



Article paru dans Gérontologie et société n°123,
revue de la Fondation Nationale de Gérontologie

fng

DE L'ARRIVEE DU PRIVE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Cette première moitié du XXIème siècle verra, en France et dans le monde, le déferlement d'une vague grise sans précédent. Il est essentiel, malgré tout l'arsenal existant, que les autorités politiques poursuivent, comme elles l'ont fait depuis 40 ans, leurs actions dans la prise en charge des personnes âgées, de l'heure de la retraite à celle de la mort. Sur le terrain s'activent, au bénéfice de la personne âgée et de son entourage, services sociaux, entreprises privées à but non lucratif (les associations) et entreprises privées à but lucratif. Trouver des nouveaux modes de coexistence entre secteur public et secteur privé, secteur marchand et secteur non-marchand, serait-il le futur challenge ?

Auteur : Gilles Duthil - Consultant en stratégie, ancien auditeur au CEPP (Centre d'Etudes du Privé et du Public), Enseignant au CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) et Président de l'Institut SilverLife (cf. à la fin d'article)

Regards sur 40 ans de politique vieillesse

1. 1962, le tournant du Rapport Laroque

Il faut remonter aux 20 à 30 dernières années pour voir la vieillesse et son cortège de maux pris en compte dans les politiques sociales. Le premier Secrétariat d'Etat aux personnes âgées ne voit le jour qu'en 1981. L'après guerre encourage les actions en direction des familles et des enfants. L'espérance de vie à la naissance en 1946 (59,9 ans pour les hommes et 65,2 ans pour les femmes, contre respectivement 77,2 ans et 84,1 ans en 2006 - Source INED) ne donnait pas la priorité à la vieillesse. L'organisation familiale traditionnelle favorisait l'aide au sein de la famille. L'entraide intergénérationnelle relevait d'un automatisme qui voyait cohabiter 3 voire 4 générations sous le même toit. L'hôpital public accueillait les

malades, et les hospices, les nécessiteux. Il faut attendre les années 60 et la création de la Commission d'Etude des Problèmes de la Vieillesse, présidée par Pierre Laroque, pour que les questions inhérentes à la prise en charge du 3^{ème} âge atteignent la scène publique. En 1962, le rapport Laroque préconise de mettre à la disposition des personnes âgées «un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins».

2. Les conséquences du rapport Laroque

Qualifié de fondateur, ce texte définit les principes qui régissent encore de nos jours l'action sociale. L'aide à domicile y est un objectif prioritaire et une généralisation de l'aide ménagère est recommandée. Cette aide doit être prise en charge, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par l'aide sociale. L'organisation de services collectifs et la coordination administrative relèvent des services départementaux de l'Etat. Enfin, la coordination sociale dépend d'un niveau territorial de proximité. Les personnes âgées doivent pouvoir s'adresser à un « réseau d'action unique de proximité » (l'ancêtre des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC), créés en 2000). En parallèle, la montée en puissance des systèmes de retraite permet de sortir de l'aide unique aux personnes les plus défavorisées pour l'étendre au plus grand nombre. Les caisses de retraite développent leurs propres prestations dans le cadre de l'action sociale en faveur de leurs assurés. C'est le point de départ des offres de services à domicile. Pour les personnes âgées à bas revenu, les directives du rapport Laroque ont permis de pourvoir à leurs besoins, autrement que par un placement en hospice ou l'attribution de secours d'urgence obligatoires. En effet, la loi de 1962 institue une aide ménagère réservée aux personnes privées de ressources suffisantes. Les Associations privées à but non lucratif, dont le fonctionnement est assuré par des bénévoles, et qui occupent les premières le territoire du social, s'imposent comme les acteurs traditionnels de cette politique. Elles mettent en place une politique d'emploi basée sur la réinsertion sociale.

3. 2005, l'offensive du plan Borloo

Dans une situation de chômage exacerbé, le plan mis en place par le ministre en charge de la cohésion sociale en 2005 a prôné le développement des SAP (Services à la Personne) dans une optique de créations d'emploi, destinée à éradiquer le chômage, bête noire du gouvernement. 600 000 employés (et 400 millions d'heures déclarées) dans les SAP en 1994 ; 2 millions à fin 2007 (et 800 millions d'heures déclarées) et 200 000 emplois supplémentaires attendus en 2007,

sont autant de chiffres éloquentes. Le plan Borloo s'inscrit dans l'évolution des modes de comportement (renoncement aux tâches domestiques, recherche d'équilibre vie privée/vie professionnelle, vieillissement massif de la population...). Au travers de mesures incitatives majeures sur le plan fiscal et social, il s'attaque frontalement au « travail au noir » et à la notion de « petits boulots » associée au manque d'attractivité des emplois concernés, et à leur supposée absence de qualification requise. L'aide ménagère a fait place à l'aide à domicile, l'une des composantes des services à la personne. Certains acteurs ont craint que cette politique d'emploi renforcée occulte la coordination des actions de prise en charge des besoins.

