



**2,1 MILLIARDS D'EUROS**  
Tel est le montant des dépenses  
d'automédication des Français,  
en 2011.

SOURCE : QUE CHOISIR.



**-30%**  
Telle est la chute du nombre  
d'ophtalmologistes prévue dans  
les quinze prochaines années.

SOURCE : SYNDICAT NATIONAL DES OPHTALMOLOGISTES DE FRANCE.



**1,2 MILLION DE PERSONNES**  
Tel est le nombre de personnes  
âgées en perte d'autonomie  
en France, au 31 décembre 2011.

SOURCE : DREES.

## Le low cost passe à l'offensive

**CONCURRENCE.** Centres médicaux spécialisés, médicaments, mutuelles, maisons de retraite... le « low cost » fait une entrée inattendue, et remarquée, dans les secteurs de la santé et du médico-social, bousculant les professionnels établis et les pratiques existantes.

**DEMANDE.** Ces offres répondent à une demande. En particulier en temps de crise, et alors que le reste à charge pour les assurés sociaux n'a cessé de croître ces dernières années.

DOSSIER RÉALISÉ PAR CATHERINE LE GALL

On connaissait le « low cost » dans le transport aérien, la location de voitures, les salons de coiffure ou la grande distribution. Le voici dans des domaines plus inattendus : la santé et le médico-social. Ce courant émergeant cause déjà des crispations ; or il semble évident qu'il répond à une demande, celle d'accéder à des prises en charge à moindre coût. En ces temps de crise, l'accès aux soins devient un enjeu majeur. Selon une étude (\*) publiée en 2011 par *Que choisir*, les dépenses de santé des Français ont crû deux fois plus rapidement que leurs revenus, depuis 2006. Une tendance qui conduit les personnes en difficulté à renoncer à certains soins ; en

particulier les femmes, les moins de 35 ans et les retraités, a relevé un sondage Macif/Opinionway publié en novembre 2012. En outre, 18% des sondés préfèrent rogner sur leurs dépenses de santé pour partir en vacances ; et 15%, pour préserver leur budget « loisirs ». Les raisons de l'augmentation de la facture sont multiples. L'Etat se désengage massivement ; les dépassements d'honoraires ont doublé en vingt ans ; et le prix des médicaments non prescrits varie fortement. Dans un tel contexte, l'adhésion à une complémentaire santé est primordiale, mais, là aussi, les usagers sont face à une augmentation des coûts qui les incite – notamment les plus âgés – à diminuer l'étendue de leur couverture. Enfin, dans le secteur médico-social, ce

sont les places en maison de retraite qui posent question. En effet, le montant des pensions des femmes atteint, en moyenne, 900 euros par mois, alors que le prix des loyers varie entre 1 800 et 2 200 euros.

**LES NOUVEAUX VENUS S'ATTIRENT LES FOUDRES DES PROFESSIONNELS, QUI DÉNONCENT UNE QUALITÉ MOINDRE ET UNE COMMERCIALISATION DE LA SANTÉ.**

Tous les facteurs convergent vers le développement d'offres low cost. Bien sûr, la dentisterie et l'ophtalmologie se trouvent en première ligne, compte tenu du reste à charge pour les patients. Mais le marché des médicaments vient d'être ouvert à la concurrence par le biais du commerce électronique de cer-

tains produits et des compléments santé proposent des contrats plus accessibles. Le secteur médico-social suit le mouvement : les premières maisons de retraite « à bas coût » voient le jour.

Les nouveaux venus s'attirent les foudres des professionnels, lesquels dénoncent une qualité moindre et une commercialisation de la santé. Si les critiques sont inévitables, le phénomène a néanmoins un mérite évident : il remet en question les pratiques et oblige les acteurs « classiques » à justifier des tarifs qui ne sont pas toujours transparents. Difficile de prédire l'avenir, mais une chose est sûre, ces innovations bousculent et interrogent les modèles existants. ■

(\*) « Coût de la santé pour les ménages : vers une démutualisation des populations fragiles », septembre 2011.

