



LA DEPENDANCE

Des réalités, des besoins et des incertitudes

Janvier 2016

Axes d'intervention

- ❑ Le défi de la dépendance, c'est à partir de 2020 voire 2030 avec l'arrivée des premières générations du baby-boom dans les 80 ans
- ❑ La question de la dépendance se surajoute à celle du financement de la retraite et des dépenses maladie
- ❑ Dans une vision à vingt ou trente ans, il faut prendre en compte les évolutions économiques et sociétales : remise en cause du salariat, développement des TNS, forte mobilité, éclatement et éloignement des familles, vieillissement des aidants et problème de leur appétence à s'occuper des ascendants. Le problème de la désertification sanitaire doit être pris en compte. Il faut intégrer le fait que la stagnation économique peut perdurer...
- ❑ La question domicile/hébergement risque d'être repensé à moyen terme. Il faut certainement jouer la complémentarité
- ❑ L'assurance dépendance ne peut être qu'obligatoire afin de mutualiser le risque

Historique de la dépendance en France

- ❑ 1975 : allocation compensatrice tierce pour les personnes âgées
- ❑ 1997 : prestation spécifique dépendance
- ❑ 2002 : allocation personnalisée d'autonomie
- ❑ 2004 : création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dont le champ d'action couvre l'ensemble de la perte d'autonomie : perception d'une partie de la CSG et de la Contribution de solidarité autonomie (CSA)
- ❑ 2007/2010 : promesse de création de la 5ème branche qui est en débat depuis le début des années 90
- ❑ 2015 : loi sur l'adaptation de la société au vieillissement

La dépendance du fait sa nature même fait intervenir un grand nombre d'acteurs

- ❑ L'assurance maladie (prévention, soins et hébergements)
- ❑ L'assurance vieillesse (prévention, hébergement)
- ❑ Les départements (aide sociale, assistance, rôle de coordinateur et de payeur)
- ❑ Le milieu associatif et les communes (aide sociale)
- ❑ Les compagnies d'assurance, les mutuelles, les IP
- ❑ Les ménages (reste à charge, aidants familiaux)
- ❑ L'Etat en tant que législateur et garant de « l'équilibre » des finances publiques

Problèmes de définition

La dépendance soulève tout à la fois un problème de périmètre et de comptabilisation

- ❑ **Le problème du périmètre** : Il n'y a pas de définition standardisée. Le périmètre varie d'un pays à un autre mais aussi d'un rapport à un autre rendant compliquées les comparaisons internationales et dans le temps. En prenant comme référence l'attribution d'une allocation, l'APA, la dépendance n'est appréciée que de manière parcellaire.
- ❑ **La comptabilisation** : le nombre de personnes dépendantes varie en fonction des critères choisis (allocations, médicaux, sondage...). Le coût de la dépendance est également à géométrie variable (prise en compte des dépenses maladie, de l'apport des bénévoles...)
- ❑ **Les projections du fait du grand nombre d'aléas** peuvent aboutir à des écarts de 1 à 2 en fonction des hypothèses retenues. Ecart pouvant atteindre une dizaine de milliards d'euros

La dépendance, une inquiétude relative



- ❑ Près des trois quarts des Français pensent qu'ils pourront être confrontés à un problème de dépendance
- ❑ 9 % pensent que la dépendance en fin de vie est incontournable. Ce taux est de 10 % chez les plus de 75 ans qui sont plus nombreux que les 50 à 64 ans à penser pouvoir y échapper (22 % contre 11 %)

La dépendance : c'est l'Etat

Qui doit prendre en charge le risque de dépendance (sondage du Cercle juin 2015) ?

1. Pour 42 % des Français, c'est à l'Etat de financer le risque dépendance
2. Les régimes sociaux arrivent en deuxième position avec 39 %
3. Les assurances privées en 3 avec 27 %
4. Les collectivités locales en 4 avec 21 %
5. Les entreprises en fin de peloton avec 14 %

Le vieillissement de la population

- ❑ 5 millions de personnes de plus de 60 ans en 1980
- ❑ 15 millions en 2015
- ❑ 19 millions en 2025
- ❑ 24 millions en 2060

Les personnes de plus de 85 ans passeront de 1,4 à 4,8 millions de 2015 à 2060

L'évolution de la population dépendante

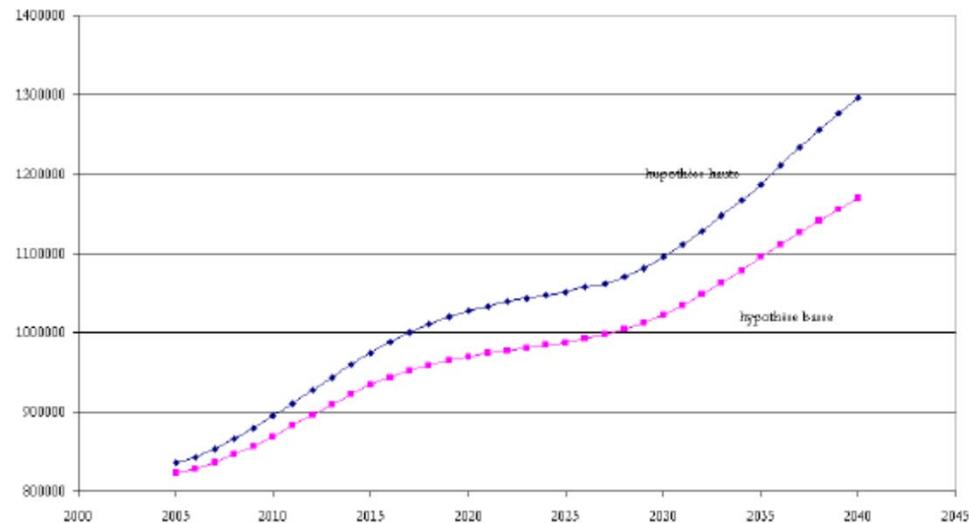
Une augmentation en valeur absolue mais moins nette en valeur relative

Dans le cadre d'un scénario médian 20 % d'ici 2020 et de 23 % entre 2020 et 2040, la proportion de personnes dépendantes dans la population âgée de plus de 75 ans devrait baisser passant de 18 à 13 % (définition APA).

Par rapport à la population totale, d'ici 2020, la part des personnes dépendantes ne progressera que faiblement passant de 1,4 à 1,5 %. En revanche, après 2020, en raison de la stabilisation de la population, le ratio passera de 1,5 à 1,8 % en 2040.

