nous apercevons que le tarif est autour de 18 € (18,10 € ; 18,20 € ; 18,90€...) Pour deux, le tarif est inférieur à 18. Pour six, le tarif est supérieur à 20. Le tarif le plus faible est le Jura avec 16,80 € ; le tarif le plus élevé est le département à côté avec 24 € !

Qu'est-ce qui ressort pour les professionnels de santé ?

Le maître mot est le manque. Il manque de tout ! Il manque des généralistes (avec une inquiétude vis-à-vis des départs en retraite programmés) ; il manque des spécialistes (gériatres, neurologues, dermatologues, otorhinos, kinésithérapeutes, pédicures...) Dans certains cas, on peut parler de désertification médicale lorsque, ce qui servait de premier accès aux soins, disparaît comme la pharmacie. Dans certains endroits, il n'y a plus rien.

Ont également été mentionnées les pratiques médicales « problématiques » : certains médecins ne veulent plus se déplacer ; on ne trouve plus de médecins le week-end, en soirée, les jours fériés ; la pratique privilégiée du secteur 2 ; les dépassements d'honoraires... Sans compter qu'en ville, les centres de santé sont atteints. Tout ceci a des conséquences dommageables pour toutes les personnes les plus fragiles.

Est-ce que la permanence des soins est assurée ?

La réponse est oui. Mais cette permanence est assurée uniquement par le recours au 15 et aux urgences hospitalières. On se retrouve donc avec toutes les conséquences que Mme Bachelot a évoquées en disant qu'on allait faire en sorte que les personnes âgées n'entrent plus de cette façon à l'hôpital.

Troisième partie : la prise en charge la perte d'autonomie

C'est ce qui concerne l'allocation personnalisée d'autonomie - nous vous avons fourni des statistiques nationales. Le montant des dépenses publiques varie selon les sources entre 7 à 22 milliards d'euros. Nous avons retenu les dépenses d'aide sociale vieillesse des départements avec un montant de 7,5 milliards consacrés à la vieillesse par tous les départements ; la part principale, plus de 70 %, est représentée par l'APA. Cette APA est versée à 1,2 million bénéficiaires dont 61 % sont à domicile et 39 % en institution. Si on totalise le GIR 3 et le GIR 4, on arrive à 80 % de la population ; si on prend l'établissement, on arrive à 60 % en totalisant le GIR 1 et le GIR 2.

Le montant moyen de l'APA à domicile est de l'ordre de 495 € avec des différences importantes selon le niveau du GIR : cela peut monter à 1000 € pour un GIR 1 ; avec des variations importantes selon les départements. Par exemple, le montant moyen dans le Cantal et les Vosges atteint 700 €, alors qu'il est dans l'Allier et le Morbihan de moins de 300 €. Cela tient à la générosité des conseils généraux mais surtout aux populations qui sont prises en charge. Certains CODERPA sont très doués car ils nous ont donné ces informations alors qu'elles n'existent pas auprès de la DREES (il n'y a que 71 % des CODERPA qui répondent à la DREES).

Y-a-t-il ou non une baisse du plan d'aide ?

Il y a une contradiction entre le constat fait par la DREES et ce que répondent les CODERPA. La DREES dit que globalement, il y a une stabilité du plan d'aide ; les CODERPA disent qu'il y a une baisse de fait. Si les montants sont restés les mêmes, le nombre de personnes bénéficiaires a lui augmenté. Ce qui amène à deux conséquences : la diminution du nombre d'heures accordées et le glissement observé de GIR (ceux qui devraient être en GIR 1 se retrouvent en GIR 2 ; ceux qui devraient être en GIR 2 se retrouvent en GIR 3...)

Le reste à charge

Il semblerait que la compréhension du reste à charge n'est pas la même pour tous. On note une forte inégalité entre les territoires. Vous savez que la France est un pays très inégalitaire. On se trouve là devant des inégalités incommensurables. Nous n'avons eu que très peu de réponses à cette question. Les réponses données pour le reste à charge, varient de 111 € à... 38 millions d'euros ! Il y a donc une difficulté de compréhension de ce qu'est le reste à charge et il est probable que, dans les sommes qui nous ont été données, il peut être question de prix de journée (111 €), de tarif hébergement d'un établissement (1800 €), de dépenses globales du département (38 millions d'euros)... Il y a certes un effort important des conseils généraux mais il est insuffisant par rapport aux besoins. Cette notion de reste à charge est complexe, difficile à mesurer comme l'a montré l'étude de l'IGAS sur « le reste à charge en établissement ». Nous pensons que c'est une notion tout à fait essentielle sur laquelle tout le monde doit travailler, qui doit être mise en relation avec le montant moyen des retraites, en intégrant à la réflexion un élément important qui est l'aide apportée par l'entourage. On ne peut pas dissocier le reste à charge de cette aide apportée par l'entourage.

Il existe, selon la DREES, 3,6 millions de personnes de plus de 60 ans qui sont aidées dont 80 % sont aidés par l'entourage et, dans les cas les plus lourds, l'aide est de sept heures au total dont cinq apportées par l'entourage. Dans les cas les plus faibles, l'aide est de 55 minutes chaque jour apporté par l'entourage.

Sylvain Denis : bravo pour cette restitution. L'exposé nous donne un paysage de la perte d'autonomie en France assez éclairant et pose certaines questions. Ainsi, la question du reste à charge reste très mal résolue et très mal connue. Selon qu'une personne est aidée par sa famille ou par une personne extérieure rémunérée, les chiffres sont évidemment différents. C'est une notion très difficile à comprendre et à mesurer. Il y a du travail à faire dans les différents CODERPA. Ce travail sera restitué sur le site et dans les actes.

J'accueille Patrick Gohet, président du Conseil national consultatif des personnes handicapées, ancien délégué interministériel. Nous militons tous pour la suppression de cette barrière d'âge à 60 ans et pour la convergence entre personnes âgées et personnes handicapées. Nous avons d'ailleurs le même secrétaire général entre le CNRPA et le Comité consultatif national des personnes handicapées. Pouvez-vous nous adresser quelques mots pour que nous comprenions mieux comment fonctionnent ces deux comités jumeaux ? Dans l'année qui vient, nous allons pouvoir essayer de construire des passerelles entre nos commissions et autres groupes de travail. La convergence, c'est aussi et surtout beaucoup de choses qui existent déjà en commun et qui sont étudiées, au niveau national comme au niveau départemental, de façon séparée. Vous avez des contacts avec le monde du handicap, nous en avons aussi au niveau

national, essentiellement à travers le conseil de la CNSA. L'existence de cette institution où nous travaillons ensemble a beaucoup fait pour la connaissance mutuelle des deux mondes, personnes âgées et handicapées. C'est une chose qui va faire progresser nos espoirs de convergence. Je sais que cela ne va pas se faire dans les années qui viennent - c'était prévu en 2005, nous sommes en 2011 et nous n'avons pas encore eu beaucoup de choses - mais dans les faits, il y a déjà des choses qui se font ensemble pour les mêmes besoins.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées

Patrick Gohet, *Président du Conseil national consultatif des personnes handicapées*

J'ai été directeur général de l'UNAPEI, l'une des fédérations du secteur du handicap, pendant une quinzaine d'années, puis délégué interministériel aux personnes handicapées, à une époque où l'on a rénové la loi et la réglementation. Je suis maintenant président du Conseil national consultatif des personnes handicapées. Professionnellement, je suis par ailleurs inspecteur général des affaires sociales.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées a été créé en 1975, à l'occasion de la première législation en direction des personnes handicapées. À l'origine, c'était un regroupement de présidents, de fédérations et d'associations nationales. Son rôle était d'assurer le suivi de la mise en œuvre de 1975. Au fil du temps, la composition du CNCPH a été élargie.

On y trouve aujourd'hui le monde associatif avec l'ensemble des grandes fédérations et associations nationales, les organismes gestionnaires d'établissements et de services aux personnes handicapées (une composante très importante dans le secteur du handicap) - beaucoup de choses dans le handicap se sont faites à l'initiative des intéressés eux-mêmes et de leurs parents, qu'il s'agisse des établissements, des services... - les organisations syndicales de salariés et employeurs, les représentants de collectivités territoriales (maires, départements, régions de France), les caisses de protection sociale notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la plus impliquée dans la politique du handicap, les organismes de recherche... (Merci d'ailleurs à Thierry Castagno pour son travail).

Le CNCPH est à la fois une commission permanente qui réunit 20 membres et une assemblée plénière qui réunit 83 organismes. Une session est organisée chaque mois avec le matin, la commission permanente et, l'après-midi, l'assemblée plénière. Plusieurs commissions thématiques sont organisées (l'accessibilité, l'éducation, l'emploi et la formation, les ressources et la compensation du handicap, l'organisation institutionnelle) ainsi que des groupes de travail AD HOC. Pour avoir une idée précise de ce que peut fournir comme réflexions le CNCPH, je vous invite à prendre connaissance du rapport qu'il a fait pour la Conférence nationale du handicap de juin dernier, sur le site du ministère et à la Documentation française.

Ce n'est pas la seule structure. Le CNCPH est l'organe qui exprime la demande. Lorsqu'on a fait la loi de 2005, nous avons pensé qu'il fallait un organe qui traite de l'offre. Nous avons donc créé **l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap**, une structure qui elle aussi, pour la Conférence nationale du handicap a livré un rapport, beaucoup plus conséquent en taille, que vous pouvez également consulter en ligne.

Nous avons créé il y a deux ans à un **Observatoire interministériel sur l'accessibilité** et, selon les termes de l'ONU, la «conception universelle ».

Le CNCPH à trois vocations :

- **il donne son avis** chaque fois que le gouvernement le lui demande, sur des projets de textes qui concernent la politique du handicap. Le gouvernement est obligé de le consulter chaque fois que le texte est écrit en application de la loi de 2005. Le CNCPH a ainsi donné son avis sur plus de 350 textes pris en application de la loi de 2005. Vous allez peut-être penser qu'il s'agit là de logorrhée juridique ! La loi de 2005 concerne toutes les formes de handicap et tous les aspects de la vie de la personne handicapée. Elle a été signée par 20 ministres. C'est typique d'une politique interministérielle.
- Lorsque ce n'est pas un texte pris en application de la loi de 2005, le gouvernement peut aussi demander l'avis du CNCPH. S'il oublie de le faire, le CNCPH a aussi une capacité d'auto saisine illimitée. Il peut donc prendre l'initiative de donner son avis même si on ne le lui demande pas. Il s'agit là d'une innovation de la loi de 2005.
- Notre pays a beaucoup progressé. Il est incontestable que, sur le plan de l'approche culturelle de la question du handicap, la France a progressé. Mais pas suffisamment encore. D'abord, en ce qui concerne les mesures concrètes prévues par la loi de 2005, il en est encore qui ne sont pas appliqués ou qui ne le sont que partiellement. On n'est pas tellement étonné. Ce n'est pas une loi de circonstance mais bien une loi de société, qui appelle à un changement de culture, de changement de regard. La publication d'un texte est essentielle mais n'y suffit pas. Il faut bien que les têtes changent or, les têtes n'ont pas complètement changé. Aujourd'hui encore, on regarde la question du handicap - et il y a sûrement des similitudes avec ce qui nous réunit ce matin - comme une question particulière qui concerne une population à part, pour laquelle on prend des mesures spécifiques. C'est bien là le problème. Notre objectif est de faire en sorte que, petit à petit, de manière énergique mais en profondeur, la question du handicap soit identifiée comme une réalité de la vie qui concerne des personnes à part entière et qui appelle d'être prise en compte dans toutes les politiques. Le handicap concerne toutes les politiques. Or, on a trop tendance – et à nouveau de manière forte – d'installer la politique du handicap dans la seule sphère des affaires sociales. Or, la question du handicap concerne l'éducation, l'emploi, le logement, la culture... C'est aussi un problème de culture, une question de représentations. Dans la société française qui est élitiste et extrêmement compartimentée, la question du handicap est trop isolée. C'est d'ailleurs la troisième vocation du CHCPH que d'essayer d'imaginer et de promouvoir des initiatives qui permettent l'appropriation transversale de la question du handicap. C'est un gros travail que de faire une loi, des textes d'application mais travailler sur la dimension culturelle, demande bien d'autres ressorts. En France, on a tout de même le culte de la règle de droit - et à bien des égards justifiés - on considère que, lorsqu'on a fait une loi, on a réglé les problèmes. Les gens disent d'ailleurs qu'il y a beaucoup de lois et lorsqu'il y a un problème, on dit : « qu'attendez-vous pour faire une loi (et nommer un ministre) ! »

Voilà donc les vocations générales du Conseil national consultatif des personnes handicapées. Dans cette liste que je viens d'énumérer, il y a certainement des points sur lesquels nous pouvons travailler ensemble peut-être en plaçant cette collaboration sous le signe d'une forme de politique de l'autonomie ? La grande ambition de la loi de 2005 est de changer de paradigme. Pendant des années, de quoi a été faite la destinée d'une personne handicapée ? Il fallait qu'elle s'adresse à des experts qui l'évaluaient et

qui disaient ce qui était bon pour elle. Nous voulons changer d'époque et appréhender les choses différemment. C'est donner la possibilité à la personne handicapée pour elle-même ou aux parents d'enfant handicapé pour leur enfant de dire : « en dépit ou avec notre handicap, voilà ce que nous voudrions être dans la société ». Nous n'avons pas besoin uniquement de moyens qui nous permettent de réaliser les actes essentiels de la vie. Oui, nous en avons besoin car nous avons des difficultés de mobilité, de communication, de repérage dans l'espace et dans le temps, de conceptualisation... Tout cela entre dans le handicap et pour cela, il faut que nous soyons aidés. Mais en plus, on a envie de se réaliser. Bien sûr, ce n'est pas vrai pour toutes les formes de handicap, cela dépend de la lourdeur du handicap mais il y en a qui aspirent à être quelqu'un. Il faut donc que la société, à un moment donné, le sache.

D'où l'idée **du projet de vie** que l'on trouve dans la loi ainsi que le mot **participation** qui figure dans le titre même de la loi puisqu'il s'agit de la loi pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté ». Les personnes handicapées en ont marre d'être la population qui a le plus de porte-parole, le plus de gens qui s'occupent d'elle. Beaucoup de ses membres ont envie, besoin de s'assumer, d'avoir une propre destinée.

Pour y répondre, la loi a complètement révolutionné l'appréhension du handicap. Elle dit que l'époque, où l'on considérait que la seule cause du handicap et la déficience d'une personne, est révolue. Certes, si la personne est handicapée ou en situation de handicap, c'est parce qu'elle souffre d'une déficience physique, auditive, visuelle, mentale, psychique... Mais c'est aussi parce que son environnement n'est pas adapté. Il y a donc deux causes à la production du handicap : les déficiences dont la personne est porteuse et l'inadaptation de l'environnement. La loi apporte de réponses. Aux déficiences, elle apporte la **compensation individualisée** (aides techniques, aides humaines, aides animales, aménagement du véhicule, aménagement du domicile) et elle apporte une **réponse aux causes collectives**, à l'inadaptation de l'environnement par l'accessibilité sous toutes ses formes (transport, cadre bâti mais aussi éducation, emploi, culture...)

Et à toutes les formes de handicap. Tout naturellement, lorsqu'on parle accessibilité, on pense aux fauteuils roulants. Et on a raison car il y a beaucoup à faire. Mais il y a aussi besoin d'accessibilité pour la personne handicapée psychique, la personne handicapée mentale. Lorsque j'étais directeur général à l'UNAPEI, nous avons fait l'expérience : une personne trisomique qui arrive à la gare Montparnasse est totalement perdue. C'est l'impossibilité de trouver un guichet avec un pictogramme, celui des deux visages qui se rapprochent, avec quelqu'un qui connaît et accueille une personne handicapée mentale. Voilà l'accessibilité dont les personnes handicapées mentales ou psychiques ont besoin.