**ENTRETIEN AVEC Véronique Nguyen**, docteure en sciences de gestion et professeure affiliée au département « stratégie » d'HEC Paris, co-auteure du *Business model du low cost : comprendre, appliquer et contrecarrer*, Eyrolles (2012)

### «Un prix plus bas, à qualité équivalente»



P. CHRISTENSEN

**Comment définir le low cost ?**

Le principe du low cost est de proposer des produits à un prix plus bas que celui du marché, mais à qualité équivalente. Il s'agit d'épurer l'offre en supprimant tous les coûts qui ne sont pas essentiels, afin d'obtenir le prix le plus intéressant possible. Même si la qualité peut être comparable, le client doit consentir à réaliser certains sacrifices, comme faire des escales lors d'un trajet en avion. Le

phénomène a émergé aux Etats-Unis, dans le domaine aérien, mais c'est en Europe que cette stratégie consistant à se différencier par le bas s'est le plus développée.

**Comment ce concept peut-il être transposé dans les secteurs sanitaire et médico-social ?**

Le coût de la main-d'œuvre est très important dans ces secteurs et la recette est plus difficile à trouver. Dans les centres dentaires par exemple, le modèle est industrialisé et le traitement de patients s'effectue à la chaîne. On élimine toutes les pertes de temps liées à l'installation du

client. Mais il est encore trop tôt pour dresser un bilan et se prononcer sur la rentabilité de ces modèles.

**Est-ce que les offres low cost menacent l'existence des autres acteurs ?**

D'une manière générale, les produits low cost n'ont pas vocation à remplacer l'offre existante mais plutôt à co-exister avec elle. Une sorte d'équilibre dynamique se construit, au sein duquel chacun trouve sa place. En revanche, l'existence d'un différentiel de prix plus bas oblige les autres acteurs à justifier leur différence de tarif.

Propos recueillis par C. L. C.

## SOINS

# Premières cibles: la dentisterie et l'ophtalmologie

Les soins à bas prix se développent dans les spécialités où le reste à charge pour les patients est le plus élevé. Ce faisant, le phénomène soulève des questions.

En raison des tarifs qui y sont pratiqués, deux domaines sont particulièrement concernés par le low cost: la dentisterie et l'ophtalmologie. En chirurgie dentaire, les soins courants comme le traitement des caries ou le détartrage (28 euros chacun) sont fixés par la Sécurité sociale et remboursés à 70%. En revanche, ceux liés à la pose d'une prothèse ou d'une couronne sont laissés à la libre appréciation des professionnels; et alors que le prix d'une couronne varie entre 500 et 700 euros, seulement 75,25 euros sont couverts. Même constat en ophtalmologie, où 53% des professionnels pratiquent des dépassements d'honoraires, se-

lon une étude (1) de l'assurance maladie publiée en mai 2011. A ce facteur s'ajoute la pénurie de professionnels, un départ à la retraite sur deux n'étant pas remplacé. Résultat, il faut souvent plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous. Forts de ce constat, des acteurs étiquetés «low cost» partent à la conquête de patients qui demandent des soins dentaires et ophtalmologiques à des prix raisonnables.

## Credo

Le domaine de la dentisterie a été le premier visé. Des centres d'un nouveau genre se sont ouverts à Lyon et dans la banlieue parisienne: par exemple, Dentexia ou

Addentis. Leur credo: assurer des soins d'implantologie de qualité à un tarif accessible. Leurs créateurs déclarent cibler une clientèle modeste, qui n'a pas les moyens de recourir aux professionnels du circuit «classique». Et ils affirment lutter ainsi contre le renoncement aux soins. Leur modèle économique repose sur une organisation stricte: les dentistes centrent leur activité sur les soins, tandis que leurs assistants s'occupent de l'accueil des patients et de toutes les tâches administratives.

«L'heure de travail d'un spécialiste est plus rémunératrice que celle d'une assistante. Tout le modèle est basé là-dessus: optimiser le temps de soin», explique le stomatologue Olivier Auclert (*lire son témoignage*), cofondateur, début 2012, de la clinique Auclert et Molko, spécialisée dans l'implantologie et la chirurgie buccale. Les locaux, flambant neufs, sont aménagés avec du mobilier design, les deux associés ayant apporté un soin tout particulier à la décoration. Ils assurent que leur matériel est high-tech et que les implants ne sont pas importés. Mis à part les tarifs – entre 30 et 50% moins cher que ceux du marché –, rien ne semble distinguer ces praticiens de leurs confrères.