Evolution de la population susceptible d'être dépendante 2010-2050

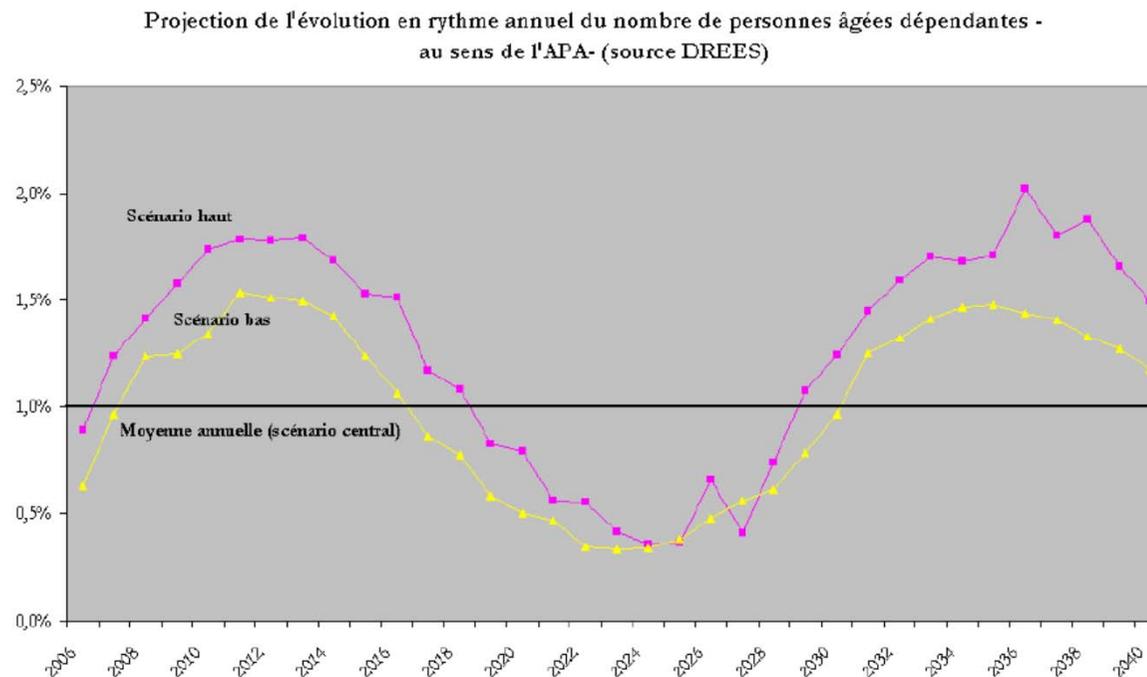
Projection PAD actualisée (source DREES 2006)



L'évolution du nombre de personnes dépendantes

Le caractère non linéaire de la dépendance
Le nombre de personnes dépendantes devrait progresser de 1 % en moyenne par an d'ici 2040 selon le rythme suivant :

- 21,2 à 28,5 % entre 2000 et 2020
- 21 à 26 % de 2020 à 2040



Le nombre de personnes dépendantes au titre de l'APA devrait passer de :

2010 : 1,1 million
2020 : 1,3 million
2030 : 1,5 million
2050 : 2 millions

Certaines études prévoient jusqu'à 4 millions en 2050.

225 000 nouveaux cas de personnes dépendantes chaque année

- 2 % des 70 ans sont dépendants
- 30 % des 90 ans sont dépendants

L'évolution du nombre de personnes dépendantes

L'augmentation du nombre de personnes dépendantes à charge est incontournable

- Effet de cohorte avec le papy-boom réplique du baby-boom
- Les gains d'espérance de vie multiplient les risques de dépendance (Alzheimer...)
- Le délitement des structures sociales qui oblige à une prise en charge publique

L'augmentation peut être réduite du fait de :

- L'amélioration des conditions et du niveau de vie (financières et sanitaires) des personnes de plus de 60 ans
- L'impact des politiques de prévention et de suivi des personnes âgées (cf. effet canicule)
- Les progrès techniques (santé, domotique...)
- L'occurrence de la dépendance de plus en plus tardive, plus courte mais plus lourde et plus coûteuse

Les chiffres clefs de la dépendance

	2013	2020	2060
Coût de la dépendance	28 milliards d'euros Dont 21 mds socialisés	25 milliards d'euros socialisés	30/40 milliards d'euros
Coût par rapport au PIB	1,41 %		1,77 % à 1,8 %
Nombre de personnes de plus de 75 ans	8,8 millions	9,6 millions	15,6 millions
Nombre de personnes dépendantes au titre de l'APA	1,1 million	1,2 million	1,5 million
Progression de la dépendance	-	21 à 28 % de 2000 à 2020	21 à 26 % de 2020 à 2040
Cotisations assurance dépendance privée	403 millions d'euros	-	-
Prestations assurance dépendance privée	128 millions d'euros	-	-

Les dépenses de la dépendance

Les dépenses en 2009 en faveur de la dépendance : 22 milliards d'euros (1,1 % du PIB)

- Les dépenses de soins s'élèvent à 11,9 milliards d'euros
- Les dépenses d'hébergement à 2,1 milliards d'euros
- Les aides à la personne à 7,4 milliards d'euros

La dépendance est actuellement financée par :

- L'assurance maladie
- L'assurance vieillesse
- La branche famille et la mutualité agricole
- La CSG
- La CSA
- Les impôts locaux (départements et communes voire région)
- les rentes et produits issus des contrats d'assurance dépendance
- les ressources des personnes concernées et de leur famille

Les différentes branches de la Sécurité sociale participent à plus de 55 % au financement de la dépendance en France, 13,5 milliards d'euros en 2009. La branche maladie avec 11 milliards d'euros est le premier contributeur.

Les départements depuis les lois de décentralisation sont responsables de l'ensemble des prestations d'aide sociale aux personnes âgées (dont notamment les dépenses liées à la perte d'autonomie, celles liées à l'aide sociale à l'hébergement et l'aide à domicile). En 2008, ces dépenses ont atteint en net, 6,1 milliards d'euros en progression de 22 % par rapport à 2004.

La répartition des dépenses de dépendance

2009	Décomposition des dépenses par organismes responsables	
Branche maladie	11 milliards d'euros <ul style="list-style-type: none"> • 4,7 milliards d'euros en soins de ville • 6,3 milliards d'euros en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 	50,2 %
Branche vieillesse	0,467 milliard d'euros <ul style="list-style-type: none"> • compensation APA • actions de prévention et d'assistance 	2,2 %
Branche famille et MSA	0,568 milliard d'euros Aides personnelles au logement+maisons en milieu rural+prévention	2,7 %
Apport des départements	6,1 milliards d'euros <ul style="list-style-type: none"> • APA • Aide sociale à l'hébergement 	29 %
Exonérations fiscales et sociales	2,1 milliards d'euros <ul style="list-style-type: none"> • De la réduction d'impôt sur le revenu plafonné à 10 000 euros par an (300 000 personnes, 25 % des frais d'hébergement pour les personnes en EHPAD) • De l'exonération d'IR de l'APA • Du taux de TVA de 5,5 % pour la fourniture de logement et de nourriture en EHPAD • De l'exonérations de cotisations patronales pour les aides à domicile et les associations proposant des services d'aides à domicile pour les personnes dépendantes 	10 %

Depuis 2005, les concours des départements augmentent et le financement via la CNSA diminue.