La prise en charge de la personne âgée aujourd'hui

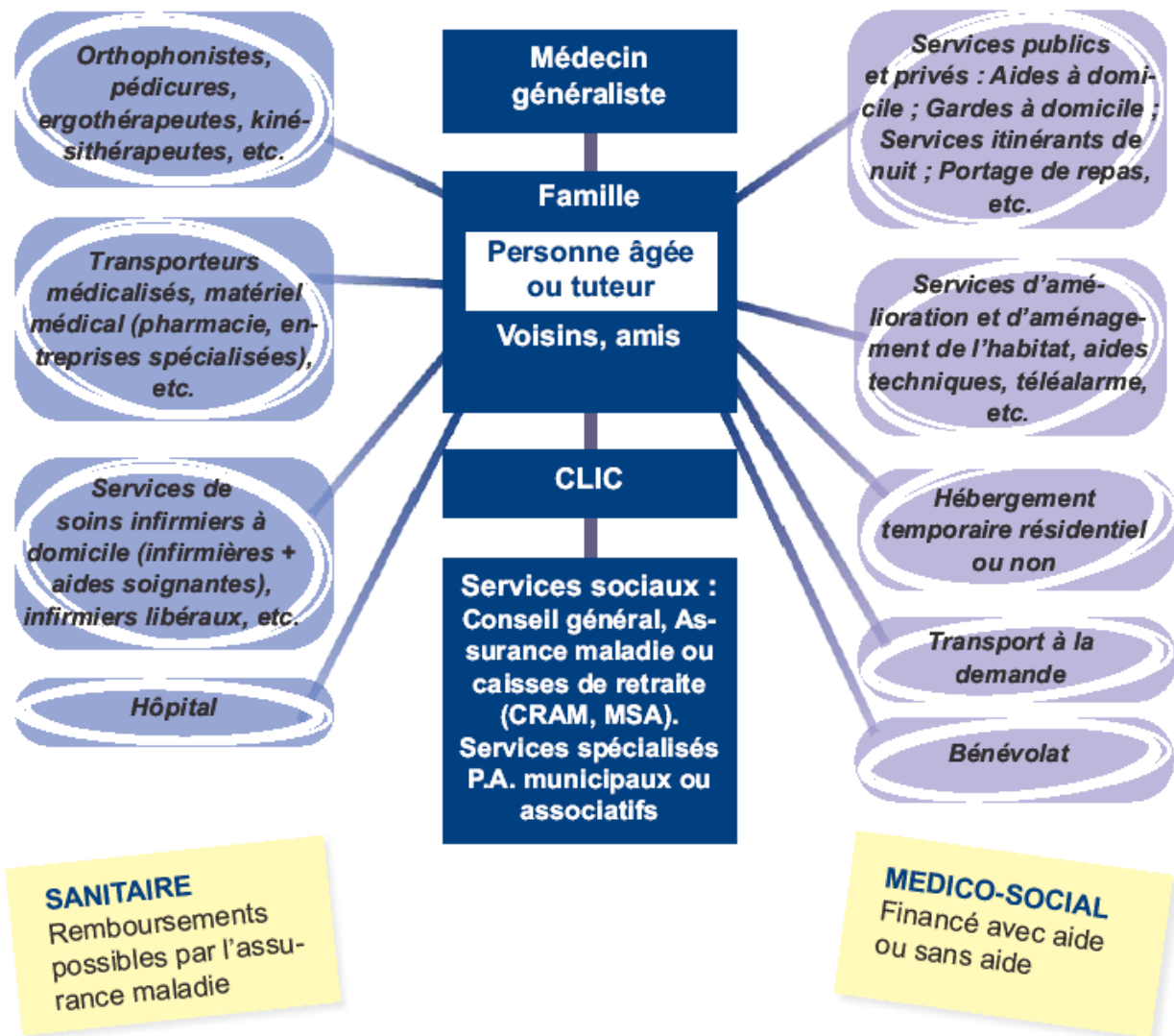
1. Émiettement des compétences, émiettement des solutions

Le traitement de la question des personnes âgées doit impérativement prendre en compte l'ensemble de la problématique et non l'émiettement des compétences entraînant un émiettement des solutions. Il n'est qu'à voir la difficulté à désigner le public concerné : retraités, personnes âgées, seniors, personnes dépendantes, grand âge, 3^{ème} âge et aujourd'hui 4^{ème} voire 5^{ème} âge, pour réaliser la complexité des réponses à apporter. La notion de personne âgée n'est pas universelle et recoupe une diversité de situations qui n'ont rien à voir les unes avec les autres.