## Risques de dérives

Alors, pourquoi la profession s'insurge-t-elle? «D'abord, parce que ces dentistes délaissent les soins courants au profit des actes les plus rémunérateurs. Ensuite, parce que dans le cas de dérives commerciales, ils vendent des soins dont les patients n'ont pas besoin. Des risques de surtraitement et de mutilation

existent également», estime le docteur Christian Couzinou, président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Les faits lui donnent raison: le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Rhône reçoit de plus en plus de plaintes concernant les pratiques des centres Dentexia. Son président, Alain Chantreau, l'assure: «Je viens de recevoir la plainte d'un patient à qui l'on a posé plusieurs couronnes, alors qu'il n'en avait besoin que d'une seule. Les centres font de la surproduction pour des raisons de rentabilité.» Enfin, la profession se sent menacée jusque dans son modèle économique: les dentistes compensent le manque à gagner lié aux soins courants par des tarifs plus élevés en implantologie. Privés de cette possibilité, ils craignent de ne pas pouvoir continuer à exercer dans de bonnes conditions.

En ophtalmologie, la problématique diffère, compte tenu du manque de praticiens. D'ailleurs, François Pelen, à l'origine du premier centre

Point vision de France, créé en janvier 2012, ne met pas l'argument économique en avant: «Nous ne revendiquons pas l'aspect low cost. Nous proposons une médecine de qualité, dans des délais raisonnables et à des tarifs raisonnables», insiste-t-il. Dans la structure, située dans un quartier chic de Paris, les tâches sont, là aussi, parfaitement définies. Un orthoptiste réalise les examens préliminaires, puis transmet les données à l'ophtalmologiste qui les valide, exécute des soins complémentaires et remplit l'ordonnance finale. «Nous travaillons dans le cadre des délégations de tâches prévues par la Haute Autorité de san-

## Exception française?

Autre option pour accéder à des soins dentaires ou ophtalmologiques à des prix défiant toute concurrence: le tourisme médical. Aujourd'hui, ce courant, plutôt minoritaire dans l'Hexagone, concernerait 130 000 Français chaque année (2), alors qu'il est très répandu au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, par exemple. Certes, les Français se déclarent très attachés à leur système de santé et ne sont pas encore accoutumés à cette pratique. Ceux qui y recourent se déplacent généralement en Hongrie ou en Espagne pour des soins dentaires qu'ils paient deux fois moins cher, malgré les frais de transport et d'hôtellerie. Dans ce domaine encore, les professionnels font part de leur défiance: «Comment le suivi se passe-t-il? Chacun est responsable de ses actes et de la continuité des soins. Il est difficile pour un praticien français d'intervenir en cas de problème, car il doit ensuite répondre de la qualité d'un acte sur lequel il n'intervient qu'en seconde main», s'alarme le docteur Xavier Deau, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins. Les prestataires (*lire le témoignage ci-contre*), bien conscients de ces limites, tâchent d'y apporter des réponses. Ils estiment en effet que le tourisme médical est appelé à se développer.

Le low cost, bien qu'émergent, est largement décrié par les chirurgiens-dentistes, qui se sentent clairement menacés. En mettant en évidence l'aberration des tarifs pratiqués, il donne finalement un coup de pied dans la fourmière. Certains professionnels reconnaissent le manque de transparence et Christian Couzinou en pointe la véritable cause: «La nomenclature des actes dentaires est obsolète et certains n'ont pas été revalorisés depuis 1989.» Quant aux ophtalmologistes, ils expliquent officiellement que leur profession doit évoluer ses pratiques et que les