C'était une loi prometteuse, ambitieuse. Elle doit le rester. Mais désormais, il faut mettre tout cela en place. Comme pour la loi de 1975, j'avais dit que la loi de 2005 mettrait 10 ans pour produire tous ses effets. Peut-être peut-on faire moins et plus vite. Il y a des gens qui attendent depuis longtemps !

Le dernier pilier est celui de la **solidarité** avec deux acteurs, qui fonctionnent dans un contexte en 2012 qui n'est plus celui de 2005 : la solidarité de proximité avec la Maison départementale des personnes handicapées et la solidarité globale avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Je pense que l'on peut travailler ensemble sur l'accessibilité, sur l'avancée en âge des personnes handicapées - il y a des points de convergence, il y a des barrières d'âge qui appartiennent à l'Antiquité mais que l'on maintient. La loi de 2005 dit qu'en 2010, il faudra faire la convergence. Et on ne l'a toujours pas faite ! Nous avons donc vraiment des

chantiers à ouvrir. Nous pouvons imaginer des rencontres régulières, une participation à des groupes que nous avons chez vous et au CNCPH et l'inscription dans nos préoccupations des points communs. À la CNSA, on voit bien qu'il y a un regroupement des représentants.

On vend mal la question du handicap dans notre société. Je pense qu'il y a un bon exemple pour la vendre mieux : c'est l'autobus. Lorsque vous prenez le bus, il s'arrête à une station, il peut se pencher pour faire sortir une plate-forme d'accès. Ces plates-formes sont utilisées à 20 % par des fauteuils roulants pour lesquels elles étaient destinées. Mais ce sont des plates-formes qui sont aussi utilisées par des mamans avec leurs poussettes, des personnes (pas forcément âgées) avec leurs caddies, des gens qui ont des difficultés à emprunter un escalier... Vous avez une signalétique visuelle pour ceux qui n'entendent pas ; vous avez une signalétique orale pour ceux qui ne voient pas (depuis qu'il y a ce type de signalétique, je loupe moi-même moins de stations !) C'est même fait pour les distraits. Cela veut dire que tout ce que l'on fait pour les personnes handicapées sert à tout le monde. Il faut donc arrêter de culpabiliser. Bien sûr il faut dire que la société ne fait pas tout ce qu'il faut mais il faut surtout lui dire : lorsque vous faites pour la personne handicapée, pour la personne qui avance en âge, c'est un investissement pour tout le monde. Et c'est sous l'empire de cette formule-là que je voudrais que nous travaillions ensemble. Merci.

Sylvain Denis : c'est tout à fait ce que nous avons besoin d'entendre et je vous remercie de ces paroles qui vont nous amener à établir ces passerelles que nous attendons. Nous allons nous en occuper très rapidement. Thierry, merci donc de nous prévenir lorsqu'il y aura des groupes de travail pour que nous puissions envoyer mutuellement des représentants.

Temps de débats et de témoignages des CODERPA

Mme Aude Muscatelli, adjointe au sous-directeur à la sous-direction de l'autonomie : notre sous-direction prend en charge à la fois les questions de nommer des personnes âgées et des personnes handicapées. Il y a eu les assises nationales de l'aide à domicile hier au cours desquelles la ministre a annoncé le Fonds d'aide d'urgence pour les services d'aide à domicile. Il y a eu de grosses difficultés pour ces services de survivre, liées à la conjoncture économique et au système de tarification qui n'est toujours pas optimal. Il y a eu un déblocage de 50 millions d'euros pour venir en aide en urgence à ces services. Ils seront distribués entre la fin de l'année 2011 et le début de l'année 2012 via les ARS qui mettront en place des comités de sélection des dossiers des structures les plus en difficulté pour faire un audit, voir les causes de leur déficit et étudier les façons de les aider au niveau régional à passer le cap difficile.

Sylvain Denis : je vous remercie de ces précisions. Ce n'est pas encore clair dans l'esprit de tout le monde. Vous évoquez un comité de sélection pour sélectionner ceux qui en ont le plus besoin ; le problème est que tout le monde en a le plus besoin ! Pourquoi est-ce que cela passe par les ARS et non pas directement par la CNSA ?

Aude Muscatelli : je peux vous préciser que ce sont effectivement les ARS car il s'agit d'argent de l'État qui est donné aux services et distribué au niveau local. Dans le comité de sélection des projets, il y aura aussi les préfets, les conseils généraux, les services de l'État chargés de l'emploi et de l'économie, les financeurs des services d'aide à domicile, notamment leurs fédérations...

M. ? : ... et les usagers ?

Aude Muscatelli : pourquoi pas, effectivement, les usagers !

Réactions dans l'assistance

Sylvain Denis :... On ne va pas établir le débat tout de suite là-dessus ! Je pense que les usagers sont représentés dans les ARS à divers niveaux, sous diverses formes, soit en tant qu'associations agréées, soit en tant que CODERPA eux-mêmes pour les personnes âgées. C'est à vous, localement, dans le cadre des ARS, de faire valoir le point de vue des usagers. Lorsqu'on confie quelque chose à l'ARS, l'agence met en place ses propres structures. C'est à vous, localement, de vous imposer dans ces structures. C'est une chose qui est tout à fait envisageable.

Aude Muscatelli : pour l'instant, les modalités précises n'ont pas encore été définies. Dans le cadre du projet de loi de finances 2012, il y a eu ces 50 millions. Encore faut-il que le PLF soit voté ! Les crédits seront débloqués vers le mois de décembre.

Sylvain Denis : merci Aude d'avoir donné ces précisions, qui sont encore imprécises car il y a le processus législatif qui suit son cours. Nous avons posé une question qui va certainement inciter la DGCS à recommander que les usagers soient impliqués dans le processus de choix. Je vous propose d'entendre maintenant les témoignages des trois CODERPA. Il est utile et intéressant, pour lancer la réflexion, d'entendre les présentations de trois exemples de CODERPA qui ont fait des choses qu'ils jugent intéressantes. Nous avons retenu leurs initiatives au travers des réponses au questionnaire. Vous avez la parole.

Joëlle Guignard : j'assume actuellement la vice-présidence du CODERPA de Paris. Je précise que nous avons un département de Paris (l'ancien département de la Seine était sur Paris et d'autres villes de banlieue). Une particularité dans notre fonctionnement : le conseil général est une partie du conseil municipal. Le maire de Paris, Bertrand Delanoë, est à la fois maire de Paris et en même temps président du conseil général. Il a donc des adjoints. Nous avons comme présidente une adjointe chargée des seniors et de l'inter-génération sur Paris. Notre CODERPA fonctionne en excellente relation avec le conseil général. Nous y avons toutes latitudes pour faire des propositions, lancer des actions, dans les limites de nos possibilités en tant que membre pouvant l'assurer et dans les limites financières qui sont très restreintes. Nous avons des conditions qui ne sont pas particulièrement faciles car nous n'avons ni locaux, ni secrétariat fournis par le conseil général, bien qu'étant dans la plus grande ville de France ! On vit avec...

Outre l'assemblée plénière qui se tient en deux fois par an, nous avons régulièrement des réunions de bureau. Nous faisons des réunions de « bureau élargi » : tous les membres de l'assemblée plénière, titulaires ou suppléants, sont invités à participer à ces réunions. Nous ne faisons pas de distinction entre les titulaires ou les suppléants. Tous ceux qui sont disponibles pour travailler travaillent au sein du CODERPA. Nous avons également des groupes de travail et des commissions. Dans les deux années qui viennent de passer, nous avons, entre autre, beaucoup parlé du reste à charge qui reste un problème important. Après la publication du rapport de l'IGAS sur le reste à charge en établissement - c'était un problème que nous voulions traiter au CODERPA de Paris - nous avons organisé un colloque qui a été préparé sur la base d'une enquête sur le reste à charge à domicile. Nous avons envoyé à tous les services à domicile et tous les services qui s'occupaient des personnes âgées des questionnaires pour savoir quel était le reste à charge des personnes. Nous l'avons également envoyé aux établissements et maisons de retraite. Plusieurs conclusions ont été tirées à la suite de ce colloque faisant apparaître qu'effectivement le reste à charge est beaucoup trop élevé et que des solutions doivent être trouvées.

Le deuxième problème, que nous avons commencé à prendre en compte, et sur lequel nous travaillons cette année, c'est le problème que nous avons avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Nous voudrions qu'il y ait des interventions qui soient faites pour que l'on différencie les services d'aide et d'accompagnement à domicile, qui sont spécifiques pour la personne âgée, de ce qu'on appelle les services à la personne. Or, il y a des réglementations et des textes qui créent des confusions importantes. La personne âgée ne sait pas comment s'y retrouver et ne sait pas comment faire son choix. Il y a des actions menées en direction des politiques et de nos conseils généraux pour essayer d'améliorer cette situation. C'est l'objectif que nous nous sommes fixé pour cette année.

Nous avons également une commission citoyenneté qui s'occupe de la solitude des personnes âgées. En effet, même dans une grande ville comme Paris, il y a des personnes âgées isolées, qui ne sortent jamais de leur appartement, qui vivent au sixième étage sans ascenseur, qui ne connaissent pas leurs voisins, qui ne sont pas connues des services sociaux. Nous souhaitons mener des actions vers elles pour tenter de les sortir de leur isolement. Nous avons démarré une opération en relation dans nos vingt arrondissements : des élus auprès du Maire de l'arrondissement sont chargés des seniors et de l'inter génération. Avec eux nous avons dressé un inventaire des actions, plus ou moins isolées, qui sont menées par des associations, le comité d'action locale social ou le Clic. Nous voudrions poursuivre cette action de manière coordonnée.

La question de nos relations entre CODERPA et ARS : à l'ARS Île-de-France, depuis la mise en place de ces agences, le CODERPA de Paris est reconnu, comme tous les CODERPA de la région, par la direction de l'ARS comme le représentant des usagers. Nous avons donc une très forte responsabilité que nous devons être capables d'assumer. Cela signifie que nous sommes très sollicités mais cela veut dire aussi que, si nous répondons à la sollicitation, nous sommes connus et reconnus vis-à-vis de nos instances politiques et financières.

Jean Olivier (CODERPA Charente) : nous sommes au deuxième mandat du CODERPA Charente sous l'égide du conseil général – bien sûr, le CODERPA existait avant. Le premier mandat... faisons une croix dessus ! Il a été difficile, chaotique, très inégal et peu productif. Les élus qui avaient créé ce CODERPA se demandaient ce qu'ils allaient en faire ! Les services qui l'avaient vu venir n'avaient pas du tout envie de trop savoir ce que l'on pouvait en faire. Le premier mandat a été utilisé pour essayer de faire parler de la même chose, en même temps, à peu près avec tout le monde. Nous y sommes à peu près arrivés et nous avons réglé à peu près toutes les questions. Le deuxième mandat, qui se termine en juin 2012, est plus intéressant car d'emblée, dès la première assemblée plénière, le président du CODERPA, qui, en la circonstance était une délégation permanente du président du conseil général (le président du CODERPA est un vice-président du conseil général et il a en charge les personnes âgées et les personnes handicapées) – donc, il était sur son terrain. Il s'est véritablement investi et, dès la première assemblée plénière, il a proposé deux axes de réflexion au CODERPA et confié deux missions :

- le problème posé par la transition domicile-maison de retraite (au sens générique du terme) ; cette transition pose de nombreuses questions. Dans trois cas sur quatre, on est dans une situation d'urgence, souvent pas ou mal préparée. Comment faire en sorte que cela ne soit pas une catastrophe qui génère d'autres catastrophes ?
- le maintien à domicile. Tout le monde veut rester à son domicile sauf que cela pose des tas de questions.

Nous avons donc créé deux commissions constituées de volontaires ; chacune s'est attelée à ces deux thèmes. La question du maintien à domicile a été découpée en tranches : portage des repas : presque tout le monde en fait ! Est-ce que tout le territoire est couvert ? Quelles sont les conditions générales, y compris financières (il y a là aussi la question du reste à charge)...

La démarche de travail a été la même pour tous les thèmes de travail : aller sur le terrain, contacter le maximum d'acteurs par questionnaire, par téléphone ou par rencontre. Majoritairement, ce sont les membres du CODERPA qui ont rencontré ces acteurs pour voir quelle opinion nous pouvions avoir.

En Charente, l'offre existe partout ; elle est à peu près correctement réalisée. Mais – prenons l'exemple du portage de repas : c'est une bonne chose, c'est nécessaire mais en même temps, c'est une solution de facilité. Nous sommes donc en train de suggérer de porter le repas plutôt que d'aider à préparer le repas !

Un autre thème : la télé assistance. L'objectif est bien de dire : n'attendez pas l'accident ! C'est donc avant, que vous avez besoin de la téléassistance. Et c'est une affaire de conviction. Il nous faut donc des relais – les clubs de toutes sortes ; nous essayons d'en faire des acteurs de terrain.

Un autre thème : l'adaptation de l'habitat ; le nombre d'acteurs est considérable. Nous essayons là aussi d'utiliser des relais : les clubs de personnes âgées. A travers ces relais, nous essayons de faire passer cette idée difficile car il s'agit de se dire : je suis bien chez moi, notre environnement nous convient ; mais s'imaginer dans x années un peu moins mobiles, un peu moins sûrs de notre démarche, est-ce que l'environnement tiendra toujours ? Et c'est difficile psychologiquement à faire passer...

L'autre grand axe concerne la transition domicile-maison de retraite

Nous le savons : on va rarement en maison de retraite de son plein gré, on y entre le plus tard possible, 85 ans en Charente) ; on y arrive trois fois sur quatre en situation d'urgence après un accident, une hospitalisation et c'est une panique générale ! Comment empêcher cette situation ? Nous travaillons, avec les maisons de retraite, sur l'idée de faire d'elles des plateformes ouvertes sur l'extérieur, sur leur environnement pour que cette dernière étape ne soit pas invivable.

Le reste fonctionne correctement. Je suis un doux rêveur mais pas totalement. Il y a 66 personnes sur l'arrêté de nomination de président du conseil général ; un tiers travaille assidument, un tiers travaille occasionnellement mais qui s'intéresse, un tiers qui ignore (cordialement) qu'il est membre du CODERPA. Cette statistique ne doit pas être particulière à la Charente.

Les CODERPA sont membres de la Conférence régionale santé autonomie. Nous avons créé un genre de collectif informel avec nos collègues du Poitou-Charentes. Les CODERPA sont effectivement présents dans chacune des commissions, de la commission permanente à la commission de contrôle en passant par les quatre commissions spécialisées.

Robert Dumont (CODERPA Alpes-Maritimes) : je suis vice-président et président du bureau ; nous travaillons au sein de 18 à 20 instituts privés, publics, structures, CCAS, hôpital, schéma gérontologique... notre credo est d'inciter à essayer de faire mieux et autrement au profit des personnes âgées, handicapées et migrants vieillissants. Partout où nous allons, nous entendons toujours parler de la dépendance. Nous nous demandés si on avait plus de chances d'être dépendants que de toucher l'euro million !

On a pensé que c'était plus la dépendance et qu'il fallait donc aller en amont. Nous avons décidé d'essayer d'être concrets et avons lancé une enquête auprès de 3000 personnes âgées de plus de 70 ans. Elle était constituée d'un écrit de 40 questions, élaborée avec la faculté de médecine et le centre hospitalier. Nous l'avons envoyée par le biais des associations et des syndicats qui ont très bien joué le jeu. Nous avons reçu 450 réponses dont 320 exploitables.