Le financement

L'effort public représente 75 % des dépenses liées à la dépendance

Les restes à charge : 7,2 milliards d'euros

Les financements publics couvrent :

- 99 % des dépenses de santé
- 83 % des dépenses médico-sociales
- 28 % des dépenses d'hébergement

Reste à charge mensuel : 1 468 euros par mois en institution (Drees 2007 Fragonard)

Reste à charge moyen pour les personnes atteintes d'Alzheimer : 570 euros à domicile

2 300 euros en institution (Association France Alzheimer 2010)

les restes à charge élevés

Tant à domicile qu'en hébergement, **les restes à charge pour les familles demeurent importants malgré l'existence des aides publiques.**

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime (étude avril 2010) à plus de 1000 euros par an la dépense moyenne non couverte par l'assurance-maladie des personnes de plus de 80 ans dont la moitié est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une longue maladie. Pour l'ensemble de la population, ce montant est de 500 euros.

Selon la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, les coûts générés, en moyenne, par les personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile est de 1800 euros par mois quand la moitié des retraités touchent une retraite inférieure à 1000 euros par mois et que le montant moyen des aides perçues est de 450 euros.

Pour les personnes placées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les restes à charge mensuels sont évalués à 2 200 euros en milieu rural et à 2 900 euros en milieu urbain.

Ils peuvent même atteindre 5 000 euros dans certaines villes et certains établissements. Dans le secteur privé lucratif, le tarif mensuel brut hors aide est de 4000 euros mensuel (en zone Ile-de-France).

80 % des résidents des EHPAD sont des femmes n'ayant pas de retraite complète et dont le montant moyen de pension est inférieur à 1000 euros

L'apport des aidants

Plus de 4 millions d'aidants en France s'occupent de personnes dépendantes

L'aide informelle : 8,3 milliards d'euros (Insee, Drees, Handicap Santé - 2008)

Le coût global de la dépendance est de près de 37 milliards d'euros (36,6) dont 42 % à charge (à titre gratuit et onéreux) des ménages

Problématique

- Vieillesse des aidants avec recul de l'âge de la retraite
- Augmentation du taux d'activité féminine
- Déstructuration et éloignement des familles

L'espérance de vie en France

Espérance de vie (source INED)	2010	2020	2035	2050
Hommes	77,8 ans	79,3 ans	82 ans	83,8 ans
Femmes	84,5 ans	85,7 ans	87 ans	89 ans

Espérance de vie en bonne santé

Espérance de vie en bonne santé à 65 ans	2013
Hommes	9,8
Femmes	10,7

La perte d'autonomie au sens large

Toute personne âgée est une personne dépendante qui s'ignore. Elle est ou sera dépendante du fait de l'approximation des définitions et du fait de l'évolution de l'espérance de vie.

Selon une enquête Handicap-Incapacités-dépendances de l'INSEE (98/99), trois personnes de plus de 60 ans sur quatre subissent une déficience. 50 % des personnes bénéficient d'une aide. Une sur trois a besoin d'une aide technique ou humaine.

Néanmoins, 92 % des personnes de plus de 60 ans ne sont pas considérées comme dépendantes.

Résultats de l'enquête HID concernant les plus de 60 ans

Diverses approches des incapacités des personnes âgées	Part de la population des plus de 60 ans
Avoir une déficience ⁽¹⁾	75,1
Recourir à des aides techniques	35,6
Recourir à une aide humaine (pour les personnes à domicile)	27,9
Etre titulaire d'un taux d'incapacité ⁽²⁾	13,1
Etre confiné au lit	8,6
Recevoir une allocation	7,5
Etre aidé pour sortir ⁽³⁾	4,9

Note : Ce tableau concerne les personnes à domicile et celles résidant en institution socio-sanitaire ou psychiatrique, sauf la ligne "recours à une aide humaine" qui concerne uniquement les personnes à domicile.

1) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses,...) ou dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau.

2) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité.

3) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.

Source : Insee, enquête Handicap-incapacités-dépendance 1998 et 1999

L'entrée tardive et pour peu de temps

Durée moyenne de perception de l'APA et répartition des bénéficiaires selon leur sexe et leur âge à l'entrée dans le dispositif

Âge à l'entrée dans le dispositif	Durée de perception de l'APA			Répartition des entrants 2007		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
60-64 ans	3 ans et 10 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	4 %	3 %	3 %
65-69 ans	3 ans et 10 mois	5 ans et 6 mois	4 ans et 8 mois	6 %	4 %	4 %
70-74 ans	3 ans et 8 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	10 %	8 %	8 %
75-79 ans	3 ans et 7 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	18 %	16 %	16 %
80-84 ans	2 ans et 7 mois	4 ans et 6 mois	3 ans et 11 mois	27 %	26 %	26 %
85-89 ans	2 ans et 7 mois	4 ans et 5 mois	3 ans et 10 mois	22 %	25 %	24 %
90-95 ans	2 ans et 2 mois	3 ans et 7 mois	3 ans et 2 mois	10 %	13 %	13 %
95 ans et plus	2 ans et 1 mois	3 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	3 %	5 %	6 %
Ensemble	2 ans et 11 mois	4 ans et 5 mois	4 ans	100 %	100 %	100 %

Champ • France métropolitaine, extrapolation à partir des données de 22 départements.
Source : • Données individuelles APA 2006-2007, DREES.

Les pertes modérées d'autonomie touchent 13,7 % des personnes de 60 à 70 ans mais 25 % des plus de 80 ans.

La dépendance concerne (étude Drees 2008 publiée en février 2010).

- ❑ 3,3 % des 60/70 ans
- ❑ 13,7 % des plus de 80 ans

La durée moyenne de la dépendance est de 4 ans, deux fois plus longue pour les femmes du fait de leur espérance de vie plus importante.

La durée de la dépendance est d'autant plus courte qu'elle intervient tardivement.

Sur moyenne période, il est constaté un raccourcissement de la durée de dépendance en phase avec une entrée plus tardive.

Le poids des maladies dégénératives

L'évolution de la dépendance se caractérisera, en prenant en compte les études actuelles, notamment par une forte progression des démences :

- ❑ Maladies dégénératives : en 2009, 856 000 personnes. Près de 90 % ont plus de 75 ans et 73 % plus de 80 ans
- ❑ Simulation de maladies dégénératives : progression de 225 000 cas supplémentaires par an
- ❑ 2020 : 1 276 000
- ❑ 2040 : 2 022 000

En conservant la tendance actuelle le nombre de personnes atteintes par Alzheimer devrait doubler d'ici 2050.

Si la survenue de la maladie reculait de cinq ans, la hausse serait divisée par deux.

Estimation du nombre de personnes atteintes de démence en 2004 en France métropolitaine

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
65-69	9 149	16 561	25 710
70-74	19 711	44 816	64 527
75-79	65 798	71 349	137 147
80-84	71 217	164 112	235 329
85-89	40 491	121 165	161 656
90 et +	31 841	200 452	232 293
Total 65 et +	238 207	618 455	856 662
Total 75 et +	209 347	557 078	766 425

Source : rapport La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées remis par Mme Cécile Gallez, le 6 juillet 2005 (n° 2454 - Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé).