Du jeune retraité de 62 ans (on parle de personne âgée au-delà de 60 ans), en possession de toutes ses facultés mentales et physiques, et décidé à profiter de la vie, au grabataire de 85 ans, en unité de soins de longue durée et dont la vie est maintenue au prix d'un acharnement thérapeutique qu'autorisent les fulgurants progrès médicaux de ces dernières décennies, toutes les situations cohabitent.

C'est donc dans une vision globale qui tient compte des particularités situationnelles que devrait se réaliser l'harmonisation de la prise en charge de la question du vieillissement. Ce que contredit le graphique ci-dessous qui évoque, mieux que des paroles, la complexité des réponses apportées.

a) *Modes de prise en charge de la personne âgée*



Source : SilverLife (d'après Avise)

2. Diversité des acteurs en présence

Les acteurs en présence pour faire face à la vieillesse sont de plusieurs ordres : plus de 2,3 millions de particuliers employeurs direct (l'emploi de gré à gré ou en mode mandataire), 2500 CCAS ou CIAS (centre communal ou intercommunal d'action sociale), 97 conseils généraux (qui gèrent notamment l'attribution de l'Aide Personnalisée d'Autonomie, l'APA), 6 000 associations d'aide à domicile et leurs fédérations (les entreprises privées à but non lucratif), 6 000 entreprises privées à but lucratif et enfin les associations intermédiaires ou entreprises d'insertion. L'ampleur de l'emploi de gré à gré (65% du secteur) constitue un des leviers sur lequel opérer pour laisser la place aux réseaux historiques (publics, para-publics, ou associatifs) et aux entreprises privées à but lucratif. Ces réseaux historiques, bien implantés localement et bien positionnés sur les services à valeur ajoutée (services, téléassistance, assistance médicale...) se partagent principalement entre l'UNA (1 300 associations, 14,5% de part de marché, l'ADMR (3 200 associations, 11% de

part de marché), l'ADESSA (270 associations, 3,5% de part de marché) et les CCAS/CIAS (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale). Parallèlement, et représentant moins de 5% de part du marché, de nouveaux réseaux sont en cours de constitution : VIADOM (réseau d'indépendants et salariés, 37 M€ de CA), AGE D'OR SERVICES (120 agences en franchise, CA de 35 M€), ADHAP Services (95 agences en franchise, CA de 20 M€), et DOMIDOM Services (26 agences en propre, CA de 13 M€). L'occupation de l'espace par le secteur privé à but lucratif est minoritaire aujourd'hui. Cela s'explique par la récente apparition de ce secteur dont le développement est encore au stade embryonnaire (moins de 400 entreprises agréées à fin 2005, 6 000 structures de tailles très diverses à fin 2007). Adhap Services, l'une des premières sociétés implantée sur le marché, a été créé en 1990 ! Le secteur des services représente 12,3 Mrds€ de chiffre d'affaires en 2006 (source : Agence Nationale des Services à la Personne) et possède un potentiel de développement considérable, en raison de la demande croissante de services, du vieillissement de la population, et de l'augmentation de la dépendance (dont l'occurrence se produit de plus en plus tardivement). Sans oublier la solvabilité croissante des ménages (élévation du niveau de vie à tous les âges) qui permet le recours à des services payants autrefois réservés à une classe sociale privilégiée.

b) Principaux acteurs des services à domicile pour personnes âgées

Opérateur	Forme juridique	Taille	Nb ETP (équivalent temps plein)	Nb d'emplois	Volume d'heures	Chiffre d'affaires annuel
UNA	Fédération d'associations	1 300 associations	80 000	140 000 salariés	109 M	1,6 Mrds€
ADMR	Fédération d'associations	3 200 associations	70 000	77 000 salariés et 110 000 bénévoles	75 M	1,2 Mrds€
ADESSA	Fédération d'associations	270 associations	17 000	35 000 salariés	25 M	425 M€
VIADOM	Réseau d'intervenants à domicile					37 M€
Age d'or Services (groupe CNP)	Réseau de franchisés	120 agences				35 M€
Adhap Services	Réseau de franchisés	95 agences				20 M€
DOMIDOM	Réseau d'agences en propre	28 agences		1 200 salariés		13 M€

