



Département des Affaires sociales

RÉFORME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Contribution de la FNSEA

Juin 2011

Le débat sur la dépendance a été lancé le 8 février 2011 lors d'un colloque au Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) en présence du Président de la République et de la Ministre en charge du dossier, Roselyne BACHELOT-NARQUIN.

La ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale a par la suite mis en place 4 groupes de travail qui ont étudié les thèmes suivants :

- « société et vieillissement »*
- « perspectives démographiques et financières de la dépendance »*
- « accueil et accompagnement des personnes âgées »*
- « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées »*

En parallèle, d'avril à la fin du mois de juin, 26 débats interdépartementaux et 4 débats interrégionaux ont été organisés dans chacune des 26 régions, conjointement par les préfets de région et les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé (ARS).

Suite à ces discussions, un rapport final devait être remis au Président de la République au début du mois de juillet. Cette restitution servira de base au projet du Gouvernement, dont les premières mesures devraient figurer dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012, examinée à l'automne 2011.

A chacune de ces étapes, la FNSEA et son réseau ont été présents pour faire entendre la voix des agriculteurs, actifs ou retraités.

Pour la FNSEA, le monde agricole et le monde rural en général, les enjeux de cette réforme sont particulièrement importants. La perte d'autonomie ne se vit pas de la même façon selon que l'on habite en zone rurale ou en zone urbaine ou selon que l'on ait des ressources importantes ou des retraites de misère.

Le débat qui s'ouvre nous renvoie à la place et au type de solidarité que nous entendons promouvoir face à un risque qui peut frapper n'importe lequel d'entre nous.

Il nous renvoie également à l'organisation des soins en milieu rural. Depuis de trop nombreuses années, la FNSEA alerte les pouvoirs publics sur la désertification médicale de certaines régions. La question de la prise en charge de la dépendance vient rappeler que le chemin est encore long.

Il nous interpelle enfin sur les modes de financement de risques qui ne sont plus professionnels mais universels.

A ces titres, la FNSEA entend prendre toute sa place dans les débats et peser dans les discussions. Tel est l'objet de cette contribution au futur projet de loi sur la dépendance.

SOMMAIRE

QU'EST-CE QUE LA DEPENDANCE ?	7
Des définitions mal assurées	7
CONSTAT : Nous ne partons pas de zéro	9
Le poids déjà capital de la solidarité nationale à travers une grande diversité des sources de financement	9
Un financement complexe cumulé à une multitude d'acteurs	11
POURQUOI UNE RÉFORME ?	12
Une population qui vieillit	12
Une compensation inéquitable de la perte d'autonomie	13
L'importance des restes à charges financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes	13
Un maintien à domicile menacé	14
Le secteur des aides à la personne en situation délicate	15
Une offre d'hébergement en institution disparate	15
L'ENJEU POUR LA FNSEA	17
La spécificité rurale impose un regard particulier sur cette réforme	17
LES PROPOSITIONS DE LA FNSEA	18
1. Une prise en charge basée sur la solidarité nationale	19
2. Réduire le reste à charge des personnes les plus modestes	22
3. Mettre en place un niveau complémentaire basé sur des assurances volontaires	24
4. Veiller aux particularités du milieu rural	26
SYNTHESE DES PROPOSITIONS	29

QU'EST CE QUE LA DEPENDANCE ?

La dépendance ou la perte d'autonomie, **c'est le fait de ne plus arriver à accomplir seuls les actes élémentaires de la vie courante (se déplacer, se nourrir, s'habiller,...) et de devoir être aidé par une tierce personne pour accomplir ces gestes.** Ce n'est donc pas le champ du vieillissement normal.

Ce débat sur la prise en charge de la dépendance ou de la perte d'autonomie aurait pu aborder la question du handicap chez des individus jeunes ou moins jeunes. Les Pouvoirs publics ont décidé de limiter la réflexion à la dépendance des personnes âgées et donc aux problématiques liées au vieillissement.

Des définitions mal assurées

Reste qu'il est difficile de mesurer cette dépendance.

Il existe en effet différentes grilles de lecture. Ces grilles de lecture servent de référence pour le paiement des aides à la dépendance et des prestations liées aux contrats d'assurance.

D'un côté, **les Pouvoirs publics** évaluent le niveau de dépendance d'une personne à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

Cette grille classe les plus de 60 ans dépendants en 6 Groupes Iso-Ressources (GIR), en fonction de leur état de santé et des aides à la personne dont ils ont besoin.

L'évaluation se fait sur la base de 17 variables :

- 10 variables dites « discriminantes » se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (Groupe Iso-Ressources) : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance,
- 7 variables dites « illustratives », concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens, cuisine, ménage, transports, achat, suivi du traitement, activités de temps libre.

Les GIR définissent un niveau de perte d'autonomie décroissant

- *GIR 1 = personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.*
- *GIR 2 = personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
= personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.*
- *GIR 3 = personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leurs soins corporels.*
- *GIR 4 : personnes qui ne peuvent se lever seules mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement : elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage,
= personnes n'ayant pas de problèmes moteurs, mais devant être aidées pour les soins corporels et pour les repas.*

- GIR 5 : personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 = personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA (Allocation personnalisée d'Autonomie).

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

De leurs côtés, pour apprécier le degré de perte d'autonomie de leurs assurés, **les assureurs** utilisent, à titre principal, des référentiels basés sur la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne (AVQ) et des tests psychométriques pour les fonctions cognitives.

Les Actes de la Vie Quotidienne servant de référence aux assureurs sont au nombre de 6 : « se lever / se coucher / s'asseoir », « se déplacer », « s'alimenter », « assurer l'hygiène de l'élimination », « se laver » et « s'habiller ».

La grille comporte ensuite 4 niveaux en fonction de l'incapacité à effectuer un ou plusieurs de ces gestes :

- Niveau 1 = incapacité d'effectuer 2 AVQ sur 6,
- Niveau 2 = incapacité d'effectuer 3 AVQ sur 6,
- Niveau 3 = incapacité d'effectuer 4 AVQ sur 6,
- Niveau 4 = incapacité d'effectuer 5 ou 6 AVQ sur 6.

Le nombre d'AVQ pris en compte peut varier d'un contrat d'assurance à l'autre.

Il n'y a donc pas, actuellement, une définition unique et harmonisée de la dépendance.

CONSTAT : Nous ne partons pas de zéro

Le poids déjà capital de la solidarité nationale à travers une grande diversité des sources de financement

Bien que la dépendance des personnes âgées ne soit pas pour le moment un risque de Sécurité sociale, elle fait d'ores et déjà l'objet d'une prise en charge et de nombreuses mesures.