La question du patrimoine et de l'épargne



Sur les 20 prochaines années, les nouveaux retraités seront plus riches que ceux des générations précédentes ; en revanche, une progression des inégalités est attendue

Les retraités épargnent mais cela pourrait changer : diminution du taux de remplacement et changement de comportement (maintien du niveau de consommation antérieur)

Les retraités disposent d'une grande partie du patrimoine des ménages : 25 % de la population pour plus de 40 % du patrimoine

La question des revenus et du patrimoine



Un patrimoine de plus en plus diversifié

Plus de 80 % des 55-59 ans sont propriétaires contre 76 % pour l'ensemble des retraités et 57 % pour l'ensemble de la population

65 % du patrimoine des ménages retraités est constitué par de l'immobilier contre 72 % pour les actifs de moins de 50 ans.

Les retraités, en France, sont épargnants nets jusqu'à 75 ans. A compter de 65 ans, ils diversifient leur patrimoine à des fins entre autre de prévoyance (étude Insee, patrimoine des ménages 2009)

Actuellement, les ménages de plus de 70 ans sont :

- À 83 % titulaires d'un compte sur livret
- À 27 % titulaires d'un plan d'épargne logement
- Plus de 33 % d'un contrat d'assurance-vie

Le nombre de bénéficiaires de l'APA

En 2009, 1,1 million de bénéficiaires de l'APA

6,7 % des 16,4 millions de personnes de plus de 60 ans sont bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires et le coût ont été mal-évalués lors de sa création. Les prévisions avaient évalué **le nombre potentiel de bénéficiaires de l'APA à 550 000 personnes pour un coût de 2,5 milliards d'euros**. Dès la deuxième année, ces objectifs étaient dépassés.

De 2002 à 2007, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 7 à 10 %

Depuis 2007, le taux de progression des bénéficiaires n'est plus que de 3 % mais, en revanche, les dépenses continuent de croître de plus de 5 % par an. L'erreur est en grande partie liée à la méconnaissance de la demande de la part des personnes classées GIR 4.

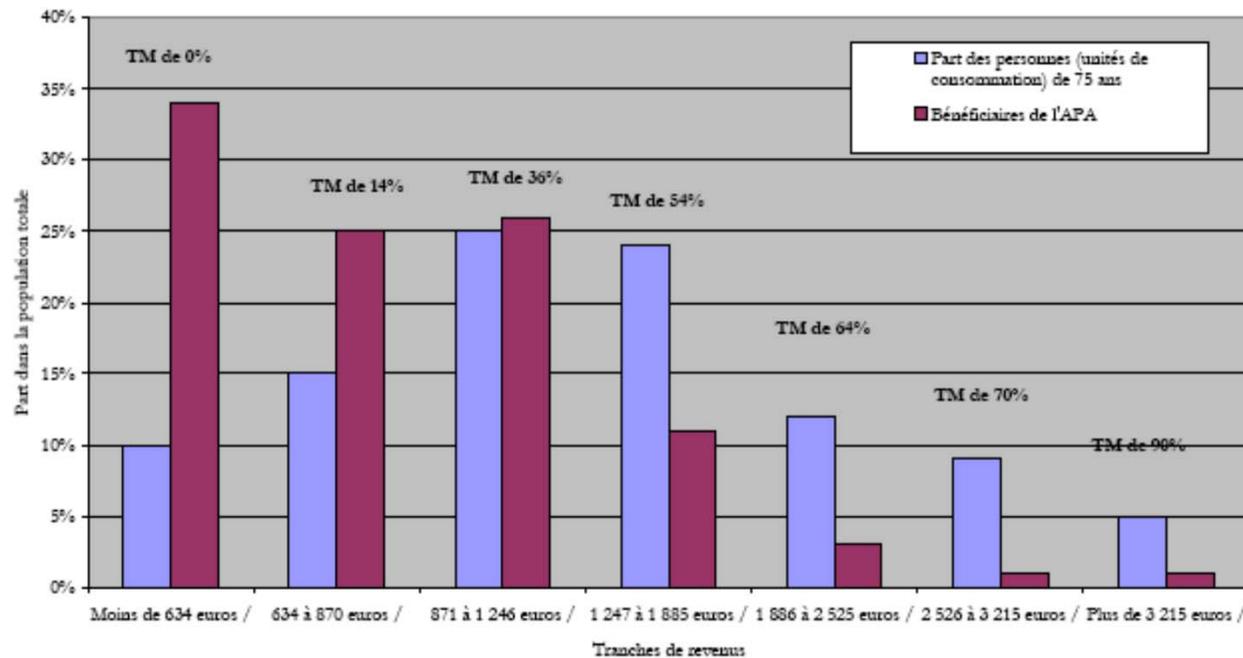
L'ajustement financier s'effectue au détriment des départements dont le budget a été alourdi par une prise en charge croissante de l'APA (les mécanismes de compensation et de péréquation ne jouant qu'imparfaitement leurs rôles).

Les classes moyennes pénalisées

Les bas revenus sont les principaux bénéficiaires de l'APA.

Cette situation peut s'expliquer par la corrélation entre dépendance et niveau social. Néanmoins, comme, l'espérance de vie est fonction du niveau d'étude et de la CSP et que la dépendance survient après 75 voire 80 ans, les écarts constatés seraient liés à l'impact du ticket modérateur et à son caractère dissuasif pour les personnes issues des classes moyennes. L'aide fiscale corrige en partie ce situation.

Répartition par tranche de revenu du barème de l'APA des bénéficiaires de l'APA et de la population des plus de 75 ans



Source : DREES Etudes et résultats 415 juin 2005, Enquête revenus fiscaux, 2004

Hébergement : établissement/domicile

En 2007, vivent à domicile avec le cas échéant une assistance (étude Cour des Comptes 2007) :

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

Selon une étude de la DREES de 2008, 60 % des Français refusent l'idée d'aller dans une maison pour personnes âgées dépendantes, 17 % des Français envisagent de placer leurs proches dans ce type d'établissements, 23 % sont disposés pour financer l'aide à domicile d'un de leur proche.

Au-delà de ces chiffres, il faut constater que la dépendance survenant de plus en plus tardivement et étant de plus en plus lourde, elle s'accompagne de plus en plus par un placement en établissement comme le confirme le tableau ci-dessous. Les solutions en hébergement de jour ou temporaire sont, en France, faiblement développées. La question est d'apprécier le coût réel de la politique de maintien à domicile tant pour les familles que pour les collectivités publiques.

Chiffres 2009	À domicile	En établissement
Bénéficiaires de l'APA	61,7 %	39,3 %
GIR 3 et 4	79,4 %	21,6 %
GIR 1 et 2	20,6 %	79,4 %

La question des services à domicile

La dépendance est consommatrice de personnels et d'heures d'assistance

Il faut distinguer :

- ❑ L'offre de soins bénévole (famille, amis...)
- ❑ L'offre de soins professionnelle (aides sociales, aide-soignant, médecins..)

Le besoin d'heures en fonction du GIR :

- ❑ GIR 6 : 1,6 heure par semaine
- ❑ GIR 2-4 : 37,4 heures par semaine
- ❑ GIR 1 : 54,3 heures par semaine

Les organismes de services à la personne sont peu structurés : 63 % d'entre eux emploient moins de 25 salariés (étude DRESS).