Source : SilverLife (d'après rapports annuels et entretiens)

3. Légitimité de l'économie sociale

Les services à la personne âgée sont d'abord des services de proximité. Ils sont d'inspiration sociale (prise en charge des personnes âgées isolées et sans ressources), les familles pourvoyant au reste. Ainsi, depuis toujours, les communes se sont occupées des hospices et de l'assistance aux personnes âgées dans la difficulté. C'est en 1926 que se crée l'Union Nationale des CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et CIAS (Centres Intercommunaux). En complément ou en substitution de leurs propres services d'aide sociale, nombre de municipalités ont favorisé la création d'associations d'aide à domicile. La création de certaines de ces associations a été également voulue par les organismes de protection sociale. Ainsi, 1946 voit la naissance de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), à partir du mouvement des familles rurales et en lien avec les caisses d'allocation familiale. Dans ce contexte historique, pouvoirs publics et associations ont travaillé la main dans la main à installer un système au service de la personne âgée, de la dépendance et du handicap. Ils en ont acquis la connaissance de la problématique de la vieillesse et la proximité d'action que leur accordait leur ancienneté. Leur savoir faire, acquis au cours des décennies, représente une source d'inspiration pour toutes les personnes désireuses de s'investir auprès des personnes âgées. Enfin, le recours à des bénévoles dans le fonctionnement des associations, au-delà de la réponse économique apportée à un déficit de moyens financiers, permet une mixité sociale qui confronte les visions des acteurs en présence. Cette richesse humaine, basée sur la solidarité, est porteuse d'un lien social propice à la notion de Service. La visibilité de l'économie sociale est d'autant plus importante que les services sociaux des mairies ou conseils généraux se retrouvent, encore aujourd'hui, en être le prescripteur auprès de l'usager. Les associations fondent leurs actions sur la notion d'éthique sociale et de Service. Ces préoccupations, essentielles dans le cas de services à destination de populations fragilisées et donc vulnérables, sont revendiquées en opposition à un modèle d'entreprise privée privilégiant d'abord le retour sur investissement. Dans la réalité, les choses sont plus complexes; les scandales de la maltraitance des personnes âgées frappent indistinctement le secteur public comme le secteur privé, les salariés ne sont pas mieux traités dans un cas ou dans l'autre, les pratiques commerciales de type concurrentiel caractérisent autant le secteur non marchand que le secteur marchand.

Public et Privé à armes égales ?

1. Quand la réglementation crée la convergence

En quelques années et par un renforcement de la concurrence, les frontières entre entreprises privées à but non lucratif et entreprises privées à but lucratif se sont considérablement réduites. Création du système de réduction d'impôts en 1991, création du chèque emploi service (CES) en 1993, agrément qualité accessible au privé et création du titre emploi service (TES) en 1996, TVA à 5.5 % en 1999 (hormis pour les services de téléassistance), ouverture du système mandataire aux entreprises en 2004, la donne a changé en quelques années. La loi Borloo en juillet 2005 a achevé la mise en place d'un cadre économique commun à l'ensemble du secteur des services à la personne, quel que soit le statut juridique. Si certaines associations ont encore aujourd'hui un fonctionnement assuré par des bénévoles (ADMR en est l'exemple depuis 60 ans), nombre d'entre elles rémunèrent leurs dirigeants (à l'exception des membres du Conseil d'administration qui doivent être bénévoles), autant que leur personnel administratif et leurs intervenants. Au regard de la fiscalité, les associations acquittent la taxe sur les salaires dont sont exonérées les entreprises privées, alors que celles-ci profitent d'un taux de TVA abaissé à 5% par rapport aux associations exonérées de TVA. Les deux avantages s'égalisent et ramènent associations et entreprises à des coûts de fonctionnement identiques. Tous les acteurs en présence bénéficient d'une exonération partielle des charges sociales patronales pour les salaires à hauteur du SMIC ou totale pour le personnel intervenant directement auprès des personnes âgées. D'une logique initiale de réinsertion sociale permettant à des publics fragilisés de retrouver un emploi (peu qualifié et/ou mal rémunéré la plupart du temps), les associations ont dû mettre en place une politique de recrutement plus offensive afin de répondre aux enjeux du développement du secteur. Certes, les tarifs associatifs, inférieurs à ceux du privé, et l'attribution de subventions par les collectivités territoriales, les ont autorisées pendant un certain temps à ignorer le jeu concurrentiel. Mais la pression des usagers pour des services de qualité a amené les associations à réviser, sur le modèle des entreprises, leurs pratiques commerciales.