Plus de 22 milliards d'euros y ont ainsi été consacrés en 2010.

La dépense publique consacrée à la dépendance **équivalait à plus de 1,1 % du produit intérieur brut (PIB).**

Cette solidarité nationale est financée par les prélèvements sur le travail au titre des cotisations sociales et de la journée de solidarité (à hauteur de 7,5 Md€), par la fiscalité nationale (à hauteur de 8,5 Md€) et la fiscalité locale (à hauteur de 5,5 Md€).

- **La Sécurité sociale**

Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie est pour l'essentiel supporté par **l'assurance maladie** (plus de 11 milliards d'€, environ 50 % du coût total) pour le financement des soins médicaux dispensés aux personnes âgées dépendantes.

Les branches vieillesse et famille contribuent pour un peu plus d'1 Md€ notamment à travers l'action sociale des caisses de retraite.

Au-delà des soins, il ne faut pas oublier le financement de nombreuses actions de prévention de la dépendance. Le régime agricole touché avant les autres régimes par ces problématiques, est particulièrement actif en la matière.

La **Mutualité Sociale Agricole** propose ainsi des actions de prévention (Pac Eurêka d'activation cérébrale visant à entretenir la mémoire, Ateliers du Bien Vieillir) et apporte un soutien aux aidants familiaux (groupes de formation et de parole, aides au répit...). Elle expérimente depuis 2005 des réseaux Alzheimer destinés à coordonner l'offre de soins et de services aux malades et à leurs aidants et a contribué à l'ouverture de 130 maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa), qui sont des unités de vie non médicalisées offrant un « chez soi » autonome à forte plus-value de services.

- **Les départements**

Les **départements** financent plus de 6 Md€ à travers notamment l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et l'ASH (aide sociale à l'hébergement).

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 en remplacement de la PSD (prestation spécifique dépendance), l'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, qui ont besoin - en plus des soins qu'elles sont susceptibles de recevoir - d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie courante, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Elle peut bénéficier à des personnes hébergées à domicile ou en établissement.

Son attribution n'est pas soumise à condition de ressources, mais le montant de la participation du bénéficiaire (le « ticket modérateur », c'est à dire la somme restant à sa charge) dépend des revenus de celui-ci.

Pour une personne âgée dépendante à domicile, le montant moyen versé est de 400 € par mois.

A domicile, les montants sont cependant fortement dégressifs en fonction du revenu. Une personne très dépendante (en GIR 1) à domicile avec 1000 € de revenus mensuels aura une aide mensuelle d'environ 1 000 €. Avec un revenu de 2 000 € par mois, l'APA n'est plus que de 400 € par mois. A delà de 2 800 € de revenus par mois, l'APA plafonne à 100 €.

Sur 1,2 million de bénéficiaires de l'APA, 61 % vivent à domicile et 39 % en établissement.

20 % des bénéficiaires vivant à domicile sont en dépendance lourde (GIR 1 et GIR 2), contre 59 % pour ceux qui vivent en établissement.

65 % des bénéficiaires de l'APA (soit 774 000 personnes) sont donc modérément dépendants et relèvent des GIR 3 et 4. .

- **La CNSA**

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), qui gère la contribution solidarité autonomie (lundi de Pentecôte) et une fraction de CSG, contribue pour environ 3,3 Md€ à la dépense sous diverses formes tels que le financement des établissements et services d'accueil des personnes âgées ou le financement de l'APA.

- **L'Etat**

L'Etat de son côté, intervient essentiellement à travers des réductions d'impôts et des exonérations sociales (réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement, exonération d'impôt sur le revenu des sommes versées au titre de l'APA, aide à l'emploi à domicile...), pour un total de 2,1 Md€.

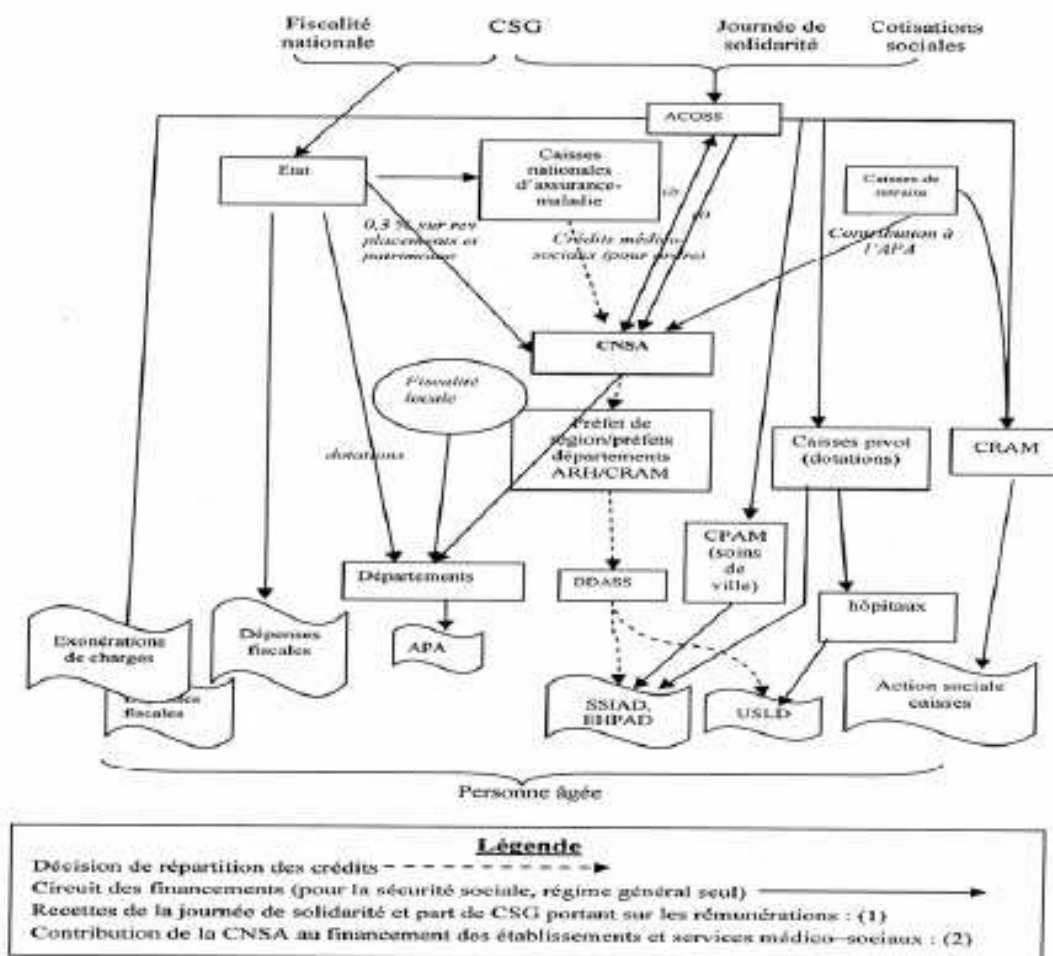
Un financement complexe cumulé à une multitude d'acteurs

Cette diversité de sources de financement emporte une diversité d'acteurs qui jouent tous un rôle dont les contours sont parfois bien difficiles à saisir pour les citoyens.