68 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une offre mixte : entourage + professionnelle.

La question de la professionnalisation est au cœur de la problématique

Actuellement, le problème est l'absence de pont entre les établissements d'hébergement long et les soins à domicile. Les structures existent (accueil de jour, hébergement temporaire...) mais les cloisonnements institutionnels ne permettent pas de répondre aux attentes des familles.

L'offre de soins bénévole à domicile en danger



Diminution programmée des aidants bénévoles (la famille)

- Quatre millions de personnes viennent en aide à une personne dépendante
- 75 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide de leur entourage
- L'aide correspond à l'équivalent de 500 000 emplois et sa valeur est estimée à 8 milliards d'euros

L'aide est majoritairement assurée par les conjointes, les filles et les belles filles

L'offre de soins professionnels à domicile



L'offre professionnelle de soins à domicile est déjà confrontée à une série de problèmes

Intervenants multiples dépendant de structures diverses avec des problèmes de coordination :

- médecine ambulatoire (médecin référent, infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, pharmaciens, aides-soignants)
- Secteur médico-social (services de soins à domicile, accueils de jour, hébergement temporaire)
- Établissements hospitaliers (urgence, hospitalisation à domicile, consultations...)

Les problèmes actuels :

- Absence de coordination, de communication entre les professionnels
- Difficulté d'assurer les remplacements en cas de vacances ou d'empêchement
- Inégalités géographiques
- Désert sanitaire

Il en résulte

- Une poly-médication
- Une multiplication d'exams inutiles
- Des surcoûts
- Une mise en danger des personnes dépendantes

Les déserts sanitaires

La pénurie de main d'œuvre :

- ❑ Accroissement des problèmes de densité médicale
- ❑ Problème de recrutement pour les aides à domicile (problème de la motivation, du niveau des salaires et de la formation)

Selon le rapport du Centre d'analyse stratégique, d'ici une dizaine d'années, il conviendrait de créer plus de 350 000 postes dans le domaine de l'assistance aux personnes âgées.

15 % des bénéficiaires de l'APA déclarent déjà rencontrer des difficultés pour recruter à domicile. Les professions sous tension sont les aides-soignants, les infirmiers, les aides à domicile.

Le Problème de la professionnalisation :

- ❑ La moitié des aides à domicile n'avait reçu aucune formation
- ❑ Des mesures ont été prises à partir de 2002 avec la création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de la vie sociale et la procédure de reconnaissance des acquis professionnels.

Les limites des soins à domicile

Déficit de personnel soignant

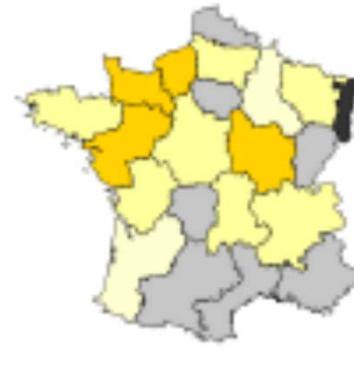
La France compte 5,3 soignants pour 1000 personnes de plus de 70 ans avec de fortes variations selon les départements.

Les établissements publics rencontrent de plus en plus de problèmes pour recruter du personnel.

L'été, l'organisation des tours de garde est de plus en plus difficile à assumer.

La pénurie tant en établissement qu'à domicile obligera soit à une augmentation des tarifs, soit le recours à des solutions technologiques.

Taux d'hébergement temporaire et permanent pour 1000 habitants de 75 ans et + (2006)



Taux de services de soins à domicile pour 1000 habitants de 75 ans et + (2006)



Domicile ou établissement

Les pouvoirs publics, en phase avec l'opinion publique, privilégient le maintien à domicile contre l'hébergement en établissement spécialisé

Plusieurs facteurs à terme s'opposent à cette politique et à ce souhait

- ❑ Le recul de l'âge d'entrée dans la dépendance (plus tardive mais certainement plus forte)
- ❑ Le coût croissant du maintien à domicile (l'écart est de 400 à 800 euros actuellement en faveur du maintien à domicile)
- ❑ L'augmentation du nombre de personnes dépendantes qui favorisera la réalisation de structures d'accueil
- ❑ La diminution du nombre de bénévoles aidant (départ plus tardif à la retraite, emploi des femmes, moins de compassion)
- ❑ L'éclatement des structures familiales (augmentation des personnes seules)

A contrario s'opposent au développement de l'hébergement en établissement

- ❑ Le coût du foncier en zone urbaine ou côtière
- ❑ Le souhait des baby-boomers devenus « bobos dépendants »
- ❑ L'augmentation des revenus et du patrimoine des personnes dépendantes permettant un maintien à domicile

La problématique du coût de l'hébergement



Pour l'hébergement, les personnes dépendantes sont soumises à trois tarifs ouvrant droits le cas échéant à une aide :

- ❑ **Le tarif hébergement** arrêté par le Conseil général est acquitté par le résident qui peut bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle avec l'aide sociale départementale qui pourra être remboursée au titre de l'obligation alimentaire ou d'une récupération sur succession.
- ❑ **Le tarif soins** arrêté par le directeur de l'Agence régionale de santé est pris en charge par l'assurance maladie. Le tarif est variable en fonction du mode de fonctionnement de l'établissement.
- ❑ **Le tarif dépendance** arrêté par le Conseil général. Il est acquitté par le résident qui peut bénéficier de l'APA. Logiquement, ce tarif recouvre les dépenses de surveillance et d'assistance.

Le tarif hébergement est impacté par le coût croissant de la construction des établissements. Selon le Crédit foncier, le coût d'investissement est passé par lit de 76 000 à plus de 110 000 euros en 2003 à 2013. Cette progression résulte de l'augmentation du coût du foncier et de l'exigence accrue en terme de normes sanitaires et de sécurité.

L'amortissement de l'immobilier pourrait varier en fonction de la localisation, de l'année de construction et des modalités de cession des terrains de 1 à 3 (étude de Christine Branchu IGAS 2009).

La création abandonnée de la 5^{ème} branche



Face aux problèmes de financement de l'assurance maladie, face au caractère émotionnel du dossier de la dépendance et face aux évolutions démographiques (personnes dépendantes et également pénurie de main d'œuvre) l'idée de **la création d'une 5^{ème} branche a eu longtemps le vent en poupe**

Les conséquences :

- Individualiser les dépenses dépendance avec comme objectif d'équilibrer les comptes de la nouvelle branche
- Diminuer les charges et donc le déficit de l'assurance-maladie et favoriser le retour à l'équilibre
- Assurer une meilleure coordination sanitaire
- Distinguer dépendance lourde et légère
- Assurer une répartition des rôles entre dépenses de solidarité/dépenses contributives et dépenses liées à l'assurance privée

La majorité des Français sont favorables à une couverture universelle en matière de dépendance.