2. Des impératifs stratégiques communs

Si l'objectif collectif est de servir au mieux l'utilisateur (appelé client dans le privé), les moyens d'y parvenir obéissent à une stratégie de réussite commune : analyse des besoins, plan marketing, plan de communication, politique salariale attractive,

politique tarifaire offensive, démarche qualité, gestion des ressources humaines, gestion de la relation client, organisation administrative. Dans cette vision, il n'y aurait plus lieu d'opposer le fonctionnement public au fonctionnement privé qu'il soit lucratif ou non. C'est ce qu'ont compris les associations qui ont choisi de se rassembler sous une enseigne commerciale (ex : France Domicile) afin de développer leur offre et leur visibilité, en réponse à la création de grandes enseignes du privé. Quant au financement de la prise en charge des personnes âgées, il provient de sources diverses. Les actes médico-sociaux sont financés avec ou sans aide publique alors que les actes sanitaires bénéficient des remboursements de l'assurance maladie (à 100 % pour l'HAD et le SSIAD) et des complémentaires personnelles. En théorie, l'utilisateur devrait être garanti de pouvoir utiliser les services de la façon qu'il choisit (« scénario du libre choix »). Dans la réalité, les distorsions issues de réflexes historiques subsistent. Par exemple l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), accordée sur dossier par les conseils régionaux en fonction de la dépendance et sans conditions de ressources permet à une personne âgée de limiter le reste à charge des dépenses d'aide à domicile. Dans ce dispositif, le rôle du conseil général est aussi d'informer l'utilisateur sur les services à domicile. Or, certains services ou fonctionnaires choisissent de ne pas présenter les offres du secteur marchand, privilégiant ainsi les associations, ou plus généralement les acteurs historiques avec lesquels des liens se sont établis.

L'autre enjeu pour les acteurs du secteur, marchand comme non-marchand, est celui la professionnalisation de leurs intervenants. L'image de « petits boulots » ternit l'attractivité des emplois de services à la personne. Au fur et à mesure du développement de la demande encouragée par la loi Borloo, les difficultés de recrutement du personnel intervenant s'accroissent. De par la pénibilité des tâches (force physique pour la manipulation des personnes, ...), les bas salaires (8,20 €/h pour une aide ménagère !), le temps partiel et l'absence de progression professionnelle, le personnel concerné est difficile à fidéliser, avec des taux de turnover pouvant atteindre jusqu'à 30% dans certaines structures. Le choix de nombre d'associations pour le mode « mandataire » en lieu et place du mode « prestataire » permettant une organisation plus globale de la politique d'emploi, ne fait qu'accentuer le phénomène.

Une des idées de la loi Borloo était de faire émerger rapidement des enseignes nationales, pour structurer le secteur, en y intégrant de grands opérateurs extérieurs

(banquiers, assureurs, grande distribution...). Très clairement ces enseignes introduisent, y compris au sein des associations avec lesquelles elles travaillent parfois étroitement, de nouvelles pratiques issues du privé. De leur côté, les enseignes font l'apprentissage des contraintes de l'aide sociale.

La migration de dirigeants, émanant de la sphère publique, vers les enseignes ou groupes privés, et vice-versa du privé vers le public et le para-public, est un autre vecteur de cette transformation de l'aide sociale par une plus grande interpénétration des cultures du public et du privé.

c) Les structures d'enseignes en 2007

Enseignes partenaires des acteurs historiques		Fondateurs
A domicile services France Domicile		A domicile fed.nat, FFBA, Domplus UNA, UNCCAS, Mutualité française
La maison du particulier-employeur		Fepem, Ircem, Prévoyance, IFEF
Personia		ADMR, Crédit Mutuel, AG2R

Enseignes issues du secteur privé à but lucratif	Fondateurs
A+	Academia, Adhap, Domalliance, MaisoningO2, To do Today, Viadom
Accor Services	Accor et Europ Assistance
Assisteo	Nurse alliance, Prof assistance, Kids assistance, Clic PC
Bien Etre assistance	Accor Services–Europ Assistance
Caisses d'Épargne	En partenariat avec Serena
CNP Services à la Personne	CNP Assurances -Filassistance
Domiserve	Axa assistance –Dexia crédit local
Fourmi verte	Groupama, Familles rurales, MSA
La Poste-Genius	La Poste
MACIF	En partenariat avec Serena
MAIF	En partenariat avec Serena
MGEN	En partenariat avec Serena
Serena	Groupe Caisse d'Épargne, MAIF, MACIF, MGEN
Sodexo	Sodexo
Via Vita	Crédit Agricole -LCL

Source : Agence Nationale des Services à la Personne

3. Favoriser la vie à domicile

Depuis le rapport Laroque, et jusqu'au Plan de Solidarité Grand Age de juin 2006, les pouvoirs publics affichent la priorité pour le maintien à domicile. Cela répond à une demande des usagers : en 2005, le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile ou à celui de leurs familles restait le vœu de huit Français sur dix. L'entrée en établissement n'est envisagée qu'en dernier recours. Mais cette donnée demande à être relativisée. Pour des personnes âgées vivant encore en couple (meilleur sentiment de sécurité), et/ou à proximité d'une famille (dont certains membres peuvent être des aidants), et sans atteinte corporelle ou mentale majeure, il est du simple bon sens de comprendre ce vœu de rester le plus longtemps possible dans son environnement familial, pour peu que l'aménagement en soit approprié. Mais qu'une ou plusieurs de ces conditions soit absente et l'entrée en établissement devient l'unique solution envisageable. Il en résulte que l'entrée en établissement se fait à un âge de plus en plus avancé qui va de pair, pour beaucoup, avec une entrée dans la dépendance et sa prise en charge. Sans parler du spectre de la maladie d'Alzheimer qui mène actuellement une personne atteinte à rentrer en établissement dans les quelques années suivant le diagnostic. Toutefois, des actions sont désormais entreprises afin de continuer à accompagner ces malades à leur domicile et retarder leur accueil en établissement. La finalité des services est de permettre à la personne âgée d'exercer un libre choix entre maintien à domicile et établissement d'accueil tout en prévenant l'aggravation du handicap ou les conséquences du vieillissement. Dès l'apparition du premier accident de santé, une personne peut se voir prise en charge par l'ensemble de ces acteurs : hospitalisation dans un établissement hospitalier, hospitalisation à domicile (HAD), retour à la maison avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et accompagnement ultérieur dans les gestes de la vie quotidienne (aide ménagère par le biais d'une association, portage des repas par la mairie, entretien du jardin par une société de services privée, etc.).

4. La personne âgée en établissement

L'autre grand volet de la prise en charge des personnes âgées est la vie en institution spécialisée. D'après le recensement des capacités d'accueil fin 2003, on disposait de 671 000 places d'hébergement, toutes structures confondues. Le secteur privé non lucratif (Caisses de retraite, Sociétés mutualistes, Congrégations,

Associations...) est présent avec 2 850 établissements qui représentent 26 % des capacités d'accueil. Le secteur privé commercial (Promoteurs, groupes industriels et de services, groupes familiaux, conseils en défiscalisation, ...) regroupe 1 701 établissements dont 1 604 maisons de retraite pour une capacité de 92 100 lits et logements, soit environ 14 % de la capacité du secteur médico-social. Quant au secteur public (maisons de retraite et hospices des hôpitaux, établissements des collectivités territoriales), il est fort de 4 801 structures dont 2 732 maisons de retraite, pour une capacité de 329 500 lits et logements + 79 300 lits en USLD soit 60 % de la capacité totale du secteur.

Pour autant, les groupes d'EHPAD sont encore de taille modeste (520 M€ de chiffre d'affaires en 2006 pour ORPEA, 337 M€ pour KORIAN) comparés aux acteurs des services à domicile.

d) Panorama des 20 premiers opérateurs français d'EHPAD en 2005.

	Type/Origine	Enseigne d'origine	Nombre de résidences	Nombre de lits
FNMF/UNMPAPH	Mutualité française		170	8 000
SUREN+MEDIDEP (Finagest/Réacti-Malt+ Sérieence)	Privé commercial	Ophéliades, Hotélia, Villandières	128	10 587
MEDICA FRANCE	Privé commercial Cotation en bourse juillet 2006.	MAPI, Clairefontaine, Résidence d'A, Doyénées	90	7 402
ORPEA	Privé commercial	ORPEA	90	8 611
Petites Sœurs des Pauvres, Petites sœurs de l'Assomption	Congrégations Gestion déléguée à des associations			4 800
AREPA	Privé associatif	AREPA	67	4 600
Yves Journal DOMUS VI (Ex- Générale de santé)	Privé commercial	Tiers Temps, Thémis, Jardins d'Eleusis, Jardins d'automne.	61	4 929
GDP Vendôme	Privé commercial		60	4 308
AREFO/ARPAD	Privé associatif		52	3 800
AGIRC	Caisse de retraite			3 100
Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité	Caisse d'Epargne	ANSSE	39	2 700
Croix Rouge	Fondation	Croix Rouge	30	1 900
Groupe Imbert	Privé commercial		25	1 960

Emera	Privé commercial		20	1 780
Hospitalor	Privé associatif		20	1 272
Colysée patrimoine	Privé commercial	Jardins de Cybèle	19	1 465
Sinoplies	MSA		16	1 355
Noble âge	Privé commercial, cotation en bourse		18	1 592
SGMR	Privé commercial	Les Opalines	16	1 118
OMERIS	Privé commercial		14	909
Total				76 188

Source : SilverLife (d'après rapport annuels et entretiens)

Secteur public, entreprises privées à but non lucratif et secteur privé à but lucratif se partagent l'administration des EHPAD. Leur cœur de métier étant identique, les fonctionnements et modes de gestion sont assez semblables. On notera la forte présence du secteur marchand (+ de 20% des lits), à la différence du maintien à domicile où le secteur non-marchand est quasi-absent (moins de 5% de part de marché).

La répartition entre privé et public relève aussi des données géographiques et socio économiques. Le tarif journalier en privé (entre 50 à 70 € au plus bas et sans limite supérieure) implique d'être au plus près des populations à moyen et haut revenu, d'où leur présence massive autour des grandes villes ou sur la Côte d'Azur par exemple. Le secteur public, avec un tarif d'environ 50 € par jour en zone rurale et jusqu'à 65 € en région parisienne, s'adresse au plus grand nombre. C'est ainsi que les collectivités locales, au travers d'établissements à gestion publique, choisissent de proposer proposent un hébergement à leur population, quel que soit leur revenu. Tandis que le secteur privé est en recherche de lieux d'implantation à fort rendement potentiel. L'estimation des besoins à l'horizon 2020 se situe, dans une fourchette basse, à 5,5 % des 65 ans et plus (en projection de l'actuel), soit 720 000 places. En fourchette haute, soit 6 % des 65 ans et plus, le besoin serait alors de 785 000 places. L'estimation des besoins de création de places à l'horizon 2010, d'après le CAS (Conseil d'Analyse Stratégique) en juillet 2005, indique, dans une fourchette basse, un besoin de plus de 45 000 places et dans une fourchette haute, plus de 55 000 places. Cette nécessité d'augmenter le nombre de places fait consensus parmi les spécialistes. Or, selon Guy Sudre, consultant spécialisé dans le domaine gérontologique, la préoccupation majeure se situe dans la politique de restriction des autorisations d'ouverture et de dotations aux soins. Nombre de

dossiers sont tout simplement suspendus ou rejetés, et les autorisations se distribuent au compte gouttes. En Ile de France, par exemple, alors que le gouvernement estime à 8000 le nombre de places nouvelles nécessaires dans les cinq ans qui viennent, il n'en prévoit que 761 par an ! A ce rythme, Guy Sudre prévoit des tensions fortes à l'horizon 2015. Les groupes privés s'organisent pour concentrer leurs activités : rachats de petites structures (inférieures à 25 lits) dans un même secteur géographique et transformation en une seule structure plus importante. Les grands groupes tendent à consolider leur présence par un renforcement de leur présence géographique (maillage du territoire) et économique (développement international et entrée en bourse). Dans ces conditions, les initiatives émanant d'entrepreneurs privés individuels semblent vouées à un avenir fragile. Les pouvoirs publics misent sur le maintien à domicile des personnes âgées aussi longtemps que cela est possible. Or, le maintien à domicile ne peut répondre aux cas extrêmes d'isolement, ou de dépendance (notamment troubles de comportement violents liés à Alzheimer ou maladies assimilées) qui conduisent au placement en établissement.

EN GUISE DE CONCLUSION

1. Une véritable industrie des services

Partout dans le monde développé, la prise en charge des personnes âgées est d'abord de la responsabilité des familles, et en cela une affaire privée. Mais l'évolution des structures familiales, le travail des femmes, l'élévation du niveau de vie, les besoins de professionnalisation face à des cas de plus en plus lourds (poly pathologies accompagnées de troubles de comportement de type Alzheimer) amènent les familles à externaliser les services. C'est donc une véritable industrie des services à la personne qui en train d'émerger sous l'effet du vieillissement massif de la population. L'enjeu étant de permettre l'accès, au meilleur coût, de ces services au plus grand nombre, notamment aux classes moyennes jusqu'à présent exclues d'un système privilégiant les classes les moins favorisées (bénéficiaires de l'aide sociale) et les classes les plus favorisées (achetant du service en profitant du levier fiscal).

2. Le modèle européen

Sans vouloir caricaturer, on peut distinguer trois modèles socio-économiques en termes de prise en charge de la personne âgée : le modèle d'Europe du Nord (Allemagne, Pays-Bas-Scandinavie...) d'une prise en charge collective avec pour

priorité la vie en établissement ou dans des logements sociaux ; le modèle d'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal...) ciblant l'aide aux aidants familiaux à domicile. Ces deux modèles ayant des fondements socio-culturels voire dans certains cas religieux très différents. Le dernier modèle, celui de la France, comme celui de la Belgique, du Luxembourg, du Royaume-Uni et de l'Irlande, est amené à se développer car, en tant que système intermédiaire privilégiant la continuité de service entre le domicile et la vie en établissement, l'équilibre entre les projets individuels et collectifs, il offre les conditions favorables à l'émergence de grands groupes intégrés.

3. Evolutions futures

De quoi sera fait le futur ?

Dans un contexte de vieillissement massif de la population, l'industrie des services à la personne âgée va donc se structurer dans les prochaines années avec :

- la consolidation autour de gros acteurs intégrés (d'ici 2015, une dizaine d'opérateurs en France réalisant plus de 1 milliard d'euros de chiffre d'affaires devrait émerger)
- l'apparition de nouveaux métiers, au-delà de la seule prestation de service à domicile ou en établissement (intermédiation, financiarisation, labellisation...)

Tous les acteurs en présence, quel que soit leur statut juridique, sont parties prenantes au devenir d'un secteur d'activités qui va générer emplois et richesses.

Pour autant, ne réussiront que les organisations capables de surmonter les défis :

- modernisation du secteur (sous l'impulsion notamment de l'Agence Nationale des Services à la Personne, et grâce au soutien financier de la future Caisse de Solidarité gestionnaire du 5^{ème} risque)
- développement des offres de services, en réponse aux attentes des nouvelles générations de personnes âgées, et de leurs conditions de vie (y compris état de santé),
- adaptation des structures de prise en charge à l'augmentation des cas de dépendance physique et psychique : 300 000 personnes atteintes d'Alzheimer en 2000 et près de 1 100 000 en 2015.
- meilleure visibilité auprès des prescripteurs, distributeurs et des usagers,

- regroupement des acteurs dans des enseignes aptes à proposer des solutions économiques viables
- développement géographique,
- partenariats publics-privés pour une meilleure gestion de l'aide sociale,
- meilleure visibilité auprès des prescripteurs et des usagers
- mise en place d'une incontestable attractivité des emplois en charge des personnes âgées (formation professionnelle adaptée, perspectives de carrière, politique salariale et extra-salariale...nouvelle place pour le bénévolat)

Enfin, tous devront œuvrer à concilier les aspirations des usagers et leur perception des offres proposées :

- Lever les freins à l'utilisation des services
- Modifier la perception des coûts par les usagers
- Créer la confiance
- Inciter à la consommation de services
- Inciter au recours aux professionnels (par différence avec l'emploi direct)

Certains hésitent encore, considérant que ce sont deux métiers différents, à élargir leur mode de prise en charge depuis le domicile jusqu'à la vie en établissement ou vice-versa. Or l'avenir, comme déjà constaté dans certains pays comme le Japon, est à la constitution de groupes intégrés, spécialistes de la prise en charge des personnes âgées. La différence est en outre de plus en plus nette au sein de des groupes d'EHPAD entre le métier d'opérateur de services (« OpCo »), et celui de promoteur-gestionnaire immobilier (« PropCo »).

Concernant les acteurs historiques, issus de l'économie sociale, ils devraient en toute logique continuer à occuper les premières places. A condition de moderniser leur organisation et la gestion au quotidien pour s'adapter aux aspirations des nouvelles générations de retraités (aidés et aidants). Ils n'y parviendront pas seuls : les pouvoirs publics, à commencer par les collectivités territoriales (communes, départements, régions...), les premiers concernés par l'efficacité dans la gestion de l'aide sociale, doivent revoir leur mode de relation pour passer d'une logique de tutelle (y compris financière) à une logique de partenariat sous forme de délégation de service public.

Institut SilverLife – Association loi 1901 – 12, rue Clapeyron 75008 PARIS- Tel : +33 (0)1 58 22 29 55 - E-mail : contact@silverlife-institute.com - www.silverlife-institute.com

L'Institut SilverLife (centre de recherche sur l'économie du vieillissement) créé fin 2005 à Paris, réunit les acteurs du secteur des personnes âgées intéressés pour faire émerger des solutions nouvelles en rapport avec les enjeux sociétaux. Il s'inscrit dans une démarche collective de modernisation, et d'internationalisation. du secteur.