Entre les organismes de Sécurité sociale, l'Etat, les départements et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les intervenants sont nombreux et le besoin de guichet unique se fait cruellement sentir.

Cette multitude d'intervenants et de financements est au final illisible pour les usagers.

La complexité des circuits de décision et de financement



Source : Cour des comptes - Rapport public thématique
« Les personnes âgées dépendantes » - novembre 2005

Il semblerait ainsi utile de rendre plus lisible ce schéma de prise en charge de la perte d'autonomie et les relations entre les différents acteurs.

POURQUOI UNE RÉFORME ?

Une population qui vieillit

La première raison qui impose une réforme de la prise en charge de la dépendance est démographique. Il y aura **2 millions de personnes de plus de 85 ans en 2015** contre 1,4 à l'heure actuelle. En 2050, la part des personnes de plus de 75 ans aura doublé dans la population française.

Projections de population

	Population au 1 ^{er} janvier (en millions)	Moins de 20 ans (en %)	20 ans à 59 ans (en %)	Plus de 60 ans (en %)	Dont 75 ans ou plus (en %)
2015	64,5	24,2	51	24,8	9,3
2020	65,9	23,9	49,6	26,4	9,4
2030	68,5	23	47,5	29,4	12,3
2040	70,7	22,4	46,6	31,1	14,7
2050	72,2	22,3	45,9	31,8	16

(source : Insee)

Or, il existe un lien entre le vieillissement de la population et la probabilité d'entrer en dépendance. La perte d'autonomie touche 13,7 % des personnes âgées de 60 à 79 ans, contre 25 % des personnes âgées de 80 ans.

Il résulte de cette évolution que le nombre de personnes dépendantes augmente de 1,5 % par an.

Fin 2010, 1,2 million de personnes âgées sont classées au sein des quatre premiers GIR. Le vieillissement de la population française entraînera une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes qui atteindrait 1,4 ou 1,55 millions de personnes en 2030 pour doubler en 2060 avec 1,85 à 2 millions de personnes âgées dépendantes.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA est en augmentation continue

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (prévisions)
Nombre de bénéficiaires	605 000	792 000	865 000	938 000	1 008 000	1 078 000	1 115 000	1 136 000	1 158 000
Dépenses d'Apa (en millions d'euros)	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555	4 855	5 029	5 240

(source : Ministère des solidarités et de la cohésion sociale)

Le coût de la prise en charge de la dépendance est donc appelé à s'alourdir. A horizon 2025, la dépendance absorberait au moins un demi point de PIB supplémentaire pour atteindre 1,5 % de la richesse nationale, soit plus de 30 milliards d'euros.

On estime que le besoin est à l'horizon 2030, non plus de 22, mais de 30 à 32 Md€. Soit 8 à 10 Md€ de plus qu'aujourd'hui. Il est donc nécessaire de trouver une dizaine de milliards d'euros sur 15 à 20 ans.

A titre de comparaison, la branche maladie a généré 11,6 Md€ de déficit sur la seule année 2010. Trouver 10 Md€ ne constitue donc pas un enjeu insurmontable.

Une compensation inéquitable de la perte d'autonomie

Les départements n'assurent pas une gestion homogène de la dépense en raison non seulement des différences intrinsèques de charges qui pèsent sur chacun d'eux, mais aussi des diverses définitions des politiques d'aides à la personne et de sollicitation des solidarités familiales qu'ils ont mises en place.

En plus des inéquités liées aux différences d'interprétation de la grille AGGIR, la Cour des Comptes avait noté en 2009, 4 éléments de disparité entre départements :

- **la conception des plans d'aide** : le périmètre de ces plans peut varier considérablement (mesures plus ou moins détaillées en matière de logement ou de soutien aux aidants familiaux),
- **les règles d'attribution et le contenu de la prestation** : certains départements proposent des prestations extralégales facultatives en complément de l'APA ou maintiennent des conditions d'attribution particulières (ouverture du droit à l'APA à compter de la date de réception du dossier complet par les services du conseil général et non à compter de la date de notification de la décision d'attribution ; exonération partielle des usagers de l'augmentation du ticket modérateur, ...),
- **l'organisation des équipes médico-sociales chargées d'élaborer le plan d'aide** : ces équipes font l'objet d'un encadrement médical plus ou moins important, les rythmes de visites des bénéficiaires sont variables, leurs méthodes d'intervention ne sont pas harmonisées et les actions de formation de ces intervenants sont encore assez peu développées,
- **la gestion des dossiers et, en particulier, le contrôle de l'efficacité des plans d'aide** : les contrôles ne sont pas systématiques.

En tout état de cause, ces différences d'approche conduisent à des disparités financières : la Cour des Comptes a ainsi révélé que le montant mensuel moyen tous GIR confondus de l'APA à domicile varie de 432 € dans la Drôme à 533 € dans le Territoire de Belfort, pour une moyenne nationale de 490 € par mois.

Quant à la part restant à la charge des bénéficiaires, elle peut varier du simple au double : si le « ticket modérateur » des bénéficiaires en GIR 1 est de 88 € par mois dans le Territoire de Belfort, il s'élève à 149 € dans le Calvados et à 156 € en moyenne au niveau national.

L'importance des restes à charges financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes

L'aide publique ne représente que 75 % des besoins. Un quart de la charge de la dépendance est aujourd'hui assumé par les personnes et leur famille et éventuellement, leur assureur.

Bien que remboursées par l'assurance maladie, les dépenses de santé restent pour une part importante à la charge des patients âgés. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime ainsi à **plus de 1 000 € par an la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie** des personnes de plus de 80 ans, dont plus d'une sur deux est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une longue maladie.

Pour les personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile, les coûts s'élèveraient en moyenne à 1 800 € par mois alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension mensuelle inférieure à 1 000 € et que le montant moyen des aides d'Etat est de 450 €.

C'est ainsi que le plus souvent, les personnes âgées dépendantes prennent la décision d'entrer en établissement lorsqu'elles ne peuvent absolument plus assumer l'organisation quotidienne de leurs pathologies multiples.