Le problème était de détecter la fragilité avant que les gens ne soient dépendants. Nous avons constaté que 20% des réponses exploitables nécessitaient une intervention auprès d'un médecin car il s'agissait de personnes en situation de fragilité. Nous avons ensuite contacté les mairies, notamment Nice et Cannes, qui sont en train d'élaborer des centres de consultation pour les personnes de plus de 70 ans pour leur permettre, à travers, non pas des examens médicaux, mais des questionnaires et des entretiens, de déterminer que leur parcours de vie les amène à être plus fragiles que d'autres. Le but était de favoriser une dépendance le plus tard possible, de favoriser une diminution des frais (plus vous êtes dépendants, plus vous coûtez) et de permettre socialement à ces personnes de s'insérer dans leur milieu. Cette enquête a depuis été reprise par les Catalans – les professeurs de l'école de médecine l'ont vendue (dans le bon sens du terme) en Catalogne. J'avais diffusé l'information au CNRPA et dans ma centrale syndicale. Trois ou quatre CODERPA et centres hospitaliers m'ont demandé des informations. C'est quelque chose que chacun peut faire et qui est novateur par rapport à l'environnement. L'environnement qui nous écoute et nous reçoit n'a pas besoin d'entendre de revendications mais d'entendre quelque chose pour les personnes âgées, les handicapés vieillissants. On a parlé des handicapés... Et la sexualité des handicapés ? Personne n'en parle ! Pourquoi ? Les aidants : on en parle. Que fait-on ? Nous travaillons actuellement sur les aidants ainsi que sur le suicide des personnes âgées. Nous avons besoin d'exprimer que nous sommes différents de toutes les structures qui existent. J'ajouterai que nous ne représentons pas les usagers mais nous représentons une population. Ce n'est pas pareil. Il s'agit d'une population qui vote, qui paie des impôts, une population qui, par notre intermédiaire, peut être très constructive si on le veut.

Sylvain Denis : merci. Ces trois exemples, que nous avons voulu répartir sur tout le territoire, correspondent à trois expériences assez caractéristiques mais qui se rejoignent par leur contenu si ce n'est par la méthode qui dépend à la fois de la personnalité des membres du CODERPA mais aussi de la personnalité du conseil général et de ce que veut bien faire le conseil général du CODERPA. Il y a des endroits où ils ne veulent rien faire et il y a des endroits où ils s'aperçoivent que ça peut servir à quelque chose. Une question importante est arrivée et que nous vivons depuis plus d'une année et qui a amené, dans certains cas, les conseils généraux à créer des CODERPA, qui n'existaient quasiment pas avant, c'est celle de la représentation dans les ARS. Le texte constitutif de la loi HPST prévoit bien que dans les ARS, les CODERPA doivent envoyer des représentants. Les départements qui n'avaient pas de CODERPA se sont trouvés un peu coincés.

Yvon Le Yondre, Vice-président du CODERPA de la Gironde : nous sommes venus aussi pour débattre... concernant la présence des CODERPA à l'ARS, notre collègue parisienne vient de nous indiquer que, dans sa région, l'ARS a nommément désigné le CODERPA. C'est donc le préfet qui a désigné le CODERPA pour représenter...
(protestations dans la salle)

...je rectifie... mais en définitive, c'est sur proposition du directeur de l'ARS que le préfet désigne les représentants du CODERPA. On ne va pas entamer un débat là-dessus...

C'est la question qui m'intéresse : pourquoi dans certaines régions, ce sont les CODERPA qui siègent à l'ARS et dans d'autres, ce sont les usagers ?

Sylvain Denis : Monsieur, je crois qu'il faut se reporter aux textes.

Yvon Le Yondre : en Aquitaine, la nomination des CODERPA – l'intitulé des représentants des CODERPA a été supprimé par le préfet. Ce n'est pas le CODERPA qui siège en tant que tel, c'est parce que nous avons désigné des personnes mais sur la nomenclature des référents, ce ne sont pas les CODERPA qui sont représentés. Nous sommes noyés dans la masse. Au niveau du CNRPA, qu'avez-vous fait pour que le texte auquel vous faites référence soit appliqué dans toutes les régions de la même façon ?

Sylvain Denis : je prends acte de ce que vous nous dites. Je pense que, dans le questionnaire, Maud et Marie ont dû repérer quelques dysfonctionnements de ce genre. Grâce à ce questionnaire et à vos interventions, nous allons mettre à l'ordre du jour du CNRPA la façon dont il faut améliorer les choses et peut-être interpellier le ministère pour demander qu'est-ce que le législateur a voulu dire et comment peut-on faire appliquer les souhaits du législateur et non pas laisser chaque préfet, chaque directeur général d'ARS faire ce qu'il a envie de faire.

Mme Isnard : quand j'ai parlé qu'il s'agissait d'usagers, ce sont des usagers qui sont proposés par le CODERPA à la direction de l'ARS qui décide mais les représentants que nous avons proposés au CODERPA de Paris, sont des représentants d'associations ou de syndicats de retraités et uniquement de ce collège. Nous ne sommes même pas obligés de présenter des gens qui font partie du CODERPA. On peut très bien décider de présenter un représentant d'une association de retraités qui ne siège pas au CODERPA.

Yvon Le Yondre : par ailleurs, j'ai trouvé fort intéressant l'intervention de votre collègue qui dirige le comité pour le handicap. Concernant l'accessibilité, le CODERPA en Gironde est fortement impliqué dans la sous-direction départementale de l'accessibilité. Nous n'avons pas la chance de pouvoir travailler sur tous les fronts mais l'accessibilité nous concerne tous. Si vous n'avez pas été invité à cette sous-commission départementale qui existe dans tous les départements, pour siéger, et dans laquelle nous évaluons la possibilité pour les personnes à mobilité réduite de se déplacer, je vous invite à vous rapprocher de votre préfet pour lui demander de pouvoir y siéger.

Sylvain Denis : c'est un point qui est noté. C'est l'occasion d'échanger et de se dire qu'il faut y aller.

Marie-Thérèse Andreux : je suis présidente du CODERPA de Meurthe-et-Moselle et présidente à part entière puisque nous appliquons exactement l'article 57 de la loi de 2004 de façon à ce que les conseils généraux ne soient pas juge et partie. C'est la première vice-présidente du conseil général, chargée de l'action sociale, qui est ma vice-présidente. A côté de moi, le président de la commission retraités – personnes âgées citoyens à part entière – je ne détaillerai pas tout ce que fait le CODERPA de Meurthe-et-Moselle mais savez-vous que, la semaine dernière, j'ai envoyé à tous les CODERPA de France la référence du rapport d'activité que nous présentons au conseil général et qui est débattu dans l'assemblée départementale tous les ans et qui fait un échange total avec le conseil général sur le travail. Nous sommes associés à tout ce qui concerne la question des personnes âgées. C'est d'ailleurs dans l'arrêté du conseil général de 2006. Vous pouvez donc avoir les références.

Il n'y a pas de temps pour la parole et c'est tout de même embêtant mais je voudrais quand même dire que je suis totalement en accord avec ce qu'a dit Patrick Gohet : la démarche de la place du handicap - pas des handicapés - en général et donc de la

convergence et leur manière de travailler. Dans ce cadre, je suis choquée du fait que, y compris le CNRPA, prenne le terme de dépendance. Nous nous sommes battus pour la loi de 2001, pour que ça soit bien la perte d'autonomie - la dépendance signifie que l'on est à charge (*applaudissements*) et que l'on ne soit pas capable d'être citoyen. C'est bien l'approche de la perte d'autonomie - nous le mettons dans notre rapport en premier, dès notre introduction. Ce rapport a été voté à unanimité par le CODERPA puisque c'est le rapport de tout le travail de l'année et les pistes de travail pour l'année à venir. Nous sommes donc vraiment choqués. D'ailleurs, le CS national l'a bien compris parce que, malgré la commande du président de la république sur le terme de dépendance, il a bien dit qu'il fallait utiliser le terme de perte d'autonomie. Si nous sommes des citoyens comme tout le monde, nous devons effectivement participer à faire que nous ne soyons pas malades et que nous soyons nous-mêmes en lutte contre la perte d'autonomie.

Je m'étonne aussi que le CNRPA ne soit pas monté sur la question de l'approche. Nous avons donné une brochure Lamont Valérie ROSSO DEBORD, dans notre CODERPA. Nous avons combattu complètement son rapport. Il est grave de dire que les personnes âgées et les retraités coûtent 24 milliards ! C'est vraiment faire une ségrégation qui est grave. Que l'on mette en évidence le fait que ça a coûté x millions pour faire de la prévention, je suis d'accord. Mais nous ne sommes pas du tout d'accord avec son approche. Nous avons fait beaucoup de colloques, vous l'avez dans la brochure et vous pouvez la lire. C'est embêtant, qu'au niveau de la santé, on nous mette complètement à part.

Si vous lisez les rapports des groupes de travail, la situation financière n'est pas catastrophique par rapport à la question de l'accompagnement de l'âge et je ne dirai pas de la prise en charge. C'est bien une conscience citoyenne et une révolution mentale, comme on l'a dit depuis longtemps, qu'il faut faire dans les esprits pour que les retraités existent encore véritablement dans notre société.

(Applaudissements).

Jean-Pierre Lavieville, représente Force ouvrière, CODERPA du Nord : notre CODERPA n'a pas d'instance à part un président délégué du conseil général, qui souffre de problèmes de gouvernance comme cela a été dit dans cette salle et à la tribune. Je voudrais revenir sur le travail réalisé et présenté par les rapporteurs que je voudrais féliciter. Ce n'est pas facile de faire des synthèses et nous sommes tous confrontés à ce genre de problèmes régulièrement. Une critique au passage : le questionnaire est arrivé après la date d'échéance. Il a été réalisé par les services et non pas par le CODERPA. Je le regrette. Objectivement, je dois reconnaître qu'il y a des questions auxquelles seuls pouvaient répondre les services. C'est pour moi un outil. Je me suis enrichi dans la présentation de la synthèse. Ça pourrait pratiquement être un tableau de bord du CNRPA si ce questionnaire pouvait être renouvelé, pouvait vivre dans le temps, en faisant des constats année par année. Ça serait intéressant pour tout le monde, à commencer par tous les membres des CODERPA.

Sylvain Denis : Mesdames, vous n'êtes pas au chômage !

Jean-Pierre Lavieville : un point n'a pas été développé et sur lequel je voudrais insister, celui du fonctionnement et de la composition du CODERPA qui sont variables à l'infini. À commencer par la gouvernance. Une initiative intéressante avait été prise récemment : essayer d'élaborer des statuts harmonisant les statuts et les règlements intérieurs des CODERPA. Si on commençait par là ou si on essayait de mettre ça sur pied, peut-être que les CODERPA fonctionneraient mieux ? Ne prenez pas ce que je vais dire pour une paraphrase de certains qui luttent contre l'IVG mais je dis : laissez-nous vivre ! Je

m'adresse directement au représentant des départements de France. Nous sommes sous la tutelle du conseil général. Ça commence à bien faire ! On ne peut pas fonctionner, on n'a pas de moyens, on n'a pas de vraie gouvernance. C'est tant mieux que des présidences de CODERPA qui émanent du premier collège si possible. J'ai noté quelques mots :

- problèmes de moyens,
- problèmes de reconnaissance. On bosse comme des malades ! Nous avons trois commissions : je passe mon temps à travailler, à auditionner, à écrire et dire des choses. Les conseillers généraux se fichent pas mal de ce que nous disons et de ce que nous faisons. Ça suffit ! Il faut qu'ils nous laissent vivre et qu'ils nous écoutent, que l'on puisse travailler ensemble ;
- problèmes d'harmonisation à commencer par les statuts ;
- problèmes de réseaux - quand est-ce que les CODERPA travailleront ensemble, échangeront sur ce qu'ils font ?
- problème de relation avec le conseil général : le problème des saisines. En deux mandats, nous avons été saisis deux fois, une fois sur le club des aînés, une fois sur la convergence tarifaire. Ça suffit. On n'est pas informé, on n'est pas saisi ;
- problèmes de méthodes de travail. Je siège par ailleurs au Cever du Nord Pas-de-Calais. J'estime que nous devrions travailler de la même façon avec des rapports et des avis qui seraient soumis au conseil général. Ils en feront ce qu'ils voudront, ce sont des élus, ce sont eux qui ont le dernier mot. Mais, que l'on puisse travailler correctement et être reconnus.

(Applaudissements)

Sylvain Denis : très rapidement, un premier élément de réponse sur les relations avec les conseils généraux. Je sais que la situation est extrêmement diverse. Les contacts que nous avons pu avoir avec les différents CODERPA montrent que c'est très compliqué. Ce que vous nous dites Monsieur ne me surprend pas même si, dans certains départements, les choses se passent mieux. C'est quelque chose que nous allons entendre aujourd'hui et nous allons proposer à l'Assemblée des départements de France une nouvelle réflexion commune. Je vous rappelle que, sur les statuts et sur la composition du CODERPA, il y avait eu une proposition de l'ADF qui avait été envoyée à tous les conseils généraux en 2005 et ça n'a jamais été suivi d'effets dans la plupart des conseils généraux. Il faudrait peut-être remettre l'ouvrage sur la table et revoir avec l'ADF si l'on peut faire quelque chose de mieux. Je suis d'accord avec vous pour dire que la situation n'est pas satisfaisante.

Jean-Pierre Arbaetz, retraité CFDT de la Somme : je voudrais rebondir sur ce sujet qui crée un certain nombre de confusions dans les départements. Je suis président du CODERPA de la Somme. Conformément à la proposition d'harmonisation diffusée par le CNRPA en mai 2005, nous avons une composition qui reprend les 16 sièges du premier collège, un peu à l'image du CNRPA dans la mesure où ils existent réellement dans notre département. Comme il n'y en avait que 14, nous en avons ajouté deux qui sont particuliers à notre département. Dans cette proposition d'harmonisation, entre autres du CNRPA, il était bien précisé que le président du CODERPA était un membre du premier collège. Je vous rappelle que le CODERPA, en 1982, était présidé par le préfet. En 2005, il est placé auprès d'une instance consultative placée elle-même auprès du président du conseil général. Ce n'est pas du tout la même chose. Lorsque votre président de conseil général ou un membre du conseil général est président du CODERPA, c'est comme si votre président de conseil régional était président du Ceser, ce que personne ne peut concevoir. Il faut donc corriger cette situation. À ce jour, nous sommes 8 en France où conformément aux textes, à la lecture et à la compréhension du texte de l'article 57 de la loi du 13 août 2004, ce n'est pas le représentant du conseil général qui est président du CODERPA. Donc cette proposition d'harmonisation du CNRPA en mai 2005 a été

transmise au président de l'association des départements de France, lequel l'a diffusée à tous les présidents de conseils généraux de l'époque.

Sylvain Denis : ça doit être dans un placard !

Marc Bécher, vice-président du CODERPA de Saône et Loire : pour des raisons que vous imaginez et que vous connaissez dans les différents départements, le conseil général de Saône-et-Loire a eu des difficultés financières qui l'ont amené à faire une augmentation d'impôts de 13,5 %. Pour assurer que les sommes étaient bien affectées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, il y a eu création d'un comité financier de contrôle d'affectation de ces fonds. Ces fonds ont été vérifiés, poste par poste, par ce comité financier qui était composé de membres du CODERPA, du comité départemental des personnes handicapées, d'un jury citoyen de 16 personnes et de 8 élus. Cette opération a été extrêmement intéressante car c'est l'intérêt de pouvoir contrôler l'affectation des fonds destinés aux personnes âgées et handicapées suivant des lignes politiques qui sont données et qui sont rarement vérifiées. Nous avons pu le vérifier poste par poste, centime par centime.

Sylvain Denis : vous avez beaucoup de chance ! Je ne suis pas sûr que, dans les départements, on vous mette les chiffres entre les mains ainsi...

Mme ?, Poitou-Charentes : je voudrais revenir sur la question de la participation des CODERPA aux ARS. Pour la région Poitou-Charentes, les quatre CODERPA se sont réunis au début de la loi ARS et ont constitué en collectif à leur initiative. Nous avons fait un courrier au président de l'ARS en lui disant que nous souhaitons que les quatre CODERPA soient représentés à l'ARS pour représenter les personnes âgées. Le directeur de l'ARS nous a répondu : effectivement, les quatre CODERPA de Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et la Vienne sont représentés à l'agence régionale de santé. Nous préparons déjà depuis plus d'un an le projet régional stratégique de santé. Nous avons fait des contributions communes que nous avons remises à l'ARS. Elles ont été entendues et prises en compte dans ce projet. C'est ce travail collectif qui est important et qui donne de la force à nos interventions. Nous sommes aussi intervenus sur la dépendance en rappelant qu'il s'agissait davantage de la perte d'autonomie que de la dépendance. Nos contributions sont toujours discutées collectivement au sein des quatre CODERPA. C'est un travail qui permet de reconnaître la parole des personnes âgées. Nous avons été invités à la conférence régionale du CNRPA à Limoges. Or la Vienne est en Poitou-Charentes !