Les voies et moyens de la 5^{ème} branche

Organismes et ressources	Système actuel	Pistes de réformes
CNSA Affectation d'une partie de la CSG	0,1 % de la CSG est affectée à la CNSA	La CNSA transformée en 5 ^{ème} branche recevrait la CSG avec possibilité d'alignement progressif de la CSG des retraités sur celle des actifs Actuellement taux de 0 %, 3,8 % et 6 % contre 7,5 % Possibilité de transférer une partie de la CSG assurance maladie en contrepartie du transfert des dépenses maladie
CNSA Affectation de la CSA	0,3 % de la masse salariale affectée à la CNSA	Transfert à la 5 ^{ème} branche Option d'élargissement à l'ensemble des revenus d'activité (TNS) Possibilité de doublement de la taxe avec suppression d'un jour de RTT
Assurance vieillesse	Prévention/aide sociale	Transfert des ressources et des missions
Département	APA/aide à domicile/aide sociale	Les départements conserveraient une partie de l'aide à domicile et les actions sur les GIR 4
Assurance privée	Optionnelle à titre individuel ou collectif	Couverture des risques légers, complémentaires ou niches pour CSP + Variante : assurance obligatoire + fonds de garantie ou de solidarité

Les avantages et les inconvénients de la 5^{ème} branche



Débats liés à la création de la 5^{ème} branche

- ❑ La dépendance est avant tout un problème d'assurance-maladie et d'aide à la personne, l'occurrence plus tardive et plus grave de la dépendance exigera une médicalisation de plus en plus poussée des HEPAD et donc leur transformation en hôpital et en centres de soins gériatriques de fin de vie
- ❑ La création d'une 5^{ème} branche serait une source de dépenses administratives supplémentaires
- ❑ La nationalisation du risque dépendance favorisera la diminution des solidarités locales et familiales
- ❑ La création ne résout pas le problème du financement, ni l'organisation de la prise en charge

Benchmark des systèmes de prise en charge de la dépendance



Selon l'OCDE, la France se situe en milieu de classement avec un effort public de 1,1 % du PIB. La Suède avec 2,8 % du PIB est en première position suivie par les autres Etats d'Europe du Nord qui sont confrontés depuis déjà de nombreuses années au problème du vieillissement.

Le Royaume-Uni se situe en tête d'une seconde catégorie d'Etats comprenant également les Pays-Bas (1,4 % du PIB) l'Allemagne (1,3 % du PIB) et la France.

Les Etats d'Europe du Sud consacrent moins d'argent à la dépendance en raison du maintien d'une plus forte solidarité familiale (0,5 à 0,7 % du PIB). Néanmoins, ils ont modifié ou modifient leur législation sur le sujet.

Comme en France, nos partenaires ont institué leurs premiers dispositifs dans les années 90. Face aux évolutions démographiques et face aux problèmes de financement de la sphère publique, tous les Etats ont engagé une réflexion pour une éventuelle remise à plat des systèmes en vigueur.

Les débats sont de nature identique à ceux en cours en France

- Répartition public/privé ?
- Quelle structure a la responsabilité : collectivités locales, caisses spécifiques, caisses d'assurance maladie ?
- Quel niveau d'intervention des pouvoirs publics ?
- Quel mode de financement ?

Benchmark des systèmes de prise en charge de la dépendance



Les comparaisons internationales sont compliquées à réaliser du fait de :

- ❑ La multiplicité des acteurs (caisses d'assurance maladie, caisses dépendance, collectivités locales, Etat, assurances privées...)
- ❑ L'interconnexion de plusieurs politiques publiques (assurance maladie, assurance dépendance, assurance vieillesse, assistance, aides aux plus pauvres, politique en faveur des handicapés...)

La terminologie diffère d'un pays à un autre comme la nature des services offerts. La notion d'hébergement recouvre des réalités très différentes (degré de médicalisation, hébergement de courte ou de longue durée..)

L'attribution de l'aide publique peut prendre en compte l'âge (France ou Japon) ou pas (l'Allemagne). Les critères d'attribution sont différents entre les pays (France, Allemagne ou Japon). Certains préfèrent insister sur les cas les plus graves, d'autres toucher le plus grand nombre de personnes en perte d'autonomie.

Trois catégories de modèles de prise en charge de la dépendance peuvent être distinguées

- ❑ **Un modèle d'aide formelle universelle et contributive** pour les pays à forte tradition sociale comme l'Allemagne, le Japon, l'Autriche ou les Pays-Bas. Seules les personnes les plus dépendantes sont couvertes, les prestations sont généralement plafonnées
- ❑ **Un modèle formel universel avec co-paiement des assurés**, la participation des assurés est proportionnelle à leurs revenus sur la base de prestations non contributives. Le financement s'effectue par l'impôt. Sont concernés par ce modèle le Royaume-Uni, les pays scandinaves
- ❑ **Un modèle d'aide sociale** qui prévaut en Europe du Sud et aux Etats-Unis (prestations, majorations de pension, aides fiscales et sociales)

La France se situe entre la première et la troisième catégorie.

L'assurance-privée et la dépendance



Sondage du Cercle (juin 2015)

- 56 % des ménages seraient prêts à souscrire une assurance dépendance
- Ce taux monte à 64 % chez les 55-64 ans
- Il est de 68 % pour ceux qui sont convaincus d'être dépendants

Le recours sur succession

Sondage du Cercle - juin 2015

- ❑ 67 % des sondés sont hostiles à un recours sur succession pour s'acquitter des frais générés par la dépendance
- ❑ Ce sont les ménages les plus modestes qui sont les plus hostiles : crainte d'une ponction forte de l'héritage et plus concernés que les revenus aisés qui peuvent faire face aux dépenses de dépendance

L'assurance dépendance privée en France



5,5 millions de contrats dépendance

Deux types de contrats peuvent être distingués :

- ❑ Les contrats de prévoyance, ou contrats de risque, pour lesquels la dépendance est la garantie principale. Ces contrats se caractérisent par l'ouverture du droit à prestations (habituellement le versement d'une rente) dès la survenance du risque. Ce contrat garantie principale dépendance est également commercialisé dans le cadre d'un « package » constitué avec un contrat d'assurance complémentaire santé.
- ❑ Les contrats d'assurance vie pour lesquels la garantie principale est une garantie décès ou épargne-retraite, et la couverture du risque dépendance correspond à une garantie complémentaire.