## TÉMOIGNAGE



F. CALONVECHIA

Moezz Sedkaoui, fondateur du site Patientsansfrontieres.fr

## «Le tourisme médical, un marché en devenir»

«Nous choisissons les praticiens avec lesquels nous collaborons selon un cahier des charges très précis: qualité du matériel, formation et expérience; en outre, au moins un membre de l'équipe doit parler français. Ensuite, nous procédons aux échanges d'informations médicales par Internet. Nous demandons trois devis différents et les clients choisissent l'établissement qui leur convient. Puis nous organisons leur voyage. Bien sûr, nous sommes très vigilants sur la question du suivi. Nous exigeons un contrat signé entre le praticien et le patient précisant toutes les conditions de l'intervention. Cependant, en cas de problème, seule la prestation dentaire est prise en charge. Si le tourisme médical n'est pas un marché mature, toutes les conditions sont réunies pour qu'il le devienne. En 2012, notre activité a crû de 12% par rapport à 2011.»

## TÉMOIGNAGE

D<sup>r</sup> Olivier Auclert, stomatologue, cocréateur de la clinique Auclert et Molko (Ermont, Val-d'Oise)

## «Je centre mon travail sur les soins»

«J'applique la méthode du "cofauteuil", dans deux salles. Dans chacune d'elles, une assistante prend en charge les patients à leur arrivée, leur demande les informations nécessaires, puis les installe. Ainsi, je centre mon travail uniquement sur les soins. Avec mon associé, nous avons également réalisé des économies sur le matériel, acheté à des prix compétitifs, en France ou à l'étranger. La profession nous accuse de mercantilisme. Or nous exerçons depuis vingt ans et pratiquons des soins autres que l'implantologie: par exemple, des détartrages et de la chirurgie d'extraction sur des patients ayant des pathologies lourdes. Pour chaque acte, nous engageons notre responsabilité professionnelle et financière.»



R. BOURQUET

(1) «Médecins exerçant en secteur 2: une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système».

(2) Selon les demandes de remboursement adressées au Centre national des soins à l'étranger.

## MÉDICAMENTS

## L'ouverture à la concurrence ou la petite révolution 2.0

Une ordonnance du 19 décembre a autorisé la vente en ligne de médicaments délivrés sans ordonnance. Depuis, le débat sur l'ouverture de ce marché à la concurrence est relancé.

Le prix des médicaments non soumis à ordonnance (de type aspirine ou vitamine C), librement fixé par les professionnels, tend à varier de manière inexplicable. C'est ce que montre une enquête (\*) réalisée en 2012 par l'UFC-Que choisir auprès de 648 pharmacies.

L'association de consommateurs pointe de nombreux dysfonctionnements. Tout d'abord, un simple tube d'aspirine Upsa vitaminée peut être vendu entre 1,30 et 4,35 euros ! « La marge est élevée, de l'ordre de 34%, et reste très opaque », signale Mathieu Sicot, chargé de mission à l'association. Ensuite, la qualité des conseils délivrés par les pharmaciens n'est pas toujours à la hauteur des tarifs pratiqués. Ainsi, alors que les enquêteurs ont demandé deux médicaments aux posologies

incompatibles, seuls 48% des professionnels sondés les ont spontanément mis en garde. Face à ces constats, l'association s'est prononcée en faveur de la vente des médicaments sans ordonnance dans les parapharmacies et les grandes surfaces. « Cela représenterait un gain de 16% pour les ménages », argue Mathieu Sicot.

## Conditions strictes

Dans ce contexte, une ordonnance du 19 décembre a autorisé le commerce électronique de certains médicaments. Mais le texte et son décret d'application, qui transcrivent en droit français une directive européenne, fixent des conditions strictes. Ainsi, seuls les pharmaciens ayant une officine « physique » ont le droit de vendre leurs produits sur Internet. De fait, les « pure players »,



Librement fixé par les pharmaciens, le prix d'un simple tube d'aspirine peut varier de 1,30 à 4,35 euros.

c'est-à-dire les sites qui ne sont pas adossés à une officine, et les grandes surfaces sont exclus. Sur tout, la vente en ligne ne concerne que les médicaments sans ordonnance présentés en accès direct dans les officines, alors que le texte européen est plus large.