Sylvain Denis : nous allons la mettre en œuvre.

État des lieux des travaux concernant la perte d'autonomie : information par **Janine DUJAY-BLARET**, membre du CNRPA

Sylvain Denis : je vous confirme que les commissions régionales sont toujours d'actualité et doivent être mises en place. Déjà, une douzaine sont installées et se sont réunies. Il y en a encore cinq ou six à lancer et nous allons les mettre en place dans un avenir très proche. Il faut que nous nous mettions d'accord avec l'ARS et les vice-présidents de CODERPA. Vous avez dans votre dossier une liste des responsables au niveau du CNRPA de chacune des régions. Nous n'avons donc aucune inquiétude à avoir. Ce n'est pas toujours simple à monter et je sais que, dans un certain nombre de régions, les CODERPA se sont organisés entre eux, car il y a eu cette vacance d'un an.

Cette vacance est due au fait que le CNRPA ne s'est pas réuni tout de suite et qu'en plus, les ARS ont mis un an à se mettre en place. De plus, nous n'étions sans doute pas leur priorité ! Désormais, on peut leur téléphoner sans aucune inquiétude et l'on ne se fait pas jeter.

Nous allons vous distribuer, à la fin de la table ronde, une **déclaration solennelle** à l'occasion des rencontres de la journée nationale du CNRPA du 22 septembre 2011, déclaration que nous avons préparée au niveau du comité de pilotage et qui a été approuvée par le bureau : « *Les participants de cette journée sont consternés par le nouveau report de la loi sur la perte d'autonomie promise par le président de la république. Après quatre ans de travaux, de consultations, d'analyse, en particulier pendant le premier semestre 2011, un projet de loi pluriannuelle pouvait être présenté. Les quatre groupes de travail, installés par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités de la cohésion sociale, et les consultations en province avaient permis de donner un éclairage complet sur la question des personnes âgées fragiles. Les participants réaffirment les demandes du CNRPA, en date du 21 juin 2011 : une prise en charge collective d'une personne en situation de handicap, quel que soit son âge, une prestation qui interviendrait en plus de la couverture des besoins des soins et des revenus de remplacement éventuellement nécessaires, une compensation pour tous et une réponse adaptée à chacun, des moyens nouveaux de protection sociale dans le cadre de la solidarité nationale.* » Cette déclaration reprend les principes généraux que nous avons moult fois répétés mais je voulais vous la lire pour vous en informer. C'est l'occasion de les répéter une fois de plus.

Janine Dujay-Blaret va vous faire le point sur la situation. Ensuite, nous commencerons notre table ronde.

Janine Dujay-Blaret : il me revient la responsabilité et l'honneur de vous parler de l'état du dossier sur l'autonomie - nous préférons dire, aide à l'autonomie que perte de l'autonomie, plus encore que dépendance - et ce qu'on fait les CODERPA, le CNRPA cette année.

Il serait très facile pour moi de vous dire : circulez, il n'y a rien à voir ! Mais ces propos simplistes donneraient une image réductrice du CNRPA. En effet, nous nous sommes tous investis et en particulier la commission prévention-santé. Dans un premier temps, il nous a paru important de nous pencher sur l'accès aux soins après avoir fait le constat que de remboursement en franchise, de perte de pouvoir d'achat en exclusion de certaines maladies de l'ALD sans oublier l'augmentation du forfait hospitalier, en cas d'hospitalisation, des personnes âgées ne peuvent plus se soigner convenablement, incapables pour certaines d'entre elles d'accéder à une mutuelle, voire de la conserver. De telles constatations nous ont amené à concevoir le questionnaire exposé ce matin. La prévention fut abordée en tenant compte de nos recommandations antérieures et nous avons d'autre part pris note du dernier rapport de la CNSA sur ce sujet. Nous suivons avec attention l'exécution du plan Alzheimer 2008-2012 et nous avons d'autre part, été consultés sur différents projets de loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, et Mme Anne-Marie Monchamp, secrétaire d'État, suite au discours du président de la république de février 2011 ont organisé un débat national : « *la dépendance, le débat national : poser les enjeux* ». Madame la ministre a souhaité que deux membres du CNRPA soient présents dans les quatre groupes de travail mis en place : société et vieillissement, enjeux démographiques et financiers de la dépendance, accueil et accompagnement des personnes âgées, stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Nous avons participé d'autre part aux assises de la dépendance : les départements s'engagent. Nous savons et nous avons eu connaissance d'une saisine qui a été faite au CESE, le Conseil économique, social et environnemental. Nous avons eu également connaissance et analyser le rapport du Haut conseil de la famille ainsi que celui du Haut conseil pour l'assurance-maladie. À ce moment-là, notre commission est devenue «prévention, santé, autonomie ». En 2004, le CNRPA faisait le communiqué suivant : « *le CNRPA, fidèle à ses principes, est favorable à une prise en charge collective, quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap* ». En 2007 et en 2011, il a pris position sur la question de la compensation de la perte d'autonomie et validé un document de synthèse. Le CNRPA a pris connaissance de ces différents rapports ; tous ont signifié et ont souligné que le mot dépendance devait être remplacé par aide à l'autonomie, quel que soit l'âge. Nous avons parlé ce matin de la barrière de l'âge et de la loi de 2005 qui n'est toujours pas appliquée, que le vieillissement était un véritable enjeu de société, que la personne âgée est une chance pour notre société, que les questions financières ne peuvent être dissociées de la place de la personne âgée dans la société, que la prévention doit démarrer dès le plus jeune âge, que le reste à charge des personnes en situation de handicap, au domicile, comme en établissement ou en structure d'accueil, doit être supportable pour tous, enfin, que la solidarité nationale doit financer cette aide à l'autonomie. Le CNRPA approuve ces conclusions et ne peut accepter qu'elles ne soient pas rapidement suivies d'effets. Monsieur le vice-président vous a lu la motion que nous vous proposons de faire immédiatement.

Il me reste à me poser une question : que va-t-on faire ? Et je crois que c'est la table ronde qui va essayer de nous informer. Merci.

Table ronde sur l'autonomie des personnes âgées réunissant des représentants d'usagers et d'experts, avec la participation de :

Sabine FOURCADE, Directrice Générale de la Cohésion sociale

Mireille ELBAUM, professeure au CNAM

Henry NOGUÈS, professeur émérite à l'université de Nantes, économiste

Charles BERDER, membre du CNRPA

Jérôme GUEDJ, Président du Conseil Général de l'Essonne

Animation : Bernard ENNUYER, professeur associé à l'université René Descartes - Paris 5, sociologue

Sylvain Denis : Bernard Ennuyer est chargé d'animer cette table ronde. Nous accueillons :

- Mme Sabine Fourcade. C'est elle qui nous héberge à la Direction générale de la cohésion sociale. Elle a été nommée au poste de direction en début de l'année et nous l'en félicitons en lui souhaitant, bon courage car ce n'est pas un endroit facile !
- Mme Mireille Elbaum, professeure au Conservatoire national des arts et métiers et qui a une carrière précédente qui lui fait bien connaître ce ministère, en particulier tous les éléments statistiques et factuels ;
- M. Henry Nogues, économiste, jeune retraité de l'éducation nationale, plus exactement des universités et qui est un spécialiste de ces questions ;
- M. Charles Berder, membre du comité national, qui va représenter les usagers, victimes et aux autres personnes fragiles ;
- M. Jérôme Guedj, Président du conseil général de l'Essonne.

Bernard Ennuyer : j'ai entendu ce matin un certain nombre de récriminations sur le fait que vous n'aviez pas le temps de parler. Je vous rassure : ça sera pareil cette après-midi ! Mais, sur le débat très important actuel qui concerne tous les citoyens, dont vous faites partie, il est vital que chacun s'exprime par tous les moyens dont il dispose : des moyens écrits, auprès des plus hautes autorités mais aussi auprès de vos élus locaux, de vos journaux, des médias pour faire caisse de résonance pour que le grand public prenne la mesure d'un enjeu extrêmement complexe. Je travaille sur ce champ de la dépendance depuis 40 ans (je fais exprès d'utiliser ce mot car c'est celui qui est utilisé depuis 40 ans). La ministre nous a dit ce matin que nous en prenions encore pour 10 ans et ça fait 30 ans que j'entends cela ! Si nous voulons que ça aille un peu plus vite, il y va de notre responsabilité citoyenne. Je vous invite, si vous ne pouvez pas parler ici, à parler au dehors et à susciter tous les moyens pour obliger les gens qui nous gouvernent, de quelque bord qu'ils soient, à nous entendre. Voilà le premier message que j'avais envie de vous faire passer (*applaudissements*).

Je propose de faire une courte introduction d'une minute sur cette « foutue » perte d'autonomie qui me sort pas les yeux ! On est passé de Charybde en Scylla. J'ai écrit depuis 30 ans que la dépendance était un mauvais mot : nous sommes tous des personnes âgées dépendantes. Nous avons tous un âge et nous avons tous besoin les uns des autres pour vivre (je dois ça à un professeur de sociologie qui s'appelait Albert MEMMI et qui disait que la dépendance, c'est la condition humaine). De grâce, arrêtons d'affubler certaines personnes de ce stigmate de la dépendance ! D'aucuns ont fini par comprendre ça au bout de 30 ans et ont dit : comme ça serait intelligent de parler de perte d'autonomie. C'est bien pire ! Prenez la définition de l'autonomie kantienne, le choix de décider de la vie suivant les règles en se donne, la perte d'autonomie voudrait dire que lorsque les gens ont des difficultés de la vie quotidienne, ils n'ont plus le choix de

leur mode de vie (alors qu'on nous bassine avec le libre choix). Je sais que les toubibs disent : tu n'as pas compris, moi je parle de l'autonomie fonctionnelle. Et j'ai entendu tout le débat sur Alzheimer, un philosophe que j'aime bien, Fabrice GZIL parlé « d'autonomie décisionnelle ». D'autres parlent de « l'autonomie relationnelle ». J'ai inventé le nouveau concept « d'autonomie solidaire » (j'ai cru entendre cela dans les propos de Patrick Gohet).

La perte d'autonomie est donc un mauvais mot et je voudrais rappeler aux Français que nous sommes en Europe où l'on parle, non pas des raisons d'avoir des difficultés, mais des réponses, « long term care » aide et soins de longue durée. Il y a des gens de tous âges, pour des raisons complètement différentes, qui ont besoin qu'on les accompagne tout au long de leur vie. Et si l'on est d'accord qu'il doit y avoir des réponses différentes, il n'y a pas de raison qu'il y ait comme aujourd'hui une rupture de l'équité de droit à 60 ans. Des réponses différentes dans une équipée de droit, c'est ce que ça veut dire. Plutôt que d'utiliser des termes qui sont barbares, je vous renvoie à ce que nous a dit Denis Sylvain qui a parlé de « situation du handicap quel que soit l'âge. » Patrick Gohet nous rappelait, qu'au-delà des déficiences et des pathologies, l'environnement est souvent la cause première de ce qu'on appelle le « désavantage social ». Pourrait-on donc faire un effort pour parler d'incapacité, de limitation d'activité mais aussi de capacité et d'activités ?

Je finirai en disant que je reste adepte du travail de la CNSA, d'octobre 2007, qui a voté à l'unanimité la nécessité d'un droit universel à une prestation personnalisée de maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et de la participation à la vie sociale. Il ne s'agit pas simplement d'aider les gens à rester chez eux (j'ai été directeur de service à domicile pendant 32 ans) mais il s'agit aussi de veiller à ce qu'ils continuent, autant qu'ils le peuvent, à être des acteurs et des citoyens à part entière. Retenez donc cette définition : « *quel que soit l'âge, un droit universel à prestation personnalisée de compensation pour le maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale* ». Cela renvoie à quelque chose que les Français ignorent fondamentalement : la classification internationale du fonctionnement humain, la CIFHIFH, votée en mai 2001.

Mireille Elbaum, tu es professeure d'économie et tu enseignes aussi les politiques de protection sociale. Tu vas nous présenter un topo assez large : que se passe-t-il globalement, au-delà de cette incapacité de certaines personnes ?

Mireille Elbaum :

Merci de m'accueillir en me faisant participer à vos réflexions. Initialement, j'avais été sollicitée pour cette table ronde pour donner une appréciation, à la lumière des travaux que j'avais conduits en 2008, sur les décisions gouvernementales qui devaient être prises sur la dépendance et le cinquième risque. Du fait de leur report et des évolutions importantes de la situation économique et des politiques sociales, j'ai été conduite à modifier le point de vue de cette intervention. Je vais essayer, de façon un peu plus globale, mais peut-être aussi un peu plus acrobatique, de formuler quelques réflexions sur l'évolution des débats sociaux relatifs à la situation des personnes âgées en France, avec un angle qui est celui d'une économiste. J'espère donc que ces propos ne vont pas être trop éloignés de vos préoccupations.

1 –Que nous ont appris des travaux et des débats récents conduits sur la dépendance ?

Ces travaux ont été très riches et nous ont donné l'occasion de réactualiser les projections et les visions que l'on avait jusqu'alors. J'en tire quant à moi cinq enseignements :

- Les incertitudes apparaissent plus fortes et la vision moins optimiste qu'auparavant sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité. Les travaux de Jean-Marie Robine et d'Emmanuelle Cambois montrent notamment que les progrès d'espérance de vie sans incapacité sévère se poursuivent après 65 ans, mais stagnent pour les incapacités modérées. C'est aussi le cas pour les restrictions d'activité sévère chez les femmes et les personnes de 50 à 65 ans, donc avant même le stade de ce qu'il convient d'appeler la vieillesse. Cela pose des questions importantes, parmi lesquelles bien sûr celle de la prévention. Or, ce sujet ne concerne pas seulement les personnes déjà âgées de 60 ou 65 ans, mais aussi les comportements de santé au cours de la vie adulte et de la vie active, notamment tout ce qui concerne la santé au travail. .
- À partir d'une réévaluation des dépenses publiques consacrées à la dépendance (24 milliards d'euros, soit 1,2 % du PIB), les projections réalisées laissent apparaître des besoins de financement futurs qui sont loin d'être insurmontables. Ils ont été évalués par les groupes de concertation à environ 0,5 point de PIB entre 2010 et 2040 dans le scénario intermédiaire et jusqu'à 0,7 point de PIB dans le scénario le plus élevé. Il s'agit toutefois plutôt d'une fourchette basse, car les projections de la Commission européenne et de l'OCDE sont un peu plus élevées (0,8 à 1 point de PIB). Il faut en outre regarder de près le mode d'indexation des prestations - si elles ne suivent pas les salaires, cela posera problème pour financer les aides humaines, essentielles en matière d'aide à l'autonomie. Enfin, ces évaluations ont été réalisées à réglementation constante, et ne prennent donc pas en compte les problèmes actuels de restes à charge dans certains cas trop importants pour les familles.
- Le troisième acquis de ces travaux est justement une meilleure approche des restes à charge, relativement bien connus en matière de santé, mais pas pour la perte d'autonomie. Sur des dépenses totales de 31 milliards (dont 24 de dépenses publiques), ils ont été estimés au total à 7 milliards. Et ces travaux ont confirmé les deux problèmes les plus lourds et les plus urgents en la matière : d'une part, la prise en charge des dépendances les plus lourdes à domicile (pour les GIR 1 et 2 avec une saturation des plans d'aide de l'APA) et surtout, l'hébergement en établissement, puisque d'après les enquêtes le reste à charge moyen au titre de l'hébergement atteignait 1400 € par mois en 2007, avec bien sûr de très fortes disparités. .