Les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement sont les plus importants. Le coût d'un hébergement se situe entre 1 800 € en milieu rural et périurbain et 2 900 € en milieu urbain. Il peut atteindre 3 500 € pour une personne en dépendance lourde.

Ainsi, 80 % des personnes résidant en institution ne peuvent pas payer la facture avec leurs seuls revenus, mais doivent puiser dans leur patrimoine ou demander de l'aide à leurs proches.

Si les foyers aisés s'en sortent grâce à leur épargne, les personnes modestes et l'ensemble des classes moyennes éprouvent des difficultés pour financer ces coûts liés à la dépendance.

Dans un même temps, les structures familiales évoluent et les descendants qui prennent en charge les ascendants se raréfient. Les personnes doivent faire face seules à leurs difficultés et recourir de plus en plus à de l'aide extérieure. Ces changements entraînent des besoins de financement supplémentaires.

Un maintien à domicile menacé

En 2007, les personnes âgées demeurant à leur domicile, avec éventuellement une assistance hospitalière ou infirmière, représentaient respectivement :

- 98,9 % des 65 - 74 ans,
- 95,5 % des 75 - 84 ans,
- 78,6 % des 85 - 94 ans,
- 57,4 % des plus de 95 ans.

Malgré une politique affirmée tendant à favoriser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à leur domicile, diverses difficultés apparaissent :

- **La prévention insuffisante de la perte d'autonomie.**
- **La diminution programmée des aidants naturels** (selon la DRESS, 75 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie reçoivent une aide de leur entourage). Les « aidants » seraient ainsi 3 millions à s'occuper régulièrement de personnes âgées. Cette aide informelle représenterait ainsi 9 Md€.
- **Les difficultés du secteur professionnel de l'aide à domicile** (offre de soins à domicile : qualité, accessibilité et soutenabilité financière).

Le maintien à domicile doit faire l'objet d'actions d'accompagnement (appui aux tâches domestiques, aide aux actes de la vie quotidienne, aménagement des logements, aides techniques) via notamment une professionnalisation accrue des personnels. Cet effort de formation permettrait de viabiliser certaines populations en zone rurale.

Un défi de recrutement nous attend et suppose qu'un réel effort soit engagé afin de **revaloriser et de rendre plus attractifs les métiers médico-sociaux**, en particulier ceux des professionnels intervenant directement auprès des personnes âgées dépendantes.

Le secteur des aides à la personne en situation délicate

Les services délivrés aux personnes âgées sont très divers (de l'aide ménagère à l'accompagnement de la personne), et assurés par une grande variété de type d'organisation (associations, sociétés prestataires ou mandataires, emploi direct, service des collectivités territoriales...).

Bien que le secteur soit particulièrement dynamique et que la demande ne faiblisse pas, ces organismes doivent faire face à une crise due à des coûts qui ne sont plus compensés par les financements publics. Certaines associations ont ainsi cessé leur activité laissant des personnes âgées privées de leurs services.

De plus, le secteur souffre d'un problème de structuration et de solvabilisation d'une offre de services en nombre suffisant et de qualité.

Une offre d'hébergement en institution disparate

Les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes sont très inégalement réparties sur le territoire et ne permettent pas de répondre aux besoins réels de la population.

Par ailleurs, alors que les besoins de prise en charge de personnes âgées dépendantes ne cessent d'augmenter, on observe dans de nombreux territoires des difficultés en matière de taux d'occupation des structures. En effet, le coût important laissé à la charge de l'usager ou de sa famille a pour conséquence un maintien à domicile de la personne âgée au mépris parfois de la nécessité de la soigner et de l'accompagner.

La Cour des comptes note, dans son rapport public annuel 2009, que « le problème du reste à charge pour les familles demeure entier ». En outre, « il existe de fortes différences d'un établissement à l'autre ».

Les perspectives d'évolution du nombre de places en établissement d'hébergement selon le centre d'analyse stratégique

	Situation estimée fin 2003	2010	2015	2025
Logements foyers et autres formules d'accueil peu médicalisées	148 890	110 000	110 000	110 000
Ehpad (hors USLD)	407 430	460 000	442 000	432 000
USLD	76 420	70 000	70 000	70 000
Accueil temporaire	9 260	40 000	58 000	68 000
Total	642 000	680 000	680 000	680 000

Source : calculs du centre d'analyse stratégique

Les différents rapports parlementaires insistent sur le nécessaire effort de rattrapage en termes de volumes d'équipement et de services, de qualité de la prise en charge notamment à travers les taux d'encadrement en personnel au sein des structures.

Il semble nécessaire d'accentuer l'effort sur les structures très médicalisées qui ont vocation à accueillir les plus dépendants et de réorienter certaines dépenses allouées jusque là aux structures peu médicalisées en direction de l'accueil à domicile (places d'accueil temporaire, développement des services de soins infirmiers à domicile).

Dépendance : l'expérience allemande

Depuis 1995, l'Allemagne a créé une 5^{ème} branche de Sécurité sociale afin de prendre en charge le risque de dépendance.

Une assurance dépendance obligatoire a été mise en œuvre.

Toute personne affiliée à une assurance maladie publique ou privée est tenue de souscrire une assurance dépendance auprès de la caisse qui la couvre en maladie.

Pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance dépendance, l'assuré doit avoir été assuré ou assuré familial durant au moins 2 ans avant la constatation de besoin de soins.

Les prestations de dépendance sont fonction de la catégorie de dépendance et de la nécessité de dispenser des soins à domicile ou en établissement.

Face au nombre de bénéficiaires (plus de 2 millions dès 2007) et à la dérive des coûts des prestations, les cotisations ont dû être augmentées de façon importante dès 2008. La branche serait cependant de nouveau déficitaire dès 2014.

L'ENJEU POUR LA FNSEA

La spécificité rurale impose un regard particulier sur cette réforme

Pour La FNSEA, la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est un sujet capital eu égard à la démographie particulière de la population agricole, aux montants des ressources dont disposent les anciens actifs de l'agriculture et au caractère particulier de vieillir en milieu rural.

- **Le choc démographique**

Le **choc démographique** engendrant des départs massifs d'actifs agricoles en retraite a en effet déjà eu lieu. Ce qui n'est pas le cas dans les autres régimes. Il y a aujourd'hui 1 actif agricole pour 3 retraités. Par conséquent, la question de la dépendance se pose avec plus d'acuité dans le régime agricole.

Cela explique aussi que la profession agricole, par la voie de la MSA, a déjà développé des outils innovants. A titre d'exemple, le développement des réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire pour lesquels la MSA apporte son expérience et sa méthodologie.