Un pharmacien ayant profité du vide juridique qui régnait jusqu'à pour ouvrir un site de vente en ligne a porté plainte devant le Conseil d'Etat. La haute juridiction lui a donné raison : le 14 février, elle a suspendu l'application du texte. Et depuis, tous les médicaments non soumis à une ordonnance peuvent être vendus en ligne. L'Autorité de la concurrence, qui a lancé une enquête sur la distribution dans le secteur, va dans le même sens : elle s'est prononcée sur l'élargissement des conditions de vente des médicaments sur Internet, afin d'exercer une pression sur les prix. En attendant ses conclusions à paraître en juillet, de nouveaux acteurs comme

1001 Pharmacies (lire l'encadré ci-contre) vont pouvoir se positionner sur le marché.

Comme dans la dentisterie et l'ophtalmologie, cette évolution n'est pas vue d'un très bon œil. « Il faut s'assurer de la qualité du conseil et veiller à ce que les consommateurs ne soient pas sollicités par e-mail », insiste Alain Delgutte, président du conseil central A (pharmacies d'officine) de l'Ordre des pharmaciens. De son côté, Jean-Luc Audhoui, membre de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), craint certaines dérives : « Pour que le prix reste attractif malgré les frais de port, la formule peut pousser les utilisateurs à la consommation. Le schéma de rentabilité est basé sur le volume, ce qui n'est pas le cas de pharmacies. » Et de rappeler une vérité qui, selon lui, serait oubliée : « Il n'existe pas de médicaments inoffensifs. » ■

(\*) « Automédication : contre les maux diagnostiqués, l'UFC-Que choisir propose son antidote », mars 2012.

## UNE PLATEFORME POUR LES OFFICINES

Le site Internet 1001 Pharmacies propose des services mutualisés aux officines. Il référence les produits et organise leur mise en vente, tandis que les pharmacies s'occupent de l'expédition. Il s'agit avant tout de mutualiser les coûts de mise en ligne, afin que les frais de gestion ne soient pas reportés sur les médicaments. Même si ce n'est pas un argument des fondateurs, la formule réduirait la facture de 20 à 30%, grâce à un moteur de recherche permettant de trouver le produit disponible au prix le plus attractif ; ce qui n'est pas négligeable, le panier moyen s'élevant à 50 euros. Pour autant, avec un délai d'expédition de 48 heures, le site n'a pas vocation à remplacer les officines. Cédric O'Neill, pharmacien cofondateur de la société éditrice eNova santé, précise son positionnement : « Notre objectif est de conquérir 10% de parts de marché. Rien ne remplacera jamais le conseil des pharmaciens, en cas d'urgence notamment. »

## MUTUELLES

## L'assurance de garanties essentielles... à la carte

Face à la hausse du reste à charge pour les assurés, certaines complémentaires santé reviennent leurs offres, de manière à ce que chacun compose sa couverture en fonction de ses besoins.

Selon une étude (1) publiée par *Que choisir* en septembre 2011, les mutuelles supportent plusieurs fardeaux : le désengagement de l'assurance maladie, qui rembourse de moins en moins les soins ; le doublement, en vingt ans, des dépassements d'honoraires ; enfin, l'augmentation des taxes qu'elles doivent honorer (2). Ainsi, selon les projections de l'association de consommateurs, les cotisations pourraient augmenter d'environ 7% par an d'ici à 2020. Et cet effort pèserait davantage sur les personnes âgées, la part de ces cotisations dans leur budget étant 2,5 fois plus importante.

D'ores et déjà, certaines complémentaires santé proposent des offres low cost. Amaguiz, lancé en septembre 2011 par une filiale de Groupama, Amaline assurances, est un contrat sur-mesure, à construire à partir de 60 combinaisons possibles. « Quatre modules comportent chacun trois niveaux de prise en charge. L'utilisateur peut composer une formule qui répond parfaitement à ses besoins, tout en payant environ 20% moins cher », explique Nelly Brossard, directrice générale d'Amaline assurances.

## Et les publics fragiles ?

La population visée correspond cependant à une typologie particulière : des internautes, âgés de 25 à 49 ans, de la classe moyenne supérieure. Le principe n'est pas vraiment adapté aux populations qui en ont le plus besoin : les familles défavorisées et les seniors. C'est la rai-

son pour laquelle, outre sa mutuelle en ligne Idmacif créée en 2010, la Macif-mutualité a conçu Garantie santé (*lire le témoignage*), une formule dont l'entrée de gamme est accessible au plus grand nombre.

De son côté, la Mutualité française, qui regroupe 500 organismes à but non lucratif, reste vigilante. « Si les clients paient moins cher, ils sont moins bien couverts. Ils peuvent parfois avoir l'impression qu'ils sont bien pris en charge ; pourtant, à l'occasion d'une hospitalisation par exemple, ils découvrent que ce n'est pas le cas », met en garde Jean-Martin Cohen Solal, directeur général de la Mutualité française. Par ailleurs, les offres à bas coût doivent se diversifier pour toucher les publics les plus fragiles et ne pas cibler les seuls citadins.

## Négociations

Au-delà, les complémentaires reviennent leur rôle dans le système de santé. Elles ne veulent plus être des « acteurs aveugles » et n'hésitent pas à exercer une pression sur les tarifs, afin de réduire le reste à charge des assurés. Elles participent aux négociations, en cours depuis mars et qui devraient aboutir mi-avril, entre les dentistes et l'assurance maladie, sur la classification et la valorisation des actes.

En outre, elles ont mis en place des réseaux au sein desquels les professionnels de santé s'engagent à respecter des tarifs raisonnables. Ainsi, la MGEN a construit des réseaux dans le domaine de la dentisterie, de l'optique et, depuis janvier, dans

celui des prothèses auditives. Non seulement le patient bénéficie d'un tarif plafonné mais il est mieux remboursé par sa mutuelle.

Une fois de plus, cette pratique bouscule les professionnels de la santé. Pourtant, si le désengagement de

l'Etat se poursuit, les complémentaires seront amenées à s'impliquer davantage pour juguler les coûts. ■

(1) « Coût de la santé pour les ménages : vers une démutualisation des populations fragiles », septembre 2011.

(2) Depuis 2011, la taxe CMU s'élève à 6,27% ; et la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), à 7%.

## TÉMOIGNAGE



Pierre Seror, directeur du développement de la gamme santé à la Macif-mutualité

## « Des frais de gestion réduits et plus équitables »

« Nous avons travaillé avec des professionnels pour construire une offre qui comprenne les garanties essentielles et préserve le "capital santé" de nos usagers. Elle inclut l'hospitalisation, la médecine de ville et spécialisée, ainsi que les soins courants de dentisterie. L'entrée de gamme permet à tout le monde de bénéficier d'une complémentaire santé ; et des options, comme les lunettes ou les prothèses dentaires, peuvent être ajoutées. Nous avons réduit les frais de gestion notamment : il n'est pas équitable que les plus démunis en paient autant que les usagers des forfaits haut de gamme, qui consomment davantage de soins et engendrent donc plus de frais de gestion. »

## MAISONS DE RETRAITE

# Quand le secteur public tente de reprendre la main

Le modèle low cost constitue un début de réponse pour que les personnes âgées puissent être accueillies en Ehpad. Les véritables enjeux ne doivent cependant pas être éludés.

C'est une volonté affirmée du gouvernement : rendre les maisons de retraite financièrement accessibles. La ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'autonomie, Michèle Delaunay, s'est en effet prononcée pour un encadrement des loyers et elle recevait, début mars, trois rapports sur la réforme de la dépendance (*lire à ce sujet p. XX*).

Les chiffres sont parlants. « La retraite moyenne des femmes, que l'on retrouve majoritairement en établissement parce qu'elles vivent plus longtemps, est de 900 euros mensuels. Or la facture s'élève entre 1 800 et 2 200 euros », détaille Claude Jarry, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements pour personnes âgées (Fnadepa). Pour combler la différence, les personnes âgées doivent vendre leurs biens, quand elles en ont, ou se tourner vers leurs enfants. « Elles ne veulent pas être considérées comme les mendiants

de leur famille ou de la société. L'enjeu est de trouver une solution plus digne », ajoute Claude Jarry. Les maisons de retraite low cost constituent une piste, qui n'a pas échappé au groupe privé européen Korian. En 2011, ce dernier a lancé le concept Korian essentiel, un établis-

« En quoi une chambre à 60 euros par jour peut-elle être considérée comme low cost? Cela équivaut aux prix pratiqués dans le secteur public. »

Claude Jarry, président de la Fnadepa

sement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à moins de 60 euros la journée. Le principe était le suivant : optimiser l'espace avec une chambre de 19 mètres carrés, dont la salle de bains, et des espaces de vie collectifs plus restreints. La première expérimentation devait avoir lieu sur la commune du Teilleul (Manche), mais elle n'a jamais vu le jour.

## Compétitivité

Si l'entreprise ne souhaite pas s'exprimer sur la raison de cet abandon, Claude Jarry s'interroge sur la pertinence même du projet. « J'aimerais savoir où les économies sont réalisées : dans le bâti, la restauration, les soins ? Et puis, en quoi une maison de retraite à 60 euros par jour peut-elle être considérée comme low cost ? Le tarif est certes com-

pétitif dans le secteur privé, mais il équivaut aux prix pratiqués dans le secteur public, qui oscillent entre 55 et 65 euros. »

D'après le président de la Fnadepa, faire baisser les coûts est la préoccupation majeure du secteur, notamment dans les régions où l'offre privée domine. Il existe, en effet, des disparités géographiques fortes ; sur le pourtour méditerranéen et en Ile-de-France par exemple, l'offre privée est particulièrement surreprésentée. Pour rééquilibrer l'offre, le conseil général de l'Essonne a pris les choses en main et a lancé la construction de trois maisons de retraite proposant des chambres à 60 euros par jour (*lire l'encadré*). D'autres pistes peuvent également être explorées, comme la mutualisation de la restauration, de l'animation et des fonctions administratives.

## Barrière de l'âge

Selon la présidente de la Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef), Joëlle Le Gall, la véritable question est celle du financement de la perte d'autonomie. Les barrières de l'âge font qu'une personne handicapée vieillissante est mieux prise en charge qu'une personne vieillissante qui devient handicapée. « Les citoyens devraient avoir les mêmes droits et recevoir un traitement adéquat, quel que soit leur âge », plaide-t-elle. Sachant que les résidents supportent 60 % des dépenses de fonctionnement des maisons de retraite, Joëlle Le Gall propose de supprimer les coûts qui ne sont pas directement liés à l'accueil et à l'hébergement – comme ceux d'hébergement – et d'individualiser les tarifs. ■



Environ 5 000 personnes handicapées françaises seraient accueillies dans des structures belges. En cause : le manque de places et l'approche pédagogique.

## La Belgique, terre d'accueil des personnes âgées et handicapées

Le phénomène reste peu connu ; il est pourtant bien réel. Cécile Gallez, alors députée (UMP) du Nord, l'a quantifié et décrypté : en février 2009, après plusieurs mois d'enquête, elle a publié un rapport sur *L'Hébergement des personnes âgées et handicapées françaises en Belgique* (\*). Peu de chiffres existent et la dernière estimation date de 2005. L'Observatoire Franco-belge de la santé estimait à l'époque que 1 575 personnes âgées françaises étaient hébergées dans 106 établissements collectifs wallons. En raison de sa proximité géographique, le département du Nord est particulièrement concerné par cet exil, 90 % des résidents venant des régions frontalières. Suit l'Ile-de-France, où le manque de places abordables est criant. La Belgique offre effectivement une alternative. La dépendance, considérée comme étant liée aux soins, y est prise en charge par l'Etat, lequel est ensuite remboursé par la Sécurité sociale française. « Au final, le prix payé par le résident oscille entre 1 350 et 1 440 euros par mois », précise Cécile Gallez. Quant aux personnes handicapées, les sources sont éparpillées et il est difficile d'établir un chiffre précis. Néanmoins, environ 5 000 seraient accueillies dans des structures médico-sociales belges. Pour ces personnes, la motivation principale n'est pas le tarif, mais plutôt le manque de places dans l'Hexagone et l'approche pédagogique de nos voisins. Celle-ci, davantage cen-

trée sur l'aspect éducatif que médical, accorde également une plus grande place aux familles. A la suite du rapport de Cécile Gallez, un accord-cadre entre la France et la Belgique a été signé en 2011. « Ses deux principaux objectifs sont de connaître le nombre exact de personnes concernées et d'instaurer un contrôle systématique des structures d'accueil, tant pour les personnes âgées que pour celles atteintes d'un handicap », précise l'ancienne députée.

## Conventions

Selon Renaud Tardy, vice-président du conseil général du Nord chargé des personnes en situation de handicap, l'accord donne un cadre légal aux pratiques qui avaient déjà cours : « Environ 600 personnes handicapées de notre département sont actuellement prises en charge dans des établissements belges. Nous signons des conventions collectives et individuelles pour le financement de ces places. Comme nous entretenons de bonnes relations avec les Belges, nos services peuvent contrôler les établissements. Grâce à l'accord passé entre les deux pays, ces contrôles auront un cadre juridique et nous pourrions également échanger les bonnes pratiques », souligne-t-il.

(\*). Disponible sur [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

### LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ESSONNE INAUGURE LE MOUVEMENT

Le conseil général de l'Essonne, présidé par Jérôme Guedj (PS), revendique un choix politique. Plus de la moitié (52 %) des maisons de retraite étant privées sur ce territoire, les tarifs atteignent, en moyenne, 80 à 90 euros par jour. Pour que les classes moyennes puissent être accueillies en établissement à un tarif accessible, établi à 60 euros par jour, trois projets ont été lancés, à Morangis (\*), Courcouronnes et aux Ulis. Le département décline différentes solutions, afin de limiter les coûts : payer le terrain un euro symbolique lorsque la commune est d'accord ; mobiliser un maximum de subventions de la région, du département et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; regrouper les achats ; et surtout, mutualiser le personnel, notamment qualifié. Un seul directeur prend ainsi la tête de plusieurs maisons de retraite et, par exemple, un ergothérapeute salarié intervient dans plusieurs établissements. (\*). La maison de retraite devait ouvrir en mars.

## POUR ALLER PLUS LOIN

### AGENDA

► **Les 3 et 4 juin, à Bordeaux**  
Le 28<sup>e</sup> congrès de la Fnadepa aura pour thème cette année « Faire face aux contraintes, dans les établissements et services pour personnes âgées ». Au programme : les contraintes liées à l'évolution des besoins et des attentes des personnes accueillies ; les contraintes réglementaires ; mais également les contraintes organisationnelles et budgétaires.  
**Programme et inscription sur :** [www.fnadepa.com](http://www.fnadepa.com)

### À LIRE

► **UFC-Que Choisir**  
L'association de consommateurs a réalisé deux études. Dans la première, elle fait le point sur l'augmentation des dépenses concernant les soins et les complémentaires santé. Dans la seconde, elle explique les enjeux d'une ouverture à la concurrence du marché des médicaments.  
« Coût de la santé pour les ménages : vers une démutualisation des populations fragiles ? » sept. 2011.  
« Automédication : contre les maux diagnostiqués, l'UFC-Que choisir propose son antidote », mars 2012.  
[www.quechoisir.org](http://www.quechoisir.org)

► **Drees**  
En janvier, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a publié une étude sur l'accessibilité géographique des maisons de retraite. Elle y dévoile les disparités territoriales et examine la mobilité des seniors.  
« Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeu territorial », *Dossiers solidarité et santé* n° 36.  
[www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)

► **Ministère de la Santé**  
Le ministère diffuse les actes d'un colloque sur le renoncement aux soins organisé en 2011 par la Drees et la Direction de la Sécurité sociale. Le document réunit les interventions de nombreux spécialistes, tant du point de vue économique que social.  
« Le renoncement aux soins, actes du colloque du 22 novembre 2011 » [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [rubrique *Etudes recherches et statistiques - Drees* > Publications > Recueils, ouvrages et rapports > Ouvrages thématiques]

► **SUR LE WEB**  
Retrouvez plus d'informations sur ce thème [gazette-sante-social.fr](http://gazette-sante-social.fr)