Quatrième enseignement : le recours massif à l'assurance dépendance privée, qui avait été présenté à un moment comme la solution au problème de couverture du risque dépendance, a très largement été repoussé après diverses études. J'avais en 2008 mobilisé une série d'arguments économiques montrant l'inefficacité de cette réponse pour un risque aussi incertain et à long terme. Ces arguments ont eu au début du mal à être compris, alors qu'ils se voulaient déduits des enseignements de l'analyse économique. Or, ils ont à l'évidence trouvé un écho dans les recommandations du groupe Fragonard, et ont été repris, quasi à l'identique, dans le rapport que l'OCDE a récemment consacré à la prise en charge de la dépendance, et qui dit clairement que l'assurance privée ne peut jouer qu'un rôle de « produit de niche ». La raison essentielle réside bien sûr dans les incertitudes qui entourent la dépendance, sachant que c'est un risque à très long terme, et que le marché de l'assurance privée a alors peu de capacité à le couvrir de façon efficace sans une très forte régulation publique. On retrouve d'ailleurs ces éléments dans la prudence manifestée par les assureurs, qui ont réalisé qu'à partir du moment où cette solution était envisagée, des contreparties importantes allaient leur être demandées

en matière de reconnaissance du risque, d'absence de sélection des assurés, et de garantie d'un panier de soins ou de services minimaux.

- Cinquième enseignement enfin : l'imbrication des financements et des modes d'intervention, qui a été particulièrement soulignée par ces travaux, lesquels ont mis au premier plan les problèmes de redéploiement, de fluidité et d'efficacité des prises en charge dans les champs respectifs de la santé et des soins aux personnes âgées, y compris en ce qui concerne les prises en charge hospitalières (les travaux du HCAAM sont très illustratifs à ce sujet). Cela pose vraiment la question la capacité de notre organisation actuelle à assurer cette fluidification et ce redéploiement, dans la mesure où le rôle pivot donné aux ARS va de pair avec des mécanismes de contractualisation et de programmation extrêmement complexes et difficiles à articuler avec la mission par ailleurs dévolue aux collectivités départementales. On voit aussi émerger le sujet de la prévention, y compris en association avec les problèmes d'habitat et de logement. C'est un sujet désormais unanimement reconnu, mais dont on voit bien qu'il est en train de créer des tensions entre institutions et organismes, qui sont plusieurs à revendiquer un rôle leader en la matière. Si on ne reprend pas plus globalement l'idée de « cinquième risque », avec une vision d'ensemble de la perte d'autonomie, on risque donc d'ajouter à la complexité actuelle de nouveaux entrecroisements de compétences sur ce sujet nouveau pourtant essentiel.

Voilà donc ce que j'ai tiré des débats et des rapports récents sur la dépendance, avec une vision bien sûr tout à fait personnelle.

2 - Comment le débat social a-t-il récemment évolué, y compris dans les autres champs de la protection sociale ?

On débouche donc aujourd'hui sur une certaine globalisation des problèmes de soins aux personnes âgées, déjà en germe avec les travaux de la CNSA sur la perte d'autonomie, mais dont on voit bien, qu'avec les sujets de santé tels que les a posés le HCAAM et celui de la prévention, ils se globalisent encore davantage. Le débat social en cette rentrée 2011 soulève par ailleurs des questions encore plus larges, qui percutent, avec la crise et les mesures de rigueur, les capacités de prise en charge financière de la dépendance. Des évolutions un peu contradictoires se dessinent à cet égard quant à la situation relative des personnes âgées dans l'économie et la société.

On peut en donner quelques exemples :

- En matière de retraites, il y a pour le moment des difficultés à avoir une vision claire car il n'existe pas de simulation disponible, et encore moins partagée, sur les effets combinés de la réforme prévoyant le recul des âges légaux à 62 et 67 ans et de l'allongement à 41,5 ans de la durée de cotisation pour la génération 1955 décidée juste après. Les évaluations sont à cet égard différentes selon les organismes, sachant que les diverses dispositions ne touchent en outre pas les mêmes catégories de travailleurs âgés.
- La crise a par ailleurs mis en évidence un effet ambigu et paradoxal des mécanismes d'indexation des retraites. Le fait que celle-ci suive uniquement les prix a joué négativement sur le niveau relatif des pensions eu égard aux revenus des actifs, avec un écart de plus en plus important au fil du temps. Dans la crise, ce mécanisme d'indexation a eu un effet inverse : il s'est révélé protecteur pour les revenus sociaux, et ce sont les jeunes et les actifs qui ont avant tout supporté l'impact négatif de la crise sur leurs revenus. L'idée de renforcer les prélèvements sur les retraités est alors revenue dans le débat, avec un rapport de l'IGF qui suggère l'harmonisation des prélèvements sociaux et fiscaux sur les retraités et les actifs, et notamment un accroissement de la CSG sur les pensions. Or, ce sujet peut difficilement selon moi être regardé isolément. Il faudrait alors reposer la question, lorsque la croissance va

redémarrer, du parallélisme entre l'évolution des pensions et celle du revenu des actifs. Les implications d'une telle mesure sont en outre différentes selon qu'elle est mobilisée pour réduire les déficits publics, pour financer la réforme de la dépendance, ou dans le cadre d'une réforme beaucoup plus globale de la fiscalité, telle une fusion CSG-IR qui comporterait une harmonisation du traitement des différentes sources de revenus.

- Il est d'un autre côté important de noter que la crise n'a pas interrompu l'augmentation du taux d'emploi et du taux d'activité des travailleurs âgés. Vous savez que l'allongement de la durée d'activité est un point essentiel pour arriver, sans affecter par trop le niveau des retraites, à traiter le problème de financement des régimes à long terme, bien que l'on puisse bien évidemment discuter des modalités choisies dans le cadre de la réforme de 2010. La progression de ce taux d'emploi est un point positif sur lequel tous s'accordent, mais la difficulté est qu'il y a eu aussi une augmentation du chômage des plus de 50 ans ; et, pour eux, il s'agit majoritairement de chômage de longue durée, avec un risque de basculement vers les minima sociaux, ASS ou RSA. Le chômage des plus de 50 ans s'est ainsi accru de 42 % entre le début 2008 et le début 2011, avec un pic à la fin 2009. Et parmi ces chômeurs, plus de la moitié, 55 %, sont des chômeurs de longue durée. Le risque réside donc aujourd'hui dans l'apparition de nouveaux problèmes de pauvreté et de constitution de droits à la retraite.
- Du côté de la santé, les évolutions récentes modifient également la situation relative des actifs et des personnes âgées. D'un côté, on a un resserrement continu des remboursements de l'assurance-maladie sur les affections longues et coûteuses. Vous savez que globalement le taux prise en charge des dépenses par l'assurance-maladie reste constant sur une longue période, mais cela recouvre un effet « de structure » car le poids, en partie lié au vieillissement mais aussi à la prévention et au dépistage, des affections de longue durée devient de plus en plus important, alors que la prise en charge s'érode pour les soins courants. Mécaniquement, cela signifie que les plus âgés bénéficient davantage des transferts opérés à cette occasion. Cela n'empêche pas pour autant qu'il y ait une forte croissance des restes à charge liés à la santé avec l'âge, après remboursement par l'assurance-maladie obligatoire et par les complémentaires - une étude de la DREES vient de le montrer. Par ailleurs, dans le champ des complémentaires, les augmentations de prélèvements intervenues régulièrement depuis 2009 - les dernières passent par la taxe sur les conventions d'assurance - ont vocation à se répercuter sur les cotisations. Or, ces couvertures sont lorsqu'il s'agit de protections individuelles dans 80 % des cas tarifées à l'âge. Il va donc y avoir un déplacement accroissant la contribution des personnes âgées au financement des dépenses de santé, soit à travers des réductions de dépenses, soit à travers des versements accrus aux assurances complémentaires. Les évolutions sont donc dans ce domaine également contradictoires, et percutent les problèmes de prise en charge la dépendance - à la fois en ce qui concerne les marges de manœuvre de la sphère publique et les capacités financières des ménages âgés, qui ont aussi souvent à apporter une aide accrue à leurs enfants.

Bernard Ennuyer : merci beaucoup Mireille de ce panorama très large sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. Nous étions sur un point de vue macro social, économique. Charles Berder, vous allez parler du point de vue plus micro, qui importe tout le monde, celui de l'usager, sur des choses très concrètes. Que se passe-t-il lorsqu'on a besoin d'aide. Qu'est-ce que ce foutoir actuel auquel on ne comprend rien ?

Charles Berder : je vais faire la transition sur votre conclusion que j'ai écoutée avec beaucoup d'attention. C'est vrai qu'entre 2007 et 2012, les taxes et la contribution CMU sur les complémentaires santé ont été multipliées par sept, passant de 1,5 à 13,3 en 2012 ! Ce qui veut dire, avec les tarifications selon l'âge, un effet direct sur les cotisations complémentaires des personnes âgées. Je livre à la réflexion des gens qui cherchent de

l'argent et qui sont nombreux aujourd'hui, que les complémentaires santé, dans leur ensemble, coûtent 4 milliards d'euros de gestion, une fourchette qui va de 10 à 22 % pour les plus mauvaises alors que l'assurance-maladie, qui n'est pas forcément réputée comme la meilleure du monde dans la gestion, est de l'ordre de 3 %. Cela veut donc dire qu'il y a trop de mutuelles et que l'on pourrait peut-être mettre de l'ordre dans cette boutique plutôt que de taper dans le portefeuille des cotisants.

Je parle en tant que membre du CNRPA qui se déplace, qui va dans les commissions régionales, qui rencontre les CODERPA, en particulier, Marie-Thérèse Andreux lorsque je vais à Nancy. Je parle donc sous son contrôle. Je parle en tant que proche d'une personne âgée (je vais utiliser le mot que vous avez vous-même utilisé dans votre courriel, celui de l'accompagnement de la personne vieillissante.) Je vais donc parler d'une personne accompagnée et je serai respectueux de la sémantique. Je me placerai aussi en tant que du dispositif que je souhaiterais avoir lorsque, le soir venu à la chandelle, j'aurais pris quelques jours et quelques années de plus... Je parle d'une expérience, vécue dans le département du Finistère.

Il s'agit d'accompagner. Trop souvent, on parle de Mme Untel. On va voir « Madame » et on fait un bilan, une situation, un inventaire, on prend le GIR... Tout cela déclenche un plan d'aide, un nombre d'heures et l'on est dans le dispositif judéo-chrétien. Lorsqu'on a fait le nombre d'heures, on est satisfait. Or, ce n'est pas ça. Il faut plutôt voir : que peut-on faire pour maintenir la personne dans ses activités et l'accompagner ? Ce n'est pas du tout la même chose. On ne demande pas à la personne de venir nettoyer mais de la faire participer, continuer ses activités. Souvent, par manque de temps, on lui fait son repas. La personne est valorisée en participant à la tâche. Ce n'est pas simple mais il ne faut pas se substituer à la personne, il faut respecter son intime, sa propriété. C'est avant tout un être humain. Et on n'a pas toujours cet angle d'attaque.

Le métier d'aidant, d'intervenant est un métier. Et cela nécessite des formations qui ne s'improvisent pas. Il y a des approches qui sont connues. Avec Janine Dujay-Blaret, on nous a présenté la méthode SNOEZELEN Schnozele la Villa Pia à Bordeaux, un établissement qui est très sollicité pour accueillir des personnes vieillissantes. Les personnes vivent dans un milieu ouvert, dans lequel on trouve des organisations de spectacle ; les personnes désorientées vont et viennent grâce à un dispositif de badge, sans être limitées systématiquement dans un enclos. On leur donne la capacité de faire le maximum de ce qu'elles peuvent faire.

Aujourd'hui, on travaille de façon segmentée. Lorsque je prends la personne que je connais bien : l'infirmière vient le matin pour les cinq médicaments ; ensuite, c'est la personne du SIAD qui vient pour la toilette. Les services ne doivent pas aggraver la situation et nous rendre dépendants. On ne peut pas faire les toilettes à la même heure dans tout le département donc effectivement, les services sont obligés de s'organiser. Arrive ensuite l'aide-ménagère de l'ADMR (une belle entreprise) - on arrive dans le mois à avoir 8 à 10 intervenants différents. Vous imaginez, dans le spectre de la connaissance, du cognitif chez la personne vieillissante, le choc dès que la sonnette retentit avec un nouveau visage ! Sans parler du médecin qui se fait parfois remplacer. Ce qu'il manque et fait défaut, et serait une source d'économie, c'est la **coordination**, pas forcément par un gestionnaire hyper compétent. Pourquoi ne pas former les personnes de l'ADMR en disant qu'il y a une intervenante pilote, ne serait-ce que pour mettre des produits d'entretien ? Peut-être aussi, des possibilités de réduction d'horaire ? Ce n'est pas la durée qui compte, c'est la qualité de la tâche exécutée avec la personne. C'est parfois tout simplement du temps pour parler. Les personnes qui sont dans cette situation à domicile, qui ont fait le choix, éprouvent aussi souvent beaucoup de solitude.

Bernard Ennuyer : merci Charles pour cette précision et cette concision. Je rapproche ce que tu disais d'un point de vue concret de ce que disait tout à l'heure Mireille : si on n'a pas d'argent aujourd'hui, il y a quelque chose que l'on pourrait sans doute envisager, c'est une réorganisation complète du système d'aide et de soins, notamment les rapports du HCAAM. Vous savez que le HCAAM, depuis ce matin, c'est le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, preuve qu'elle en a un ! Je pense au rapport de juillet de Denis Piveteau qui montre notamment que les dépenses hospitalières, un certain nombre de gens très âgés qui y restent trop longtemps - c'est ce que me disait il n'y a pas très longtemps Rose-Marie Van Den Berg, tout simplement parce qu'ils n'ont pas de moyen de sortie d'aval. Je crois que le HCAAM à quelques milliards d'euros - des sommes beaucoup plus faibles nous satisferaient amplement !

Sabine Fourcade, vous représentez la Direction générale de la cohésion sociale. Quel beau mot ! J'espère que les faits sont à la hauteur des mots... Voulez-vous ajouter des choses, réagir. A vous la parole.

Sabine Fourcade : merci de m'avoir invitée à participer à cette table ronde. Quelques mots en réaction à votre introduction et aux deux premières présentations qui sont très importantes et préparent ce que je voulais vous dire. Je suis directrice générale de la cohésion sociale depuis un peu plus de six mois. Pour moi, la cohésion sociale, c'est bien la prise en charge, l'accompagnement et l'aide de toutes les personnes fragiles et vulnérables, quels que soient la fragilité, la vulnérabilité, l'âge, la situation, l'origine, la situation dans le pays. C'est une vision totalement globale des personnes. Dans la cohésion sociale, il n'y a pas seulement l'action sociale et la prise en charge, il y a aussi la nécessité de développer l'ensemble de ce qui permet à une société de tenir ensemble, c'est-à-dire à ce que chacun se préoccupe, pas seulement de ses droits, mais également de l'ensemble des actions qu'il peut faire pour les autres. La place du bénévolat qui est très forte dans l'ensemble de notre système social, nous devons la favoriser et nous devons permettre qu'elle continue d'exister en évitant qu'elle ne soit trop sollicitée justement. Une vision de la cohésion sociale qui est très importante pour moi pour définir et éveiller l'ensemble de nos travaux. Nos travaux vont dans deux grandes directions :

- avoir toujours en tête cette vision transversale et faire qu'on ne raisonne pas sur des publics segmentés, différents les uns à côté des autres - lorsqu'on pense prise en charge de la dépendance, accompagnement des personnes âgées et qu'on pense aidant, on pense aussi en même temps au sujet des femmes (je suis également déléguée interministérielle aux droits des femmes) et on sait que les aidants sont très souvent des aidantes. On a donc des politiques qui se parlent et se répondent, sur lesquelles nous devons mettre en place des mécaniques, des dispositifs, des structures qui soient cohérents et compatibles entre eux.
- Un autre point important qui structure l'ensemble des travaux que nous essayons de mener, le développement de nouvelles relations avec l'ensemble de nos partenaires - un travail en concertation sur l'ensemble des sujets très complexes sur lesquels nous travaillons. J'ai toujours pensé que l'on était plus intelligent à plusieurs et d'autant plus intelligents que l'on venait d'horizons différents et que l'on avait des points de vue différents et complémentaires. Une table ronde comme celle d'aujourd'hui, où il y a une économiste renommée, des représentants des usagers, des responsables politiques de terrain, des fonctionnaires de l'administration centrale me semble un bon endroit pour partager des points de vue et essayer de faire avancer ensemble des sujets.