L'assurance privée : les quatre options

Cinq options possibles :

- ❑ **Séparation du risque selon le niveau de dépendance** : la dépendance partielle serait couverte par les assureurs, la dépendance lourde par les pouvoirs publics. Cette solution suppose une répartition fixe des rôles. La FFSA s'est jusqu'à maintenant opposée à cette option qui peut de plus induire des ruptures dans la prise en charge des assurés
- ❑ **Séparation du risque en fonction du revenu**. Cette solution reviendrait à légitimer la situation de fait. L'affichage d'un système à deux vitesses n'est pas, en revanche, politiquement correct.
- ❑ **Création d'un système d'assurance dépendance obligatoire** souscrite soit au niveau de l'entreprise, soit au niveau du particulier avec une aide fiscale pour les revenus modestes. Souscription qui pourrait être rendue obligatoire au moment de la cessation d'activité
- ❑ **Transformation de tout ou partie des contrats d'assurance-vie en contrats d'assurance dépendance en franchise fiscale et/ou adjonction aux contrats retraite d'une garantie dépendance** (utilisation de l'enveloppe fiscale de l'épargne retraite).
- ❑ **L'adjonction d'une garantie dépendance aux complémentaires santé** (solution défendue par le GEMA et les IP)

L'assurance dépendance en question



Difficulté de monter un produit compte de la difficulté d'évaluer l'évolution des coûts et le degré d'implication des pouvoirs publics

Un système facultatif pose le problème de l'anti-sélection

Les personnes modestes ne peuvent pas souscrire

Les revenus aisés peuvent s'en passer comme ceux qui sont résolument optimistes sur leur état de santé

De ce fait, restent les autres qui ne sont pas une cible intéressante et suffisante

L'assurance dépendance privée en France



Les contrats dépendance spécifiques

56 % des assurés le sont au titre des contrats à adhésion individuelle et facultative et pour 44 % au titre des contrats collectifs obligatoires (830 600 personnes).

Au sein des contrats collectifs, on distingue les personnes couvertes par des contrats souscrits dans le cadre d'une entreprise ou d'un groupe professionnel de celles pour lesquelles la garantie dépendance est commercialisée dans le cadre d'un « package » constitué avec une garantie d'assurance complémentaire santé.

La dépendance en Allemagne

L'Allemagne déjà au cœur du problème de la dépendance

L'Allemagne n'a pas connu de baby-boom comme en France. Au contraire, elle doit faire face à la montée en âge des classes nombreuses de la période hitlérienne. Le très faible taux de fécondité (inférieur à 1,3) a pour conséquence la création de charges importantes sur les actifs que les différents gouvernements tentent de maîtriser pour limiter la dégradation de la compétitivité.

Doublement du nombre des personnes dépendantes

Le pourcentage des personnes de plus de 60 ans devrait croître de 25 % à 39 % de la population d'ici 2060, tandis que les jeunes de moins de 20 ans reculeront de 20 % à 14 %.

Résultat, le nombre des personnes dépendantes devrait plus que doubler, à 5 millions contre de 2,3 millions actuellement (0,7 million d'hommes et 1,6 million de femmes).

La dépendance en Allemagne

Le système allemand institué en 1994 est une source d'inspiration pour les pouvoirs publics français. La volonté de créer une 5^{ème} branche est également issue de l'expérience allemande qui néanmoins par tradition a opté pour un système décentralisé, mixant secteur public et secteur privé (marginal).

Le régime actuel a été institué par la loi du 28 mai 1994 et est entrée en vigueur en 1995

Son champ couvre toutes les pertes d'autonomie, Il concerne :

- Les handicapés
- Les personnes âgées dépendantes

Le système ne fait pas référence à l'âge :

- 75 % des bénéficiaires ont plus de 65 ans

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance :

- 0,6 % des moins de 60 ans
- 3,9 % des 60-80 ans
- 31,8 % des plus de 80 ans

D'ici 2030, les simulations sur le nombre de personnes dépendantes prévoient une augmentation se situant entre 30 et 50 %, soit des taux supérieurs à ceux de la France.

Le coût de la dépendance devrait passer de 2 % à 3,2 % du PIB de 2010 à 2050

Cette assurance dépendance couvre à la fois la prise en charge à domicile et celle des personnes hébergées en établissement.

La dépendance en Allemagne



L'Allemagne a créé des caisses dépendance auprès de chaque caisse d'assurance maladie

Les personnes affiliées à une caisse d'assurance maladie sont automatiquement rattachées à une caisse dépendance.

85 % de la population est couverte avec 20 millions d'ayants-droits et 51 millions de cotisants

Les 9 millions de personnes qui sont affiliées à une caisse d'assurance maladie privée sont affiliées à la caisse dépendance de cette caisse.

Les personnes ayant un revenu inférieur à 4500 euros/mois sont obligatoirement rattachées à l'assurance légale ; ceux qui ont un revenu supérieur peuvent opter pour une caisse privée.

Les caisses en charge de la dépendance sont autonomes.

Le panier des aides et allocations fournies par les caisses peut être complété par des accords-cadres signés au niveau des Länder.

Les Allemands peuvent choisir entre :

- Prestations en nature
- Prestations en service
- Ou les deux

La dépendance en Allemagne

75 % des Allemands optent pour les versements en espèce même si le montant est moins favorable que les prestations en nature.

Depuis quelques années, le poids des versements en espèce baisse néanmoins du fait de la diminution du nombre des aidants bénévoles.

- 67 % des personnes dépendantes sont à domicile
- 33 % des personnes dépendantes sont en établissement

Financement

L'assurance est financée par cotisations initialement à 50/50 employeurs et salariés avec suppression d'un jour férié. In fine, la cotisation employeur a été partagée avec les salariés qui n'ont pas renoncé à une journée fériée dans certains Länder. (taux de 1,95 % et de 2,2 % pour les célibataires).

Les caisses sont structurellement déficitaires, les dépenses augmentant plus vite que les prix. En contrepartie, les prestations n'ont pas été revalorisées.

La dépendance en Allemagne

Les défauts du système dépendance en Allemagne

La dépendance partielle est peu couverte

Le dispositif aboutit à un accroissement rapide des personnes placées en établissement (+40 % entre 1996 et 2005 contre + 9 % en soins à domicile). L'objectif était de favoriser initialement les soins à domicile.

Les soins en établissement représentent 48 % du total des dépenses en 2005 contre 42 % en 1996. Les soins à domicile sont passés sur la même période de 41 à 36 %.

Les autres paniers (soins de courte durée, aide aux aidants, aides techniques) n'ont pas obtenu le succès escompté).

Une réforme a été adoptée en 2008 afin de réduire le déficit de l'assurance dépendance

Le Gouvernement a adopté en 2008 une réforme ayant comme objectif un **retour structurel à l'équilibre en privilégiant les soins à domicile** en ne revalorisant les barèmes que pour les soins en nature prodigués dans ce cadre ; · Il prévoit une **revalorisation de la cotisation à 1,95 % au 01/07/2008** (2,20 % pour les personnes sans enfant) ; Il a été également institué un **congé rémunéré de 10 jours** à un membre de la famille.

La dépendance au Royaume-Uni

Projection en matière de dépendance

- ❑ les plus de 85 ans augmenteront de 66 % d'ici 2060
- ❑ 1,8 % de la population anglaise est considérée en perte d'autonomie.

Les Anglais ont retenu trois scénarii épidémiologiques d'ici 2026 (rapport Wanless)

- ❑ **Un scénario de dégradation des déterminants sanitaires** avec une progression de 73 % du nombre de dépendants (1,5 million en 2025)
- ❑ **Un scénario avec une situation sanitaire inchangée.** Le nombre de personnes dépendantes serait 1,45 million en 2025 soit une progression de 66 %
- ❑ **Un scénario avec amélioration de la situation sanitaire,** scénario considéré comme le plus probable. Le nombre de personnes dépendantes serait de 1,36 million en progression de 57 %

La dépendance au Royaume-Uni



Organisation du système de dépendance

Les études anglaises soulignent le lien important entre prévention, suivi sanitaire et dépendance et la forte incertitude concernant la montée du nombre de personnes dépendantes.