De même, la MSA a mené des expérimentations en lien avec les médecins généralistes traitants, pour contribuer au maintien à domicile. Plus de 1.500 professionnels dont 700 médecins y ont participé et ont contribué à la diminution du nombre de journées d'hospitalisation et du coût par patient.

- **La faiblesse des retraites agricoles**

La prise en charge de la dépendance est un sujet particulièrement sensible en agriculture eu égard à la **faiblesse des retraites** des anciens exploitants.

La moitié des chefs d'exploitation justifiant d'une carrière complète bénéficie d'une retraite inférieure à 680 € par mois et la moitié des conjoints justifiant d'une carrière complète bénéficie d'une retraite inférieure à 530 € par mois. Il est évident qu'au regard du coût d'une maison de retraite, la faiblesse des pensions agricoles appelle une réponse particulière.

- **L'isolement en milieu rural**

La prise en charge de la dépendance en milieu urbain et en milieu rural est fondamentalement différente. Des réponses particulières pour les zones rurales sont indispensables dans cette réforme. L'évolution des modes de vie dans les zones rurales et particulièrement le fait que les ascendants ne vivent plus sous le même toit que les descendants, confrontent d'autant plus le monde agricole à la question de la dépendance.

En matière de dépendance, la vie en milieu rural pose des difficultés supplémentaires. Là plus qu'ailleurs, il faudra améliorer les parcours de soins et l'accompagnement des personnes.

Sur **la prévention** tout d'abord. La désertification médicale de certaines zones, ou plus simplement l'éloignement toujours plus important des centres de soins ou des professionnels de santé, limite les actions de prévention pourtant essentielles afin de repousser l'âge de la dépendance. Les actions de la MSA doivent à ce titre être confortées.

Sur **les services d'aides à la personne** ensuite. L'accès aux zones rurales renchérit le coût du service et aujourd'hui de nombreuses associations n'ont plus les moyens d'assurer certains services. Les problèmes de transport, d'isolement sont des sujets qui doivent être traités dans la réforme.

Les populations rurales sont très souvent des populations plus pauvres que la moyenne. Pour ces personnes, le maintien à domicile est une priorité. Pour cela, il faut apporter une **aide aux aidants familiaux** : leur apporter une formation, améliorer leurs possibilités de répit, promouvoir le congé de soutien familial.

Eu égard à ces éléments, l'enjeu principal pour la FNSEA est de permettre aux populations vivant en milieu rural de bénéficier d'une prise en charge décente de leur perte d'autonomie.

A ce titre, la réforme doit envisager un traitement particulier pour le monde rural que ce soit en terme d'appui aux services à la personne, de prise en compte de la faiblesse des ressources, mais aussi de présence médicale et d'accès aux soins égalitaire sur l'ensemble du territoire.

LES PROPOSITIONS DE LA FNSEA

Pour la FNSEA, les équilibres actuels entre les différents acteurs intervenant dans le champ de la dépendance doivent être préservés. L'articulation entre l'assurance maladie, l'Etat, les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie doit être réaffirmée.

Il ne paraît pas souhaitable de revenir sur cet équilibre notamment par le biais de la création d'une cinquième branche.

Pour la FNSEA, la priorité est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, notamment par une amélioration de la prévention et de réduire le reste à charge des personnes ayant de faibles ressources.

A ce titre, la prise en charge du risque dépendance doit s'appuyer sur un socle de base issue de la solidarité nationale dont les prestations doivent être améliorées pour ceux qui en ont le plus besoin. Ce socle doit être complété par un étage assurantiel encadré dont la souscription pourrait être encouragée par les pouvoirs publics.

1. Une prise en charge basée sur la solidarité nationale

✓ *Une fausse bonne idée : la 5^{ème} branche*

La dépendance des personnes âgées ne fait pas partie des risques de Sécurité sociale. Il n'y a pas de branche de la Sécurité sociale dédiée à cette problématique. Comme cela est le cas pour la maladie, la retraite, la famille ou les accidents du travail / maladies professionnelles.

C'est pourquoi, dans les débats liés à cette réforme, resurgit régulièrement l'idée de faire de la prise en charge de la dépendance le 5^{ème} risque de la Sécurité sociale. La notion de 5^{ème} branche, parfois évoquée également, renvoie à cette notion de 5^{ème} risque, mais en insistant sur l'organisation administrative. Il faudrait ainsi créer une nouvelle caisse de Sécurité sociale pour gérer ce risque.

Si cette solution présente l'avantage de gommer les différences de traitement des personnes âgées dépendantes suivant les départements, elle porte en elle l'idée d'un financement par les cotisations sociales.

Or, il nous paraît déraisonnable de créer une nouvelle cotisation sociale, assise sur les revenus du travail, pour le financement d'un risque universel.

Le niveau élevé des charges sociales en France ne laisse en effet aucune marge de manœuvre sauf à réduire encore un peu plus la compétitivité des entreprises. La FNSEA s'est depuis longtemps exprimée pour une fiscalisation des recettes de l'assurance maladie et des prestations familiales à travers la création d'une **TVA sociale**. Créer une cotisation sociale pour financer la dépendance, nous paraîtrait à contre courant de l'évolution souhaitée pour l'avenir de notre Sécurité sociale.

Enfin, Il nous semble que cette solution serait peu responsable puisqu'elle revient à faire supporter toujours plus de responsabilités aux actifs et aux jeunes générations.

✓ **Un financement qui ne s'appuie pas sur les revenus du travail**

Pour les raisons évoquées ci-dessus, la FNSEA estime que l'idée d'une 5^{ème} branche doit être écartée et que la solidarité telle qu'elle existe à l'heure actuelle doit se maintenir.

Nous pensons que, dans un contexte budgétaire serré, il convient d'optimiser l'existant. Existant dont la qualité et le niveau méritent d'être soulignés à travers notamment le rôle de la CNSA.

Ainsi, pour la FNSEA, il convient de maintenir l'équilibre actuel qui fait intervenir des recettes issues des cotisations sociales par le biais du financement par les régimes de Sécurité sociale et des recettes issues de la fiscalité locale ou nationale.

Pour l'avenir, il nous semble que la prise en charge de la dépendance doit être assumée en majeure partie par la solidarité nationale.

Nous consacrons déjà en France plus de 1 point de PIB à la prise en charge de la perte d'autonomie, soit un niveau comparable à nos voisins européens. Eu égard aux besoins futurs, si un recours nouveau à la solidarité nationale devait être envisagé au-delà des capacités d'optimisation des dépenses existantes, **une augmentation du taux de CSG pour les retraités imposables dans la limite du différentiel avec les actifs (0,9 point) pourrait être étudiée.** Il s'agirait de faire reposer ce financement supplémentaire sur ceux qui seront principalement concernés.