Je ne vais pas revenir sur les raisons du report de la réforme de la dépendance. Vous avez entendu la ministre ce matin. Je voudrais vous dire que ce report ne veut pas dire que nous arrêtons de travailler. Au contraire, nous pouvons utiliser- il faut toujours faire une difficulté une opportunité ; renforçons-nous de ce report -et nous travaillons sur des sujets qui peuvent paraître techniques mais qui sont tout à fait essentiels pour proposer aux politiques, lorsqu'ils décideront de mettre en œuvre et de porter la réforme de la dépendance pour avoir des solutions techniques qui tournent. J'ai envie de vous parler de cinq chantiers, trois chantiers plutôt thématiques sur le fond, deux plus techniques mais transversaux, structurants et importants :

- un travail très important sur **le décloisonnement**, sur une vision des parcours des personnes, une réflexion sur l'offre qui doit pouvoir être cohérente entre une offre en établissement, une offre à domicile, sur des services qui doivent pouvoir se regarder et travailler ensemble. Aujourd'hui, lorsqu'on passe du service d'aide à domicile au service de soins infirmiers à domicile, que l'on fait venir une infirmière libérale ou que l'on a besoin d'un recours à l'HAD... Tout cela est différent, les financeurs sont différents, les temps de mise en place sont complexes. Ce qui fait que l'usager, la personne ne s'y retrouve pas, surtout lorsqu'il est fragile et c'est souvent le cas. Nous travaillons donc à décloisonner l'ensemble de ces services. Le rapport du mois de juillet du HCAAM nous incite à travailler sur ce sujet, notamment sur les sorties d'hospitalisation qui sont vraiment des moments de grande fragilité dans le système avec des personnes qui ne peuvent pas sortir d'hospitalisation alors qu'elles n'ont pourtant rien à faire dans un service d'urgence. Mais parce que l'on n'est pas capable aujourd'hui, à cause de nos rigidités de financement et d'organisation, de débloquent des solutions rapides, on a des personnes qui restent à l'hôpital alors qu'elles n'ont rien à y faire, ce qui est un gâchis humain et aussi financier. Les deux gâchis se rejoignent. Nous devons travailler là-dessus et nous prévoyons de mettre, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, un article qui permettra de développer des expérimentations à partir des recommandations du HCAAM pour commencer à voir comment concrètement organiser ce nœud autour, notamment de la sortie d'hôpital. Je suis un peu sceptique sur l'idée du gestionnaire de cas - c'est comme lorsque vous avez un énorme fouillis de fils électriques ; on met quelque chose dessus pour ne plus voir le fouillis - et le guichet unique, c'est un peu ce cache fils électriques qui vient masquer une complexité énorme mais qui en fait, ajoute une couche de gestion supplémentaire. Parfois, ça peut être ça. Il faut donc travailler à la fois sur des prises en charge coordonnées, sur la mise en relation des différentes offres mais il faut aussi s'interroger sur la possibilité que chacune des offres puisse être plus fluide et mobile. Le gestionnaire de cas ne peut pas être la panacée, la seule solution pour résoudre des organisations et des financements complexes. Cela ne nous exonère pas de réfléchir à la complexité des systèmes sur lesquels nous devons avancer ;
- il est important de travailler sur la prévention. Nous travaillons notamment sur un plan bien vieillir qui doit permettre de réfléchir ensemble aux articulations nécessaires à trouver entre les ARS, les conseils généraux, les caisses de sécurité sociale et les caisses de retraite pour savoir comment organiser la prévention sur le terrain. Il est très important de travailler sur les aidants, notamment les possibilités de répit et d'accompagnement des aidants - ne pas penser qu'à la personne âgée seule mais toujours au couple aidant-aidé.
- Nous sommes en train d'engager - et j'ai besoin de pouvoir apporter aux politiques les réponses sur ces points - des **études de coûts** sur l'ensemble des dispositifs de prise en charge à domicile ou en établissement. Cela veut dire qu'il faut partir du besoin, voir quelles sont les prestations que l'on doit mettre en œuvre pour permettre de répondre aux besoins et voir quels sont les coûts qui permettent de rendre les

prestations pour répondre à ces besoins. C'est à partir d'une réflexion sur ces coûts que l'on pourra ensuite plus clairement voir comment on répartit les financements entre les différents types de mécanismes et éventuellement, comment on répartit entre financeurs. Nous allons mettre en place une étude de coût sur les EHPAD (il n'y en a pas eu depuis 1999). Il faut la refaire pour voir où on en est, quelles sont les prestations à rendre pour répondre aux besoins. Nous sommes également en train de la mettre en place pour les Siad et les SAD - quelles sont les prestations à rendre, qui doivent être rendues à domicile par du soin infirmier ou par de l'aide à domicile, sachant que ces prestations ne sont pas les mêmes en fonction de l'état de santé de la personne, en fonction du moment (on peut avoir des besoins plus importants en revenant d'hospitalisation qui ne sont pas forcément les mêmes six mois plus tard) ? Ce n'est pas uniquement un nombre d'heures qui est toujours le même mais c'est arriver à réfléchir à des paniers de services qui pourraient être adaptés aux besoins des personnes. Nous avons besoin d'avoir cette réflexion et de la partager entre financeurs pour voir ensuite quels sont les partages de financement. Nous ne serons sûrement pas d'accord et nous avons plein d'occasions de discuter sans être forcément d'accord avec les conseils généraux mais au moins, que l'on partage la réflexion sur les prestations et le panier de services. Les réflexions qui sont en cours et qui ont été notamment conduites par l'ADF sur l'aide à domicile vont dans ce sens et nous allons y participer.

- un travail sur **l'information du grand public** qui doit être porté par la CNSA avec un site internet qui permettra de connaître l'offre accessible à toute personne en tout point du territoire - c'est un chantier de longue haleine, c'est compliqué et long. Aujourd'hui, les usagers, les personnes qui sont en situation de fragilité ou leurs aidants, leurs proches ne savent pas quelles sont les possibilités. Nous devons mettre ce site en place ;
- une réflexion sur **des indicateurs de qualité** que nous devons au public, aux personnes pour que la façon dont les prestations et la prise en charge sont réalisées puissent être analysées en fonction des indicateurs de qualité, sur lesquels nous devons nous mettre d'accord entre usagers, gestionnaires et puissance publique auparavant. La question des indicateurs est très compliquée car cela peut être aussi la pire des choses mais ils peuvent permettre d'éclaircir et de rendre plus transparentes l'offre et la qualité des prestations qui sont rendues.

Voilà les chantiers sur lesquels nous travaillons. Ce sont des chantiers de longue haleine mais sur lesquels nous sommes intensément engagés. Ils vont nous occuper jusqu'à la fin de cette année. Nous avons un grand nombre de rendez-vous qui sont prévus sur ces différents sujets.

Bernard Ennuyer : merci beaucoup Sabine Fourcade de nous avoir rassurés sur le fait que ce n'est pas parce qu'il n'y a pas officiellement de mesures que la réflexion ne continuait pas. C'est de nature à nous conforter car les pistes que vous venez de dire nous semblent aller dans le sens de ce que nous souhaitons. Je suis par exemple très sensible à la question des coûts. La dernière comparaison des coûts que l'on a faite entre domicile et hébergement date de 1990 ! Cela rappellera des souvenirs à Henry Noguès car l'équipe de Nantes y avait participé et mon ami Michel Frossard qui depuis, est disparu. Je trouve dommage que l'on n'ait pas de chiffres plus précis qu'en 1990 sur des comparaisons. Je me réjouis donc que l'on réentame ces débats. Je propose de vous donner la parole au travers de trois questions ou remarques précises.

M. ? : Je m'adresse à la représentante du ministère de la solidarité. Vous parlez souvent d'aide aux aidants. Vous avez souligné qu'elle s'adressait majoritairement à des femmes. Pourquoi n'envisagez-vous pas de donner aux femmes qui travaillent et aident leurs parents ou grands-parents la même possibilité que lorsqu'une femme s'arrête pour avoir ou adopter des enfants ? Cela ne résoudrait pas bien entendu tous les problèmes mais cela permettrait aux femmes qui sont majoritaires parmi les aidants de cesser momentanément de travailler et d'avoir l'assurance de retrouver un emploi lorsqu'elles auraient fini.

Sabine Fourcade : ce que nous essayons de faire, sur l'ensemble des politiques d'égalité entre les femmes et les hommes, c'est de promouvoir le partage des responsabilités familiales et personnelles, et donc que les dispositifs que l'on met en œuvre, puissent être utilisés autant par les hommes que par les femmes, notamment que les congés, qui peuvent exister dans l'entreprise ou que l'on souhaite développer dans l'entreprise, temps partiel annualisé, congés pour fin de vie, congés parentaux pour la charge des enfants, des congés qui pourraient être développés également pour prendre en charge un parent en situation de dépendance, que ces congés puissent être utilisés par les deux parents. À l'agenda des partenaires sociaux de l'automne, est posée la question de mettre en place des mécanismes incitatifs qui permettent que les hommes puissent prendre ces congés - parfois, certains le voudraient, je parle des aidants de personnes âgées mais aussi de jeunes pères qui voudraient pouvoir prendre des congés mais qui ne le peuvent pas parce que les stéréotypes font que l'on peut admettre qu'une femme prenne un congé - généralement, elle a fait le deuil de sa carrière et donc la contrepartie est lourde pour la femme - mais c'est plus compliqué pour les hommes. Arriver à faire partager les responsabilités personnelles et familiales pour les femmes mais également pour les hommes est une clé qui est importante et qui permettra de développer ce type de congés qui pourrait être pris par hommes et femmes.

M. ? : je représente le département de la Dordogne. Je voudrais revenir sur deux questions fondamentales et j'aimerais qu'on les définisse de façon précise et concrète :

- qu'appelle-t-on le reste à charge ? Je ne vois que l'aspect financier du reste à charge qui n'est pas du tout le même lorsqu'il s'agit d'un placement en institution ou le maintien à domicile. Le reste à charge est une charge que la famille est amenée à verser. C'est un coût qui reste à la famille et qui déséquilibre, dans certains cas, l'économie domestique ;
- qu'entend-on par prise en charge de la dépendance ? Que veut-on y mettre ? J'y verrai encore la prise en charge de ce reste à charge, c'est-à-dire, alléger d'une manière significative la charge qui reste à la famille, notamment dans le cas d'un placement en institution dont on connaît le coût, entre 1500, 1800, 2000 € tous les mois. C'est un chèque qu'il faut fournir tous les mois et certaines familles ne sont pas en mesure de le faire. L'APA qui est versée à l'établissement ne prend absolument pas en charge cette dépense.

Mireille Elbaum :

L'intérêt des estimations disponibles est de partir des dépenses qui sont actuellement socialisées et que l'on peut rattacher, de façon très large, à la prise en charge de la dépendance, qu'elles interviennent dans le secteur de la santé ou des soins à domicile. Dans les 24 milliards de dépenses publiques ainsi identifiés, on voit ainsi que l'APA ne représente que 5 milliards, alors qu'elle concentre l'essentiel des discussions, tandis que les « grosses masses » sont constituées par le financement des établissements médico-

sociaux, l'hôpital et les dépenses de santé. À partir de ces dépenses socialisées, on peut voir ce qui reste à charge pour les familles, tout du moins dans le domaine financier *stricto sensu*, et sans doute avec des sous-estimations : il n'y a pas, par exemple, de prise en compte des coûts de transport pour les aidants qui doivent aller voir leur personne âgée dans un établissement situé très loin.

Le mérite de ces évaluations est toutefois de montrer les disparités qui existent selon les filières, ce qui implique de mieux étudier les solutions qui ne sont pas les plus onéreuses pour les familles. Un gros point noir qui ressort, à savoir l'hébergement en établissement implique toutefois de reprendre le chantier de la tarification de ces établissements, avec sans doute une réforme assez profonde. Le rapport Fragonard suggère de mobiliser des financements *via* les aides au logement, mais je suis sur ce point un peu dubitative et pense comme cela ressortait du rapport de Mme Guinchard-Kunstler qu'il est nécessaire de bouger les curseurs en matière de tarification. La notion de reste à charge est donc aujourd'hui mieux repérée, même si l'on en voit les limites, et elle débouche surtout sur l'identification de points d'action concrets et parfois urgents.

M. ? : je souscris ce qui a été dit sur le reste à charge mais, pour une famille, qui a son budget déséquilibré, si tant est qu'elle soit imposable, il est prévu un dispositif où la facture de complément à l'établissement hébergeant la personne âgée dépendante puisse devenir en diminution du revenu déclaré. Ce n'est pas considéré comme une contribution à la personne qui est accueillie, donc ce n'est pas à déclarer en plus sur l'autre feuille d'impôt. Je dis bien que ça ne compense pas mais ça n'est pas forcément bien utilisé. De la même manière, les dispositifs d'aide à la complémentaire santé pour la personne âgée de plus de 60 ans, je vous rappelle que c'est un dispositif qui donne 500 € cette année ; ça ne paye pas tout mais ça n'est pas non plus un dispositif qui est suffisamment utilisé.

Marie-Noëlle Masméjean, CODERPA de Seine-Maritime : dans les interventions, vous n'avez pas tenu compte d'une évolution de la société pour les personnes qui sont à domicile ou en établissement que j'ai rencontrées en visitant des EHPAD, c'est qu'avec l'évolution de la société, bien souvent, les enfants sont loin des parents. Ils ont dû aller chercher du travail à l'autre bout de la France, voire à l'étranger. On rencontre de plus en plus des parents seuls, loin de leurs enfants. Se pose le problème de l'accompagnement à domicile avec cette « maltraitance » lorsqu'on fait de l'aide à domicile à la clé (l'infirmière vient, pose la clé, l'aide-soignante lui succède, repose la clé...) Et la personne est seule toute la nuit. Si c'est un hébergement, un homme, une femme, voire un couple, ne peuvent pas avoir de visites. Je pense qu'il faut réfléchir à ceci pour voir comment nous allons faire. Nous avons eu un cas récemment en Seine-Maritime où, la veille de Noël, le couple est monté sur le toit pour se suicider tous les deux en même temps. Ils avaient 80 ans. La solitude les a conduits à cet acte. Il faut aborder cette question de la solitude des personnes âgées et la psychiatrie. Au niveau des ARS de Seine-Maritime, de Haute-Normandie, l'aide psychiatrique et psychologique aux personnes âgées n'est pas prise en compte. Je préférerais que l'on parte de l'évaluation des besoins dans leur ensemble plutôt que de partir des coûts.

Sabine Fourcade : la question de la solitude et de la séparation enfants-parents lorsque les enfants partent est très importante, qui nous incite à proposer de développer des structures intermédiaires qui ne soient pas l'EHPAD pré médicalisé, l'aide à domicile qui parfois isole encore plus les personnes qui ont une aide qui vient à domicile mais qui restent seules, mais des formules de logement intermédiaire logement foyer, résidence service de tous types de logements dans lesquels des personnes pourraient se sentir moins isolées avec des services qui pourraient leur être apportés qui ne seraient pas médicalisés mais des services de cohésion et d'accompagnement. C'est une idée que

l'on souhaite explorer, qui pourrait être une réponse apportée à des personnes qui ont besoin de retrouver des contacts et de l'accompagnement.

Bernard Ennuyer : Jérôme Guedj, tu exprimes le point de vue que tu souhaites exprimer en tant que professionnel - tu es membre de l'IGAS - et président du conseil général de l'Essonne.