Depuis 1948, le National Assurance Act a confié aux autorités locales la compétence de gérer l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Il n'en demeure pas moins qu'au fil des décennies, le National Health Service a pris en charge croissante des personnes âgées dépendantes

En 1990, le Community Care Act a donné pleines compétences aux Conseils locaux pour gérer l'ensemble du dossier de la dépendance

Ces conseils ont comme missions : de planifier et de structurer l'offre de services aux personnes dépendantes

Elles ne sont pas dans l'obligation de prendre en charge directement ces services mais peuvent financer les ménages, acheter des services ou coordonner leur réalisation.

La dépendance au Royaume-Uni

Trois types principaux de services sont distingués au Royaume-Uni :

- Des services en établissements 45 % de la dépense, 19 000 établissements en 2007, 441 000 places (en baisse de 5 % par rapport à 2003)
- Des services à domicile, 21 % des dépenses
- Des accueils de jour, 19 % des dépenses

Les autres services sont :

- Fourniture de repas
- Aides techniques
- Equipements des domiciles
- Services divers

Le financement est assuré par une taxe locale et une dotation de la part de l'Etat :

- Les Conseils locaux n'interviennent que très rarement directement
- Ils passent par des travailleurs sociaux et par des prestataires privés

La dépendance au Royaume-Uni



Développement d'un secteur privé lucratif

Même si le marché reste en partie dominé par le secteur associatif, de grands groupes privés se développent rapidement. La part du financement privé dans la construction des établissements s'accroît

L'hébergement s'impose face à l'aide à domicile

Contrairement à la volonté des gouvernements, la part des services en établissement reste prépondérante

Les gouvernements depuis 10 ans tentent d'inverser la tendance. Ils se sont inspirés de la méthode américaine en mettant en place « le management care » des regroupements d'infirmières chargées d'accompagner les personnes ayant connu plus de deux journées d'hospitalisation (organisation des soins, conseils sanitaires, conseils pour obtenir des aides). Le premier bilan de ce dispositif a été jugé décevant (pas de réels progrès sanitaires, problèmes de compétences...).

Les Etats-Unis

Le marché américain

- ❑ Les premiers produits d'assurance dépendance sont apparus en 1975 ; avec un développement réel à partir de 1985
- ❑ Plus de 120 compagnies proposent des produits d'assurance dépendance mais 6 assureurs représentent 80 % des primes
- ❑ Le marché a cru de 15 à 20 % l'an de 1985 à 2001 mais avec une stagnation depuis
- ❑ La taux de pénétration est faible : inférieur à 10 %

L'assurance dépendance privée aux Etats-Unis



Synthèse d'une étude sur le marché de l'assurance dépendance aux Etats-Unis

- ❑ Pourquoi le marché privé de l'assurance dépendance stagne ?
- ❑ Pourquoi les produits proposés ne couvrent que très partiellement la dépendance ?

Le marché de l'assurance dépendance est un marché d'assurance considéré comme incomplet :

- ❑ Risque de long terme
- ❑ Myopie des agents (mauvaise perception de la prévalence du risque et de son coût)
- ❑ Fortes asymétries d'information (aléa moral, antisélection)
- ❑ L'effet d'éviction occasionné par l'existence de Medicaid

Conséquences :

- ❑ Les couvertures proposées sont peu généreuses
- ❑ Les contrats ne garantissent pas l'équilibre actuarielle (ratio primes/prestation serait de 60 % contre une moyenne de 75 % pour la santé)
- ❑ Fort taux de résiliation (en fonction de l'état de santé et de la conjoncture)

Projet :

- ❑ Au niveau de l'aide publique, fusion du risque dépendance avec d'autres risques (vieillesse ou maladie)
- ❑ Au niveau privé : intégration dans un produit d'assurance vie pour éviter les résiliations prématurées et les cotisations à fonds perdu

Dépendance au Japon

En 2012, environ 5,5 millions de personnes étaient officiellement reconnues comme nécessitant des soins de longue durée.

Le nombre de personnes recevant des soins de longue durée a augmenté de 8 % par an au cours de la période 2000-2012, et cette hausse devrait s'accélérer.

Régime créé en 97 qui a conduit à la création, en 2000, d'un système d'assurance de soins infirmiers.

Sources de financement :

- Les cotisations au titre de l'assurance obligatoire compte pour 50 % du financement total du système d'assurance des soins de longue durée
- 25% sont assumés par le gouvernement national
- 12,5% sont assumés par des gouvernements préfectoraux
- 12,5 % sont assumés par les gouvernements locaux

Dépendance au Japon

Fonctionnement du système d'assurance obligatoire

Le système collecte des cotisations d'assurance obligatoires pour toutes les personnes de 40 ans et plus

Il fournit des services tels que des visites à domicile d'aides ménagères, des visites dans des centres de soins, et des séjours de longue durée dans des maisons de soins infirmiers pour les personnes souffrant de démence sénile ou alitées pour des raisons médicales.

Le système prévoit 2 types de cotisations :

Les cotisations d'assurance des personnes âgées de 65 ans et plus (« personnes assurées de Type 1 ») sont collectées par les administrations locales sous la forme de déductions de leur pension

Les cotisations des « personnes assurées de Type 2 » entre 40 et 64 ans sont collectées avec les cotisations de l'assurance maladie par un versement unique.

Dépendance Japon

Révision du dispositif en 2005 : Une révision en 2005 de la Loi sur l'assurance des soins de longue durée a mis davantage l'accent sur la prévention visant à aider ceux et celles ayant des problèmes relativement bénins à maintenir et à améliorer leur condition, et ainsi éviter une détérioration à un point qui nécessiterait des soins intensifs

Récentes mesures prises par le Japon pour limiter la hausse des dépenses, notamment dans les domaines de la santé et des soins de longue durée. *(source : synthèse du rapport éco sur le Japon publié en avril 2015)*

Les tarifs des prestataires de soins de longue durée ont été réduits de 2.27 % dans le projet de budget de l'exercice 2015.

Le reste à charge des patients âgés de 70 à 74 ans devait être porté de 10 % à 20 % pour les personnes atteignant l'âge de 70 ans après avril 2015.

S'agissant des soins de longue durée, le reste à charge des patients sera porté en août 2015 de 10 % à 20 % pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, dont le revenu est supérieur à un seuil spécifique.

La haute technologie au service de la dépendance

Plusieurs secteurs d'activités devraient se développer dans les prochaines années pour faciliter la vie des personnes âgées et notamment des personnes âgées dépendantes.

- ❑ La surveillance et la domotique. Avec les NTIC, les possibilités d'assistance et de surveillance des personnes dépendantes à domicile et en établissement vont se multiplier (travaux du pôle d'excellence Domotique et Santé du département de la Creuse) : géo localisation, télévigilance captant les chutes, les évanouissements, robotique, dispositif d'analyse et de bilan de santé à distance...

La recherche développement permettant des progrès sanitaires