La CSG des actifs et des retraités

Le taux de CSG applicable aux revenus d'activité est de 7,5 %.

Le taux applicable aux pensions de retraite va d'une totale exonération à 3,8 % pour les personnes dont le montant de l'impôt sur le revenu de l'année précédente ne dépasse pas un certain seuil (61 €) puis 6,6 %.

Il s'agirait d'aligner le taux de 6,6 % sur le taux de 7,5 % des actifs. Cette mesure rapporterait entre 0,9 M€ et 1,1 M€.

La FNSEA rejette par ailleurs toute proposition visant à instaurer une journée de solidarité pour les non salariés agricoles. Cette hypothèse revient, à l'inverse du mécanisme mis en place dans le régime général, à instaurer une cotisation sociale supplémentaire, sans que le non salarié bénéficie d'une contrepartie quelconque.

Le mécanisme de la « journée de solidarité »

L'article 11 de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées a instauré à compter du 1^{er} juillet 2004, une nouvelle contribution à la charge des employeurs, destinée à financer la CNSA.

*En contrepartie d'une journée travaillée mais non payée, tous les employeurs versent une contribution de **0,3 % de la masse salariale.***

*Les **revenus du capital** (revenus des placements et des revenus du patrimoine) y sont également soumis.*

La CNSA est chargée de la gestion de cette contribution.

A défaut d'une convention ou d'un accord, la loi fixait initialement la journée de solidarité au lundi de Pentecôte. Cette disposition s'étant révélée difficile à appliquer, le caractère chômé du lundi de Pentecôte a été rétabli en 2008, tout en maintenant le principe de la journée de solidarité et de la contribution des employeurs.

✓ **Une gouvernance renforcée et simplifiée**

La FNSEA estime que les réflexions à mener sur le financement des restes à charge et l'amélioration de la prise en charge de la dépendance doivent laisser aux départements la responsabilité de la gestion au quotidien des politiques en faveur des personnes âgées dépendantes et donner à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la capacité d'encadrer l'ensemble des initiatives.

Le rôle de **la CNSA** doit être rénové. Il doit être centré sur le développement de son rôle d'animation technique. La CNSA doit aussi jouer le rôle de répartiteur de crédits nationaux. Elle devra faire la péréquation entre les crédits locaux.

Les Conseils généraux doivent être confortés dans leur rôle de chef de file dans le domaine de la politique menée en direction des personnes âgées et la gestion sur le terrain de ces personnes.

Les modalités de financement doivent être réajustées afin d'affirmer le principe de parité de financement de l'APA entre l'Etat et les conseils généraux et de réviser les règles actuelles de péréquation interdépartementale.

Les caisses de MSA doivent accentuer leur effort en terme de prévention et d'information.

Les réseaux gérontologiques doivent être confortés et la pérennité de leurs financements doit être garantie.

✓ **Améliorer l'information des assurés**

Toutefois, au-delà du rôle de chacun des acteurs, il est indispensable de réfléchir à la mise sur pied d'un dispositif simple d'information de personnes à la recherche de renseignements. Trop souvent, l'information est dispersée entre diverses sources et il est particulièrement difficile de regrouper l'information.

Le fait que la création d'un guichet unique constitue notre première proposition n'est pas le fait du hasard, il s'agit d'une réelle priorité pour la FNSEA.

Le monde agricole possède son guichet unique, la MSA en matière de protection sociale. Nous souhaitons qu'il en soit de même en matière de prise en charge de la dépendance.

Proposition n°1 :
Créer un guichet unique d'information pour les citoyens

Pour améliorer la lisibilité d'un dispositif complexe et pour simplifier les démarches du grand public souhaitant des informations, il est proposé de créer un guichet unique. Il s'agit de définir un interlocuteur capable d'apporter des renseignements et d'appuyer les familles dans leurs démarches parmi la multitude des acteurs actuels.

A l'heure actuelle, trop souvent, les familles sont laissées seules face à des interlocuteurs qui ne répondent que partiellement à leurs interrogations.

2. Réduire le reste à charge des personnes les plus modestes

✓ Conforter l'APA

La mise en place de l'APA en 2002 a constitué un progrès dont les départements ruraux ont plus bénéficié que les autres.

Pourtant, le système actuel de prise en charge de la perte d'autonomie conduit à trop de saupoudrage des moyens disponibles, tout en laissant la prise en charge des situations individuelles les plus délicates à des niveaux trop bas.

Le reste à charge demeure très, voire trop, élevé pour de nombreuses familles. De la même manière, le nombre d'heures prises en charge par l'APA apparaît souvent insuffisant pour les personnes dépendantes qui en ont le plus besoin.

Proposition n°2 :

Renforcer l'APA pour les plus modestes et les plus dépendants

Il semble nécessaire de conforter le socle de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) pour en faire, pour les plus dépendants, un **véritable outil de compensation**. L'objectif de cette mesure est de limiter le reste à charge des **assurés les plus pénalisés dans le cadre de l'APA : les personnes les plus dépendantes (GIR 1-2) et les moins fortunées**.

- Pour cela, il faudrait envisager de baisser le montant de la prestation de base pour les dépendances les moins lourdes et pour les personnes ayant des revenus élevés et ainsi aider mieux les plus dépendants. Ceci aussi bien à domicile qu'en établissement.
- Des conditions de ressources seraient ainsi nécessaires pour cibler les publics prioritaires. **La FNSEA est toutefois très réservée quant à une éventuelle prise en compte du patrimoine ou prise de gage pour récupération au moment du décès.**
- Il est parallèlement tout à fait indispensable de maintenir le GIR 4 dans le dispositif de l'APA pour prévenir une aggravation plus rapide de la perte d'autonomie et le basculement vers les GIR 1 à 3.
- Il faut enfin harmoniser les processus d'instruction de décision et de contrôle de l'APA, affirmer le principe de parité de financement de l'APA entre l'Etat et les Conseils généraux et revoir les règles de péréquation financière entre départements.

Succession : les patrimoines mis à contribution pour financer la dépendance ?

Les personnes à la tête des patrimoines les plus élevés pourraient être sollicités pour financer la dépendance.

Dans son rapport réalisé au nom de la mission d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du 5^{ème} risque, le sénateur UMP Alain Vasselle propose de mettre en place un mécanisme de prise de gage sur le patrimoine pour financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée aux personnes âgées dépendantes maintenues à domicile.

Ce mécanisme, qui n'est pour l'heure qu'une piste, serait optionnel.

Au moment de son entrée en dépendance, le bénéficiaire de l'APA aurait le choix entre une APA à 50 % et une allocation à taux plein. Dans ce second cas, les départements pourraient effectuer une prise de gage anticipée sur le patrimoine du bénéficiaire de 20 000 € au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un certain seuil. Alain Vasselle propose un plancher compris entre 150 000 € et 200 000 €.

« En fixant le seuil de la franchise à 150 000 €, 44 % des bénéficiaires de l'APA étaient potentiellement concernés par la mesure ; à 175 000 €, 39 % ; et à 200 000 €, 36 % », écrit Alain Vasselle....

Cette proposition n'est pas sans rappeler celle de Valérie Rosso-Debord qui a rendu en le 23 juin 2010 un rapport de la mission parlementaire sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La députée UMP de Meurthe-et-Moselle suggérait elle aussi une allocation à taux plein en contrepartie d'une récupération sur patrimoine au-delà d'un plancher de 100 000 €..

✓ **Réduire le reste à charge en établissements**

Cette problématique est essentielle pour la FNSEA étant donné la faiblesse des retraites agricoles.

Dans un premier temps, il nous semble capital d'accroître l'efficacité de la dépense de soins dans les établissements. Des efforts sont encore possibles de ce côté. Mais au-delà, il convient de réfléchir à des solutions de réelles réductions de coûts pour la personne dépendante.

Proposition n°3 :

Faire porter l'intégralité du coût des aides soignants par le tarif soins

Aujourd'hui, le financement des aides soignants est porté à la fois par le tarif soins et par le tarif dépendance. La proposition consiste à le faire porter par le tarif soins en totalité. Ce transfert entre les départements et l'assurance maladie serait de nature à réduire le reste à charge des patients.

Proposition n°4 :

Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements sur les prises de journées demandées aux résidents

Cette pratique actuelle, contraire à ce que font les établissements hospitaliers, est particulièrement injuste. La prise en charge du coût des amortissements mobiliers et immobiliers doit relever de la CNSA et des collectivités territoriales.

Proposition n°5 :
Mettre en place d'un tarif progressif de l'APA en établissement en fonction des revenus

Il nous semble juste que le socle de solidarité nationale puisse aider en priorité ceux qui en ont le plus besoin. A ce titre, un tarif progressif de l'APA pourrait être mis en place.

Enfin, toujours dans le souci d'améliorer l'information et la lisibilité pour les citoyens, nous souhaitons, comme l'a proposé le rapport d'information du Sénateur Alain Vasselle, que soient mis en place des référentiels de coûts d'hébergements et que ces référentiels soient opposables.

3. Mettre en place un niveau complémentaire basé sur des assurances volontaires

Au-delà du socle de solidarité nationale recentré, la FNSEA propose la mise en place d'une couverture assurantielle complémentaire dont la souscription serait volontaire.

Toutefois, il ne s'agit pas de laisser se développer des produits assurantiels sans mettre en place un certain cadrage. Aujourd'hui, il manque un lien d'une part entre le privé et le public puisque les critères d'évaluation divergent et d'autre part entre les contrats d'assurance de divers opérateurs.

Il nous semble indispensable de clarifier les grilles de lecture et les contrats, travailler sur l'articulation de la solidarité nationale et de la prévoyance individuelle et étudier, en lien avec la CNSA, une labellisation des contrats.

Proposition n°6 :
Harmoniser les grilles de lecture

Aujourd'hui, les contrats « dépendance » manquent de lisibilité pour les assurés et peuvent être très différents d'un assureur à l'autre. Un effort doit donc être fait en terme de lisibilité des contrats.

La définition du degré de dépendance n'est pas alignée sur celle utilisée pour l'APA et varie d'un assureur à l'autre.

Les définitions de la dépendance et autres référentiels d'évaluation doivent être harmonisés entre les acteurs publics et privés. Cette harmonisation permettrait une meilleure articulation avec l'APA (GIR 1 à 4).

Des contrats plus lisibles et un vocabulaire harmonisé permettraient d'assurer la « portabilité » et la « transférabilité » de ces contrats d'un assureur à un autre.

Proposition n°7 :
Créer des contrats labellisés par les Pouvoirs publics

Pour permettre de standardiser l'offre et rendre les garanties plus lisibles pour les assurés, les Pouvoirs publics, via la CNSA, pourraient créer un « label » public pour les contrats respectant un certain cahier des charges et prévoyant un minimum de garanties (niveau de rentes,...)

✓ **Aider à la souscription de ces contrats**

L'Etat pourrait par ailleurs encourager à la souscription de ces contrats dépendance en mettant en place des mécanismes incitatifs.

Ainsi, leur coût pourrait faire l'objet d'une prise en charge partielle pour les personnes ayant de faibles ressources (à l'instar de ce qui existe en matière d'assurance maladie).

D'autre part, les détenteurs d'un contrat d'assurance vie pourraient par exemple avoir la possibilité d'utiliser leur épargne pour couvrir le risque dépendance. Le tout sans pénalité financière pour l'assuré.

5,5 millions de contrats pour une rente moyenne d'environ 500 € par mois

Fin 2010, en France, les assureurs couvraient 5,5 millions de personnes contre le risque de perte d'autonomie (pour environ 13 millions de retraités).

La dépendance peut être couverte, soit à titre principal dans le cadre d'un contrat de prévoyance, soit à titre complémentaire dans le cadre d'un contrat d'assurance vie.

Le contrat de prévoyance donne droit au paiement d'une rente viagère dont le montant est déterminé à l'avance lors de la souscription. La rente peut être convertie en services. En l'absence de survenance de la dépendance, les sommes investies ne sont pas restituées. Mais la rente versée est défiscalisée car elle constitue la contrepartie d'un sinistre et la cotisation est en principe moins élevée.

L'assuré peut également s'assurer contre le risque dépendance dans le cadre d'une **assurance vie**. En toutes circonstances, indépendamment de la survenance ou non du risque, l'assuré recevra une prestation de l'assureur.

La rente mensuelle moyenne versée par les sociétés d'assurances à leurs assurés dépendants s'élève entre 500 et 540 € par mois. A ce jour, les contrats privés couvrent rarement la dépendance partielle.

L'ensemble des contrats prévoit un questionnaire médical et un délai de carence en cas de maladie (entre 12 et 36 mois, selon le type de maladie).

Les assurés souscrivent en moyenne auprès des sociétés d'assurance à partir de 60 ans et versent une cotisation moyenne de 29 euros.

Les assureurs ont par ailleurs développé de nombreux services d'assistance à destination des assurés (services à la personne, téléassistance, équipement du logement, aide à la recherche d'une maison de retraite, ...).

(source FFSA)

Proposition n°8 :
Apporter une participation à l'acquisition des contrats dépendance par le biais d'un crédit d'impôt

L'Etat pourrait mettre en place des mécanismes incitatifs de manière à encourager la souscription de ces contrats dépendance.

Leur coût pourrait faire l'objet d'une prise en charge partielle pour les personnes ayant de faibles ressources (à l'instar de ce qui existe en matière d'assurance maladie).

4. Veiller aux particularités du milieu rural

La prise en charge de la dépendance en milieu urbain et en milieu rural est fondamentalement différente.

La FNSEA estime que la réforme devra envisager un traitement particulier pour le monde rural que ce soit en terme d'appui aux services à la personne, de prise en compte de la faiblesse des ressources, mais aussi de présence médicale et d'accès aux soins égalitaire sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit de permettre aux populations vivant en milieu rural de bénéficier d'une prise en charge décente de leur perte d'autonomie.

✓ **Insister sur la prévention du vieillissement**

Pour la FNSEA, la prévention du risque de dépendance est une priorité.

Cette affirmation n'est pas suffisante. Il est nécessaire de mettre sur pied une véritable politique de prévention associant tous les acteurs, professionnels de santé, caisse de MSA, ARS, établissement Conseils généraux.

A ce titre, la question de la présence médicale en zone rurale doit enfin être traitée.

La désertification médicale de certaines zones, ou l'éloignement toujours plus importants des centres de soins ou des professionnels de santé, limite les actions de prévention pourtant essentielles afin de repousser l'âge de la dépendance. Les actions de la MSA telles que les maisons de santé doivent à ce titre être confortées.

Après avoir tenté par des mesures incitatives de répondre à cette problématique, il est maintenant temps d'envisager de réelles mesures contraignantes en vue de relever ce défi. Nous ne parviendrons pas à organiser une prévention digne de ce nom sur des territoires où les professionnels de santé sont totalement débordés.

Des expérimentations sont actuellement menées par la MSA et Groupama en terme d'organisation des soins, elles doivent être confortées.

Proposition n°9 :
Engager une réflexion pour remédier rapidement à la désertification médicale des zones rurales

Les habitants des zones rurales doivent-ils rester des citoyens de seconde zone en matière d'accès aux soins ? Nous ne le croyons pas.

Un véritable plan d'action doit être lancé d'une part pour évaluer les politiques menées jusqu'à aujourd'hui et d'autre part pour créer les conditions pour attirer des jeunes professionnels de santé en milieu rural.

Proposition n°10 :
Développer une politique coordonnée de prévention santé

- Il est aujourd'hui avéré qu'un certain nombre de troubles ou de maladies (cardio-vasculaires, rhumatismales, neuro-dégénératives,...) peuvent être traités à l'avance ou du moins retardés.

- L'espérance de vie en bonne santé des français - c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure - augmente de façon régulière. En 2008, elle était de 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 ans d'espérance de vie globale) et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale).

Ces résultats sont comparables à ceux des pays voisins mais sont toutefois inférieurs à ceux des pays nordiques où des mesures de prévention ont été mises en place.

- Le dépistage aurait pour objectif d'identifier, au sein de la population âgée, les personnes dites « fragiles » vers lesquelles concentrer l'action. On estime ainsi à 15 % le taux des « fragiles » et à 25 % celui des « pré-fragiles » chez les plus de 65 ans.

La mise en oeuvre d'une telle démarche requiert l'implication des professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées : médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant.

- Il s'agit aussi de former à la prévention l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées et de former les médecins généralistes au diagnostic des maladies du vieillissement.

- Il pourrait aussi s'agir de mettre en oeuvre une consultation gratuite de prévention pour tous les plus de 60 ans.

- Il s'agirait enfin d'améliorer les procédures de sortie d'hôpital pour les personnes âgées.

Il convient également d'accompagner au mieux les personnes afin qu'elles puissent rester à leur domicile.

Proposition n°11 :
Favoriser le maintien à domicile via la mise aux normes et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées en amont de la dépendance

Il s'agit d'inciter les retraités, dès leur départ en retraite, à faire un diagnostic de leur maison en cas de dépendance et de les aider à réaliser les travaux nécessaires.

✓ **Redonner de la compétitivité aux services d'aide à la personne**

La problématique financière des services d'aide à la personne qui interviennent en zone rurale est pour la FNSEA une réelle source d'inquiétude.

L'accès aux zones rurales renchérit le coût des services d'aide à la personne et aujourd'hui de nombreuses associations n'ont plus les moyens d'assurer certains services. Les problèmes de transport, d'isolement sont des sujets qui doivent être traités dans la réforme.

Proposition n°12 :
Assurer le développement des structures d'aide à domicile en milieu rural

- Il s'agit d'aider ces structures à faire face aux surcoûts générés notamment par les distances à parcourir. Maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dépendantes permet à ces personnes de vieillir en meilleure santé.
- Ces structures sont par ailleurs un vivier d'emplois pour le monde rural.
- Des efforts doivent être faits en terme de formation initiale et continue.
- Des aides doivent abaisser le surcoût lié aux déplacements.

✓ **Donner un second souffle aux aidants familiaux**

Il convient d'apporter une **aide aux aidants familiaux** dont la santé se dégrade souvent plus vite que celle de la personne aidée.

Proposition n°13 :
Favoriser l'aide aux aidants familiaux

- Il s'agit d'assurer aux aidants un droit à la formation sur des gestes pratiques et des bases concernant les aides disponibles et les règles applicables.
- Il s'agit également de leur permettre des périodes de répit pendant lesquelles la personne dépendante est prise en charge.
- Il s'agit enfin de promouvoir le congé de soutien familial.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

Proposition n°1 : *Créer un guichet unique d'information pour les citoyens*

Proposition n°2 : *Renforcer l'APA pour les plus modestes et les plus dépendants*

Proposition n°3 : *Faire porter l'intégralité du coût des aides soignants par le tarif soins*

Proposition n°4 : *Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements sur les prises de journées demandées aux résidents*

Proposition n°5 : *Mettre en place d'un tarif progressif de l'APA en établissement en fonction des revenus*

Proposition n°6 : *Harmoniser les grilles de lecture*

Proposition n°7 : *Créer des contrats labellisés par les Pouvoirs publics*

Proposition n°8 : *Apporter une participation à l'acquisition des contrats dépendance par le biais d'un crédit d'impôt*

Proposition n°9 : *Engager une réflexion pour remédier rapidement à la désertification médicale des zones rurales*

Proposition n°10 : *Développer une politique coordonnée de prévention santé*

Proposition n°11 : *Favoriser le maintien à domicile via la mise aux normes et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées en amont de la dépendance*

Proposition n°12 : *Assurer le développement des structures d'aide à domicile en milieu rural*

Proposition n°13 : *Favoriser l'aide aux aidants familiaux*