Jérôme Guedj : je suis effectivement président depuis mars dernier ; j'en étais auparavant le vice-président, en charge notamment des questions sociales. Je suis aussi membre du parti socialiste. Je pensais que l'on serait amené aujourd'hui à réagir et à commenter un texte, une orientation, un grand dessein qui était annoncé depuis longtemps. Je ne vais pas plonger dans la polémique mais j'ai fait des dizaines de colloques sur quelles réformes de la perte d'autonomie, quelles compensations pour accompagner la dépendance... Et j'ai beaucoup de lassitude aujourd'hui à entendre parler de chantier, d'urgence, de dossiers, de perspectives de travail... C'est un fait. Je ne suis pas à une tribune politique. Je ne sais pas comment fait Roselyne Bachelot ; je sens qu'elle y avait mis beaucoup d'enthousiasme et de volonté. La dernière fois que j'ai échangé avec elle, puisque je représentais les départements d'Île-de-France lors des rencontres interdépartementales au moment de ce débat, je l'avais invitée à booster ; je lui avais même suggéré quelques pistes. J'avais été flatté et agréablement surpris de la voir, dans son discours conclusif, me citer deux ou trois fois reprenant quelques-unes des orientations. Donc, je nourrissais quelques espoirs collectifs de voir enfin cela avancé. Depuis 2007, on a eu à faire à la plus grande opération d'enfumage politique sur le dos des personnes âgées que je n'ai jamais vue.

(Applaudissements)

Il y a quelque chose d'assez insupportable mais c'est ainsi. Par conséquent, le débat va avoir lieu manifestement et ce n'est pas pour me déplaire. Dans la formation politique à laquelle j'appartiens, mais je dis la même chose à mes homologues dans les autres formations politiques, y compris de la majorité, chiche, faisons de cette question, pour de vrai, un des grands rendez-vous démocratiques de l'année prochaine et je le dis en m'adressant sciemment devant les représentants des CODERPA, des CORERPA et du CNRPA, vous avez votre part de responsabilité pour que ce débat soit au cœur du débat politique de l'élection présidentielle. Je le dis avec force. Il n'est plus possible que les seuls qui portent la question du débat public sur les personnes âgées, soient les directeurs de maison de retraite auxquels on tend les micros pour parler de la prise en charge des personnes âgées, ou les présidents de conseils généraux à qui on demande de parler parce qu'ils ont un problème de financement de leur APA.

Moi-même, m'épouille la tête régulièrement avec certains de mes collègues présidents de conseils généraux pour lesquels la question de la réforme de la dépendance et celles de la prise en charge des personnes âgées, dans le contexte très difficile, n'est pour une partie des présidents de conseils généraux uniquement qu'un élément de la réforme des finances locales, de la solvabilité ou de la capacité pour les départements de pouvoir passer le budget supplémentaire. Dans les deux cas, ce ne sont pas les bons porte-parole de la question des personnes âgées. C'est un débat politique. Vous êtes les représentants des personnes âgées ; il faudra aussi que, dans la future grande réforme, on crée les conditions d'organiser la prise de parole plus importante des personnes âgées dans notre société. Si on en arrive là aujourd'hui, c'est que la parole et la situation des personnes âgées n'ont pas réussi suffisamment à faire irruption dans le débat public. C'est vrai depuis le plus grand mouvement social des personnes âgées. La plus grande manifestation sociale des personnes âgées a eu lieu à l'été 2003 lorsque 15 000 d'entre elles sont mortes - c'est terrible ce que je dis - mais c'était la manifestation la plus

désastreuse et la plus sinistre. Au lendemain de ça, ce pays n'a pas pris la mesure des enjeux de la réforme de la prise en charge des personnes âgées. Je vois, année après année, que dans une sorte d'inconscient collectif, on repousse et on est capable de dire à un moment donné que ce n'est pas la priorité budgétaire. Ce n'est pas qu'un problème budgétaire ! Je suis le premier à dire avec d'autres qu'il ne s'agit pas que des milliers des milliards sur la table. Il s'agit d'impulser une volonté politique, de poser quelques jalons essentiels.

Je suis d'accord pour dire qu'il ne faut pas céder à une sorte de catastrophisme - Mireille Elbaum l'a rappelé -qui consisterait à dire : le catastrophisme soit budgétaire, soit implicitement qui est le fait de dire que l'allongement de la vie, c'est le BA ba du premier discours d'un élu, c'est une chance formidable, la main sur le cœur. Oui, c'est une chance mais que fait-on ? Pas de catastrophisme sur le fait de dire que l'on est au bord de la faillite - on a eu cette tentative au début du débat et de dire, comme le débat sur les retraites, regardez, c'est la catastrophe, il va falloir trouver des solutions radicales. On a vu que ces solutions radicales, type assurance privée ou recours sur succession, heureusement et c'est un des mérites du débat dont je tiens à saluer dans les travaux qui ont été effectués par les quatre groupes de travail, et les excellents rapporteurs qui les ont accompagnés (c'est mon voisin de bureau de l'IGAS qui y était l'un des rapporteurs de travail sur les enjeux de société), il a permis d'objectiver cet aspect des choses et de dire : il n'y a pas d'urgence à la minute, les solutions radicales et les tentations maximalistes n'étaient pas exclues.

Mais pour autant, on ne peut pas céder à une forme d'angélisme qui consisterait à dire : ça va, il n'y a pas d'urgence à la minute parce qu'il y a des urgences qui ont été citées et qui, de manière très précise, peuvent être vues par les uns et les autres. On peut lister les questions de reste à charge. Dans ma permanence d'élu, par rapport à il y a 13 ans, j'ai beaucoup plus de gens - et pas uniquement parce qu'ils savent que je suis ces questions - aux côtés des sujets sur l'emploi, le logement, ils viennent me voir en disant : je n'arrive plus à accompagner ma mère, ma grand-mère. Ce sujet va être de plus en plus prégnant. Donc, pas d'angélisme. Cela signifie qu'il faut ériger ce sujet au rang de priorité politique. La question du refus de l'angélisme, c'est aussi que l'enjeu de la décision politique d'aujourd'hui est : va-t-il y avoir, dans 30 ou 40 ans, une crise du vieillissement dans ce pays ? Je ne veux pas céder au catastrophisme pour demain. On dit souvent cette phrase : un homme d'État n'est pas celui qui pense à la prochaine élection mais celui qui pense à la prochaine génération. Je pense à des moments qui viendront dans 25 ou 30 ans. Notre responsabilité pour les élus, toutes tendances confondues, c'est de se dire : si je fais un parallèle, c'est avec ceux de mes collègues élus auxquels je veux beaucoup, là aussi toutes sensibilités confondues, qui il y a 20 ou 25 ans, ne se sont pas posés la question des enjeux du logement dans ce pays et qui ont créé les conditions pour que l'on vive la plus grave crise du logement que l'on ait vécu depuis le lendemain de la deuxième guerre mondiale. On en arrive aujourd'hui à dire qu'il faut produire 150 ou 200 000 logements. Je n'ai pas envie que demain, on se retrouve dans la même situation en se disant, il y a une crise du vieillissement avec une paupérisation, les familles qui sont exsangues, avec toute une série de difficultés insupportables.

Quelques principes pour guider l'action :

- la volonté politique et l'affichage global. Je plaide pour que l'ensemble de ces questions ne soit pas abordé strictement sous l'angle budgétaire et financier mais que cela s'intègre dans une réflexion d'ensemble qui commande d'abord la transversalité des politiques publiques. Je suis un élu local mais je suis un républicain jacobin. Je crois à la force d'un État stratège. On est capable de faire sur la sécurité intérieure en

quatre ans, quatre lois d'orientation. Peut-être pourrait-on faire une loi d'orientation et de programmation pluriannuelle sur les enjeux liés à l'allongement de la vie qui mobiliserait l'ensemble des départements ministériels. Les enjeux, liés à l'allongement de la vie préoccupent les questions de sport, de culture, de loisirs, d'habitat, de transport... Il nous faut une grande loi d'orientation sur les enjeux de la vie et un rendez-vous régulier avec les acteurs de la cité. Il existe une conférence nationale du handicap qui est au moins un lieu de coproduction. Pendant des années, j'ai dû batailler pour mobiliser l'ensemble de mes collègues vice-présidents. Si l'exemple vient du haut, voire même si on a des obligations et des référentiels - je suis un élu local qui assume le fait que l'État nous invite, voire nous oblige, à mettre en œuvre certaines dispositions. C'est très bien de nous demander de mettre en place des schémas départementaux gérontologiques en faveur des personnes âgées mais il n'y en a pas deux pareils en France car chacun fait ce qu'il veut. Lorsqu'on conduit une politique publique dont on dit aux conseils généraux, vous êtes les chefs de file, j'aimerais connaître les objectifs que la nation se fixe. Ce ne serait pas tutélaire mais évidemment complémentaire.

- Le principal enjeu d'une loi de ce type, c'est la question de la prévention. Le mal français est d'avoir une préférence collective pour le curatif et un oubli coupable permanent pour le préventif. Il faut donc être directif. Je l'avais dit à Roselyne Bachelot : obliger et identifier des crédits spécifiquement dédiés à la prévention dans l'ensemble des politiques publiques. Si je prends le parallèle avec il y a quelques années lorsqu'on avait des dépenses pour les bénéficiaires du RMI, les conseils généraux avaient un pourcentage de ceux qui avaient été versés en allocation qui devait être inscrit en dépenses d'insertion et de prévention de l'exclusion. Faisons la même chose s'agissant des personnes âgées. Obligeons à avoir des budgets destinés à la prévention. C'est particulièrement vrai en matière de logement. Il faut être directif. On est dans un pays qui est capable dans chacun de ses règlements d'urbanisme, dans des opérations de construction de logements, de prévoir des plans locaux d'urbanisme, des plans d'occupation des sols. Lorsqu'il y a une opération collective de logement, il est inscrit noir sur blanc que, pour tant de logements, il faut faire 1,5 ou 2 places de parking pour chaque logement. Je plaide pour que, dans chaque opération collective de logement, il y ait une obligation réglementaire pour que les aménageurs, à commencer par les villes, prévoient un seuil quantitatif de logements adaptés au vieillissement des personnes âgées. Ce qu'on est capable de faire pour les bagnoles, ça serait incroyable que l'on ne soit pas capable de le faire pour les personnes âgées ! (*Applaudissements*). De même, lorsqu'on fait une opération collective de logement, on devrait aussi prévoir des micro crèches dans les logements pour vraiment faire de l'intergénérationnel, du lien social, du vivre ensemble à l'échelle d'un aménagement urbain. Les idées ne manquent pas !
- Une philosophie ne doit pas être évacuée, celle du service public. On ne peut pas sous-traiter - et je le dis avec toute l'amitié que j'ai pour le tissu associatif qui n'a pas toujours la vocation à se substituer à ce que devrait être l'engagement de la puissance publique - si on considère que ce sont des missions d'intérêt général, qu'il est de notre responsabilité et que c'est la mission du service public, le patrimoine de ceux qui n'en ont pas, de corriger les inégalités sociales ou territoriales, alors cet outil-là doit être déterminant. Commençons par dire que, sur l'accompagnement de la perte d'autonomie, sur l'information à destination des personnes âgées, pour les aider à sortir du parcours du combattant hallucinant qui est celui de la recherche d'informations pour des personnes qui socialement, culturellement ou du fait de leur âge, ne peuvent pas avoir accès aux nouvelles technologies ou à des services qui ne sont pas forcément mis en place. La mise en place d'un véritable service public d'accompagnement de la perte d'autonomie, à partir de ce qui existe aujourd'hui et les maisons départementales des personnes handicapées, s'agissant du handicap, les CLIC dont je persiste à penser que ce dispositif innovant a été totalement abandonné par la puissance publique -aucune politique publique nationale volontariste, si ce n'est le fait en 2004 de dire aux conseils généraux, c'est maintenant de votre responsabilité, occupez-vous en. Je veux bien que l'on s'occupe, on peut s'y employer mais, pour

la création de ce type de service public, j'aurais aimé une impulsion et un volontarisme étatique plus important. Après, on peut rêver d'aller plus loin, y compris sur la prise en charge du grand âge et du vieillissement. Je suis dans un département et j'ai la fierté, dans quelques semaines, de poser la première pierre de ce qui va être un établissement public départemental de maison de retraite, créé et voulu par le département, avec un objectif volontariste. En Essonne et, pour ceux qui sont franciliens, voyez ce que ça signifie par rapport à la moyenne francilienne, je ne veux plus d'EHPAD supérieur à 60 € de prix de journée avec, non pas de vieux EHPAD à trois personnes par chambre, mais avec le top de la qualité de la prise en charge. Pourquoi ? Parce qu'à un moment on a décidé de socialiser davantage le dispositif.

- Ceux qui vous disent que l'on pourrait améliorer la prise en charge des personnes âgées à moyens constants, vous mentent. C'est se mettre le doigt dans l'œil que de considérer qu'au regard de la contrainte, - là aussi, on a des priorités budgétaires qu'on veut bien avoir - les moyens existent, ce ne sont pas des moyens colossaux. Quand il s'agit d'aller chercher 2 ou 3 milliards d'euros, notamment pour compenser la situation des départements pour améliorer l'APA - c'est quand même un dispositif hallucinant. Cette loi, cette prestation qui était conçue comme une première étape, mais dans une perspective de gradation, d'amélioration, les seules dispositions qui ont été prises s'agissant de l'APA depuis sa création ont été des dispositions de régression. Selon le barème de M. Raffarin en mars 2003, la seule dernière mesure concernant l'APA, a consisté à augmenter le ticket modérateur des familles et à laisser filer et dégrader la compensation entre l'État et les conseils généraux qui fait aujourd'hui que les conseils généraux compensent 72 % de l'APA - on a la tête sous l'eau - il y a implicitement une logique de durcissement ou de contournement dans les plans d'aide de la part des usagers qui fait que, alors qu'on sait que l'APA n'est pas satisfaisante aujourd'hui, que l'on devrait tendre vers une perspective au moins de doublement montant de l'APA, on ne crée pas les conditions pour les faire car il y a cette sorte de frilosité qui dit qu'il est impossible d'aller chercher des ressources et que, dans le même temps, on a des pans entiers de l'action - je veux parler du secteur associatif - sur les politiques d'accompagnement de l'aide à domicile, je suis là aussi estomaqué par le fait que l'on a un plan social larvé sur 9 ou 10 000 emplois menacés dans certaines associations d'aides à domicile mais, lorsqu'il y a 10 000 emplois menacés dans l'industrie automobile, c'est une réunion de crise à l'Élysée avec le président de la république ! Nous, on a eu le droit à une réunion (assez intéressante) avec l'ADF avec votre prédécesseur Madame sur les groupes de travail qui avaient été lancés en décembre 2009. On est en septembre 2011 et nous attendons toujours. Le signal d'alarme, par les fédérations elles-mêmes, a été tiré en 2009. On a eu de la réunion avec votre prédécesseur. Depuis, il est allé pantoufler dans le secteur privé de l'assurance. Entre-temps, on n'a pas eu le grand plan nécessaire pour la prise en charge du secteur de l'aide à domicile, ce qui est absolument insupportable.
- Je pourrais aussi vous parler de la situation de la CNSA, de la suppression de l'obligation alimentaire, de la réforme de la tarification... Mais je garde tout cela pour vos questions. Merci.

Bernard Ennuyer : merci Jérôme pour ce discours de combat. Nous allons finir avec Henry Noguès, professeur émérite d'économie, grand spécialiste de ces questions - nous nous fréquentons depuis plus de 30 ans - il nous propose un complément.

Henry Noguès : c'est pour moi un retour en arrière. Si je suis ici, c'est à cause du CIDPA-44 - j'étais alors jeune maître assistant à l'université de Nantes- Madame Bachelier, sa directrice m'avait dit en 1978 : « montrez-nous que les retraités sont utiles à quelque chose dans la société ! » De fil en aiguille, j'ai poursuivi ce travail en

gérontologie. Je me retrouve au CNRPA, 33 ans plus tard. D'habitude, je suis l'économiste de service et là, le travail a été parfaitement réalisé par une collègue fort brillante. Cela me simplifie les choses et me permet de n'évoquer que certains aspects complémentaires.

On a vu clairement que l'économie ne se limite pas aux financements. L'économie c'est effectivement toute une logistique pour répondre aux différents besoins. Lorsque l'on parle des coûts pour y répondre, il faut regarder l'ensemble des coûts y compris ceux qui restent à la charge des proches, et cela même s'il s'agit de coûts en temps, parfois plus difficiles à évaluer. On ne peut jamais faire comme s'ils n'existaient pas. À force de ne pas les compter, on en vient à penser à tort qu'ils n'existent pas. Or, dans ce domaine, ils jouent un rôle important. Je me réjouis que l'on envisage de poursuivre le travail que mon laboratoire de recherche avait initié avec le concours de Michel Frossard et du Ministère qui nous accueille ici, et qui avait permis la publication du *prix de la dépendance* en 1990. Nous y faisons alors une comparaison des coûts établissement-domicile. Nous avons pris en compte l'aide informelle en établissement lorsqu'il y en avait et surtout son rôle majeur à domicile. Valorisée au SMIC sans charges elle représentait 50 % du coût de la dépendance à l'époque. On ne sait pas trop ce qui s'est passé depuis - on va le savoir bientôt et je m'en réjouis si de nouvelles recherches sont menées.

On a affaire à des questions extrêmement complexes. On ne peut pas venir avec nos préjugés et nos slogans trop rapidement sur ces questions. Je ne reviendrai pas sur le **marché de l'assurance** : c'est vrai, ce n'est pas un hasard si l'assurance volontaire et privée est problématique pour s'occuper de cette question. Les exemples à l'étranger confirment plutôt le bien-fondé de cette prudence. Toutes les études le montrent et les assureurs, lorsqu'ils sont responsables, le savent eux aussi.

Les mots comptent énormément. On a parlé de **l'aide à la personne** : l'accompagnement n'est pas un service banalisé. L'aide est un service à la personne bien particulier. S'il s'agit d'aider quelqu'un à préparer un repas, le plus simple est de lui faire ou de lui apporter un repas tout préparé. En termes économiques, il n'y a pas mieux. Le problème est le même pour la toilette. Si on veut que la personne le fasse elle-même, s'il faut la persuader de le faire parce que c'est intéressant pour l'entretien de ses capacités, il faut y consacrer davantage de temps. C'est anti-économique. C'est pourquoi, l'aide n'est pas un service banalisé. Avec la loi Borloo et les services à la personne, on a tout mêlé et fait disparaître ce qu'est réellement l'aide à la personne dans un ensemble de services tout à fait hétéroclite. Le fait que les gens qui sont les consommateurs sont particulièrement fragiles dans leurs projets de consommation doit évidemment être pris en compte.

Concernant le « reste à charge », il pourrait aussi se regarder sous la forme du « reste à vivre ». Il faut examiner les deux. Je pense notamment à la situation des couples dont l'un des membres est en EHPAD. Le « reste à vivre » pour le conjoint est souvent bien faible. Il faut aussi tenir compte des dépenses de santé et des cotisations aux assurances complémentaires qui sont payées que l'on soit malade ou pas. Si on est malade, il y a de plus un reste à charge croissant plus lourd pour les populations plus âgées. C'est pourquoi, il faut arrêter de diaboliser les prélèvements obligatoires et les considérer de manière large ! Entre la cotisation payée au régime général et celle qui est payée à un assureur complémentaire il y a peu de différences sur le budget des ménages. Avec les doubles frais d'instruction et de règlement, évoqués précédemment, je ne suis pas convaincu que deux niveaux d'assurance puissent correspondre à un optimum économique permettant d'assurer le fonctionnement du système au moindre coût.

En France, on ne sait pas très bien faire des réformes. Les premières lois sur les retraites ouvrières et paysannes datent de 1910. On a mis 23 ans pour aboutir à un système de retraite partiel et très incomplet. On est mauvais dans la réforme, dans tous les sens du terme vers le progrès comme vers la régression. On aime mieux le conflit idéologique mais pas tellement les compromis. Malheureusement, comme on n'a pas fait la réforme de la prise en compte des situations d'incapacité des personnes âgées en même temps que celle des personnes handicapées de moins de 60 ans, on arrive aujourd'hui à un calendrier qui devient difficile, dans la conjoncture actuelle. Le progrès est bloqué.

On peut tout de même dire que l'on a fait des progrès depuis quarante ans. Bien sûr, pas avec la PSD. Celle-ci a été mise en œuvre pour ne pas dépenser davantage l'argent et elle a même permis d'en dépenser moins (à domicile en francs constants, la baisse a été de 30 % au bénéfice des départements). Il faut donc partir des dépenses d'avant la PSD pour juger de l'effort financier important qui leur est demandé aujourd'hui. On ne pourra pas ne pas augmenter les prélèvements obligatoires dans une société où l'on vit de plus en plus longtemps sauf à remettre en cause profondément le contrat social. Évidemment, les prélèvements obligatoires, on aime toujours mieux les voir supportés par les autres ! Cependant, si les citoyens et les représentants des citoyens que vous êtes ne sont pas conscients de cet enjeu de société. Si les citoyens-contribuables « tirent à boulets rouges » sur tous ceux qui envisagent d'augmenter les prélèvements obligatoires pour ne pas détériorer la protection sociale ou la faire progresser avec le cinquième risque, il n'y aura jamais de solution politique faisable.

C'est d'ailleurs un vieux débat parce que l'on voit bien qu'il n'y a pas seulement une seule réponse aux besoins d'accompagnement lié au vieillissement avec des incapacités. La réponse n'est pas seulement nichée au cœur de l'État-providence : on ne peut pas tout renvoyer à l'État providence. L'isolement, la réponse n'est pas de payer quelqu'un pour rompre l'isolement même si parfois des personnes rémunérées pour d'autres tâches vont aussi y contribuer dans une certaine mesure. Il y a donc évidemment une place pour d'autres formes d'engagement, pour l'action des proches et celle de l'entourage. De même, beaucoup d'associations privées s'y emploient dans le cadre de l'aide à domicile. Les Anglo-Saxons parlent de « Welfare pluralism » pour résumer cette « économie mixte du social » qui mélange diverses sources de solidarité.

Il convient de revenir au débat qui a eu lieu au début du XXe siècle en France pour savoir si l'État pouvait s'occuper de tout cela. Il s'agissait des premières lois d'assistance publique. Faut-il faire des lois pour prendre en charge les personnes âgées qui sont incurables et et pour pourvoir à leurs besoins ? La réponse était jusque là de dire aux familles, aux paroisses et aux communes et non pas à l'État de l'assumer. Heureusement, l'assemblée législative de l'époque a voté ces lois d'assistance publique qui font que les départements ont aujourd'hui à leur charge les personnes âgées qui ne peuvent pas couvrir les frais liés à leur hébergement dans un établissement agréé à l'aide sociale.

A l'époque, c'était le début de la gymnastique et de l'éducation physique, les images que les experts utilisaient se situaient dans ce registre. Ainsi, on a parlé de « barres parallèles ». C'est l'image qui a été prise par un américain Benjamin Gray puis par un couple d'Anglais, Sydney et Béatrice Webb. Selon eux, pour que la prise en charge des besoins sociaux soit satisfaisante, il faut que les deux barres tiennent bien et soient aussi solides l'une que l'autre. Ces deux barres, c'est ce que l'entourage, la société civile, les associations, les familles, les proches, les gens par leur prévoyance et leurs responsabilités peuvent prendre en charge. C'est la solidarité privée volontaire. C'est aussi ce que la collectivité par la redistribution doit prendre charge. C'est la solidarité collective obligatoire. Je ne suis pas convaincu que l'on soit dans une situation où il

faudrait aller vers la « *big society* » de David Cameron pour qui il convient de renvoyer aux familles et aux communautés locales les missions assumées depuis un demi-siècle par l'État providence. Chez nous, on peut être certain que l'État providence n'en n'a pas trop fait dans le domaine de la dépendance. On ne peut donc pas imaginer un transfert comme celui qui est imaginé par les conservateurs britanniques. Bien sûr, il faut mobiliser les autres sources de la solidarité que peuvent être la famille et les associations. Mais il y a aussi une ardente obligation pour les pouvoirs publics à ce que les deux barres ne soient pas des barres asymétriques mais vraiment des barres parallèles pour permettre une réponse de qualité aux attentes des personnes âgées. La collectivité doit assumer sa part de responsabilité. Elle ne le fait pas encore suffisamment. J'espère que le compte à rebours a commencé et que les prochains semestres nous permettront d'aboutir collectivement à ce progrès nécessaire.

Bernard Ennuyer : merci Henry. Je vous remercie beaucoup pour votre participation à la table ronde.

Conclusion

par **Geneviève LAROQUE**, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)

Sylvain Denis : tout le monde connaît Geneviève Laroque, présidente de la Fondation nationale de gérontologie. Je ne dirai pas que tu as déjà appris par cœur le rapport ARRECKX Araecks mais tu connais plein de choses. Je te remercie. Nous avons travaillé ensemble tu m'as beaucoup appris. J'aimerais que tu conclues cette journée qui est très importante pour les participants. Cela faisait un moment que l'on ne s'était pas rencontré. Si vous avez des choses à dire, il faut les dire au corps politique comme vous l'a suggéré Jérôme Guedj et Bernard Ennuyer. Il faut le dire autour de vous, à vos élus, à vos administrations, à vos ARS. A nous, c'est sympa mais c'est d'utilité relativement modeste ! Allez auprès de vos élus me paraît beaucoup plus efficace. Merci donc de le faire.

Geneviève Laroque : les personnes âgées, je ne sais toujours pas ce que c'est après 35 ans de gérontologie mais, si j'en crois la définition du CNRPA, retraités et personnes âgées, ça veut dire que ça ne se recouvre pas complètement. Les retraités sont des gens qui commencent parfois très tôt malheureusement et les personnes âgées, d'après le centre d'observation stratégique, me dit que, de 50 à 75 ans, on est un senior, en pleine capacité et en plein dynamisme (on se demande jusqu'à quel âge les dits seniors vont pouvoir continuer leur activité professionnelle) et, qu'après 75 ans, on est effectivement une personne âgée ou plus exactement un aîné (c'est plus chic). Après 85 ans, on entre dans une période de turbulences et on risque beaucoup plus de souffrir de maladies entraînant des incapacités durables et importantes. Cela veut dire que les gens visés par le CNRPA, c'est-à-dire nous tous, ne sont pas une peuplade exotique mais bien des citoyens comme tout le monde. Ils ont donc les mêmes droits et les mêmes devoirs que tout le monde. Si on se pose la question de savoir qui et comment contribuer aux dépenses collectives, il n'y a aucune raison pour traiter les retraités et personnes âgées d'une façon différente de l'ensemble de la population adulte de ce pays. C'est bête comme chou mais ça peut avoir d'états de conséquences.

On peut se poser la question de savoir si ces retraités et personnes âgées n'ont pas des caractéristiques particulières. Comme l'évoquait Sylvain à l'instant, je traîne dans ce milieu depuis des décennies et je me souviens de Maximilienne LEVET GAUTRAT evegotra, qui avait défini les quatre valeurs tierces de la vieillesse. Nous y trouvons deux groupes de valeurs :

- **la lenteur et la frugalité.** C'est embêtant d'aller moins vite que les copains qui sont plus jeunes. C'est quelquefois très embêtant d'être obligé d'assumer et malgré tout une diminution de ressources personnelles, même si statistiquement les ressources sont comparables mais finalement, cela correspond à ce qui est en train d'émerger dans la société puisqu'on commence à s'apercevoir que vitesse et précipitation, ce n'est pas terrible et qu'il faut peut-être apprendre à prendre son temps, à donner du temps au temps et pas simplement lorsqu'on a 82 ans !
- Et la frugalité, je vous renvoie aux lectures sur l'environnement. Ces deux premières valeurs tierces sont des valeurs collectives et sociétales pour tout le monde ;
- **la disponibilité et la fragilité.** La disponibilité, c'est un peu l'ouverture à l'autre. C'est une capacité que les gens retraités peuvent avoir davantage que les gens actifs simplement parce qu'ils ont plus de temps devant eux. Ils ont plus de temps qu'ils occupent immédiatement car ça m'étonnerait qu'un quelconque membre du CNRPA ou d'un CODERPA soit un vieux monsieur ou une vieille dame disposant d'énormément de temps libre car ils consacrent énormément de temps à ce travail de

représentation et ont de ce fait, une utilité sociale visible. Mais il y a des utilités sociales moins visibles, ne serait-ce que familiales. On sait que les aides familiales sont beaucoup plus descendantes des matures et des usagers vers les plus jeunes que l'inverse. La disponibilité est une vertu qui peut servir aux vieux mais aussi à tout le monde.

- La fragilité m'a posé beaucoup de questions. Percevoir la fragilité comme une valeur au lieu de la percevoir comme une source d'inquiétude me paraissait difficile mais finalement, on peut retenir deux choses à partir de cette notion de fragilité : cette fragilité, plus ou moins importante, oblige à faire attention, non pas avec un principe de précaution imbécile qui empêche le moindre progrès parce que dès que l'on se tord le pied, il faut arrêter de bouger mais, malgré tout, en regardant, si on ne blesse pas, si on n'abîme pas, si on ne se blesse pas, si on ne s'abîme pas mais surtout, ça m'a fait réfléchir à autre chose qui a été le fil conducteur de toute la journée : que se passe-t-il quand l'entraide se réduit à l'aide ? C'est une des vraies questions. J'ai dit que les générations plus âgées aident beaucoup les générations moins âgées mais ça se passe dans une situation d'entraide : je te donne un coup de main lundi et tu me donnes un coup de main mercredi. Ce n'est pas forcément tout à fait synchronique, ça peut être un peu diachronique, ce n'est pas forcément direct mais aussi indirect (j'ai aidé mon fils Pierre et c'est mon fils Paul ou mon gendre Jules qui m'aide). Cette entraide est quelque chose d'assez collectif, massif, groupal avec un groupe qui peut atteindre le monde entier. Mais, lorsqu'on est gravement fragilisé, cette entraide devient un besoin d'aide qui se traduit comme une espèce de désinvestissement de l'entraide que l'on a fournie précédemment. Ce n'est pas un temps gratuit que va donner aux fragiles celui qui ne l'est pas (ou ne l'est pas encore). Simplement, il donne à celui qui a donné avant. On est donc bien dans une entraide prolongée. C'est un peu d'ailleurs le principe de la retraite par répartition qui a un fondement philosophique beaucoup plus qu'un fondement économique. Si nous travaillons sur cette notion d'entraide glissant vers l'aide, cela nous fait poser la question de **l'utilité des inutiles** dans une société. On sait que c'est la façon dont cette société traite ses bouches inutiles qui marque et signe la qualité civilisationnelle de cette société.

Sylvain Denis : merci Geneviève. J'espère que notre société saura dans l'avenir bien marquer la façon dont elle nous traite, même si nous ne nous sentons pas toujours inutiles... Je vous remercie tous d'être venus, je remercie les participants de la table ronde. J'espère que nous pourrons organiser une autre rencontre l'année prochaine avec autant de participants brillants et de réactions de la salle. Je vous retrouverai avec plaisir dans les réunions régionales.

Rédaction des actes : Tugdual RUELLAN

Glossaire

ADF	Assemblée des Départements de France
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ALD	Affections de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CALS	Comité d'Action Locale Social
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CIFH	Classification Internationale du Fonctionnement Humain
CLIC	Comité Local d'Information et de Concertation
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNRPA	Comité National des Retraités et Personnes Âgées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie
PIB	Produit Intérieur Brut
PLF	Projet de Loi de Finances
SAD	Service d'Aide à Domicile
SIAD	Service Infirmier d'Aide à Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée