



PREMIER MINISTRE



JUIN 2006

RAPPORT

*Personnes âgées dépendantes :
bâtir le scénario du libre choix
(tome I)*

*Second rapport de la mission
“Prospective des équipements et services
pour les personnes âgées dépendantes”
conduite par Stéphane Le Bouler*

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	7
1 Planification stratégique et aide à la décision publique	8
2 Rappel des thématiques du premier rapport	9
3 Axes de développement de ce second rapport	10

<i>Chapitre 1 Un double pari : diversité et intégration</i>	13
1 Les territoires de vie des personnes âgées	17
1.1 Logement et soutien à domicile : s'affranchir d'une approche instrumentale.....	17
1.2 Une géographie sociale du vieillissement.....	17
1.3 Caractéristiques de l'habitat des personnes âgées.....	18
1.4 Action territoriale et prévention de la dépendance	20
2 Typologie des modes de prise en charge professionnelle des personnes âgées en perte d'autonomie	25
2.1 L'aide à la vie quotidienne	25
2.2 Les soins à domicile	28
2.3 Les établissements d'hébergement et de soins pour personnes âgées	32
3 Innovations et coordination	41
3.1 Soutien à domicile et soutien aux aidants : référents étrangers	41
3.2 Les outils de coordination explicites en France : prévention et orientation.	43
3.3 Innovations et territoires	49
3.4 Les plans d'aide APA : un espace théorique de coordination	51
3.5 La structuration du secteur de l'aide à domicile	54
3.6 Quel modèle optimal de constitution d'un EHPAD ?.....	57

<i>Chapitre 2 Prospective du nombre de places et des besoins en personnels</i>	69
1 Référents étrangers : la priorité donnée à un soutien à domicile de qualité.. 75	
1.1 L'orientation des politiques publiques dans les pays de l'OCDE	75
1.2 Le parc existant chez nos voisins européens	77
2 Le nombre de places cible à 2010, 2015 et 2025	79
2.1 Effectifs de personnes âgées dépendantes et prise en charge en institution.	79
2.2 Quantification du nombre de places et encadrement.....	80

2.3	La restructuration du parc.....	95
-----	---------------------------------	----

Chapitre 3 Accessibilité financière, emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance..... 97

1	L'évolution des revenus et du patrimoine des retraités et des familles	107
1.1	La dynamique des revenus	107
1.2	Patrimoine et gestion patrimoniale des personnes âgées.....	114
2	Prestations, dépenses fiscales et tarification	119
2.1	Les prestations dédiées	119
2.2	Les dispositifs fiscaux	132
2.3	La tarification des services.....	134
3	Les projets d'équipements et de services et leur financement	142
3.1	Procédures d'autorisation et financement.....	142
3.2	Tours de table financiers	142
3.3	Coûts des opérations	148
3.4	De l'intérêt de mobiliser des dispositifs innovants pour le portage de projets	150
3.5	La problématique des logements-foyers.....	151
4	Éléments de cadrage macro-économique des charges liées à la dépendance	153
4.1	Un compte de la dépendance : pour que faire ?	153
4.2	L'analyse globale des besoins de financement en perspective	157
5	Le financement de la dépendance	163
5.1	Référents étrangers	163
5.2	Les coûts du scénario du libre choix par financeur.....	165
5.3	Les possibilités de financement en perspective : innover pour faire face	168

Chapitre 4 Planification, programmation et péréquation

1	Pilotage et régulation gérontologique.....	181
1.1	L'élaboration de projets gérontologiques : à qui l'initiative ?	181
1.2	Conforter les outils de planification et de programmation gérontologique.....	185
2	La coordination avec le secteur sanitaire	189
2.1	Les personnes âgées dans les SROS de troisième génération : traitement du caractère transversal et multidisciplinaire de la prise en charge	189
2.2	Orientations pour la planification sanitaire.....	191

3	Les disparités départementales de l'accueil et des services infirmiers aux personnes âgées	195
3.1	Les taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées et services de soins infirmiers à domicile.....	195
3.2	Une approche de la capacité d'accueil en établissement par département standardisée en fonction de la structure de la population âgée de 60 ans ou plus....	198
4	Développements territoriaux	207
4.1	Les territoires du vieillissement en France à l'horizon 2030.	207
4.2	La question migratoire.....	208
4.3	Le cas de l'Île-de-France.....	211
5	Étendre et conforter la péréquation	217
5.1	Pratiques françaises de la péréquation.....	217
5.2	Péréquation et prise en charge de la dépendance	217
6	Gouvernance et péréquation	221
<hr/>		
	Conclusion	223
	Annexes	223
	Annexe I : Lettre de mission	225
	Annexe II : Composition du groupe	227
	Annexe III : Modalités de travail.....	229
	Annexes techniques	233

Introduction

Lettre de mission adressée au Commissaire au Plan par Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille (24 août 2005)

Extrait

"La volonté du gouvernement est de donner aux personnes âgées une liberté de choix qui exige un développement simultané et complémentaire des offres de services de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en maisons de retraite. Cette politique a été engagée dans le cadre du plan Vieillesse et solidarités, qui comporte un effort significatif d'accroissement de l'offre sur l'ensemble des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Cette option implique d'approfondir l'étude d'un scénario équilibré comportant le développement d'une offre globale portant sur toute la palette des modes de prise en charge à domicile et en établissement.

Cette étude prospective devra intégrer les tendances de la démographie et en particulier l'évolution des maladies liées au grand âge."

Suite à la demande formulée par Catherine Vautrin, alors secrétaire d'État aux Personnes âgées (par lettre en date du 31 janvier 2005), une mission chargée d'estimer les besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été installée le 14 mars 2005. La commande ministérielle portait sur trois volets :

- les besoins de places nouvelles en EHPAD à l'horizon 2010-2015 et à l'horizon 2025 ;
- la répartition géographique des établissements sur le territoire et la définition d'un modèle optimal de constitution d'un EHPAD ;
- le financement des opérations de construction, en tenant compte des capacités financières et des contraintes résultant du statut des différents intervenants potentiels.

A la remise du premier rapport¹, Philippe Bas, nouveau ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille a repris dans un nouveau cadre les volets restant à traiter de la commande initiale et intégré un certain nombre de préoccupations complémentaires. Il a donc demandé d'approfondir l'étude d'un scénario équilibré autour de six axes² :

- la répartition optimale des différents types de places (EHPAD, logements-foyers, hébergement temporaire, accueil de jour, services de soins infirmiers à domicile etc.) et l'articulation entre ces ressources ;
- le nombre de places à envisager dans cette gamme aux échéances 2010, 2015 et 2025 ;

¹ Commissariat général du Plan, Prospective des besoins en établissement pour les personnes âgées dépendantes, juillet 2005

² Voir en annexe I la lettre de mission du 24 août 2005.

- Introduction -

- les politiques à mettre en place pour développer cette gamme de ressources : dispositions fiscales, politique du logement, soutien aux aidants ;
- l'évaluation des coûts correspondants, en investissement et en fonctionnement, et les dispositifs financiers susceptibles de faciliter leur prise en charge ;
- la péréquation territoriale : remédier aux inégalités en matière d'équipement et prendre en compte les difficultés spécifiques du milieu rural ;
- la coordination avec le secteur sanitaire, en ville comme à l'hôpital.

1 Planification stratégique et aide à la décision publique

Comme le signalait déjà le premier rapport de la mission la détermination des "besoins" liés au grand âge suppose toute une série d'opérations : évaluer la prévalence des déficiences au sein d'une population, passer des déficiences à l'expression d'un besoin d'aide et de soins, puis à l'expression d'une demande, laquelle rencontre une offre de prestations qui déterminera le niveau de consommation effective. Ces transformations sont insérées dans un contexte économique et social et dans un cadre institutionnel et légal. Elles dépendent par ailleurs largement des caractéristiques individuelles, de l'habitus des personnes âgées (rapport antérieur aux services sociaux et aux services domestiques, rapport à la famille et aux enfants, rapport à la santé et au corps, appartenance à la société locale, etc.). Les besoins identifiés au sein d'une gamme très large de prise en charge – informelle et professionnelle, en milieu de vie ordinaire, en établissement médico-social, en établissement hospitalier – ne s'appréhendent donc pas spontanément.

Lorsqu'on prend le soin d'interroger les personnes âgées, elles ne mettent pas spontanément en avant leurs attentes relatives à l'équipement médico-social. Comment en serait-il autrement ? Même si le souhait de se rapprocher des territoires bien desservis sur les plans sanitaire et médico-social est un des éléments d'explication des migrations au grand âge, même si le souci de faire face aux contraintes de la perte d'autonomie et de ne pas s'en remettre aux proches pour cela est fort, les caractéristiques de l'offre institutionnelle sont une préoccupation lointaine pour la plupart des personnes âgées. Peut-être entre-t-il dans cette attitude une forme de déni. Toujours est-il que les préoccupations exprimées concernent avant tout les possibilités de déplacement, l'accessibilité des équipements publics ou commerciaux, le maintien du lien social. Une fois confrontées aux contraintes de la prise en charge professionnelle, les préoccupations des personnes âgées et de leurs familles rejoignent en revanche largement celles des professionnels. Elles ont trait à la qualité, aux capacités d'encadrement, à la montée en gamme des équipements, autant d'évolutions cohérentes avec les revendications de consommateurs légitimement exigeants.

Cette ambivalence est une richesse. Elle place les enjeux de la perte d'autonomie au grand âge au sein de la société. Elle structure la construction du scénario du libre choix, demandée par le ministre.

Pour éviter les malentendus, il importe dès lors de bien préciser les contours de l'exercice développé dans ce rapport :

- il ne s'agit pas tant de prévoir les évolutions à venir que de se donner des cibles d'action publique, compte tenu d'évolutions jugées plausibles et/ou souhaitables ; l'objet est moins de donner des solutions clés en mains que des repères pour l'action ;
- ces cibles rendent compte des éléments mis en exergue par le ministre – la diversité des modes de prise en charge et le libre choix ;
- parmi l'ensemble des possibles, un scénario est donc privilégié ; un certain nombre d'orientations volontaristes et de recommandations opérationnelles à court terme viennent crédibiliser ce scénario ;

- la planification stratégique dont il est question ici ne consiste pas pour l'Etat à reprendre la main pour imposer ses vues. Sur ce secteur en particulier, l'initiative appartient en grande partie aux acteurs décentralisés et aux opérateurs économiques. La vision développée dans ce rapport est celle d'un Etat conséquent quant aux responsabilités données aux acteurs locaux et aux capacités d'initiatives dispersées sur une multitude d'opérateurs, de tous statuts, qui concentre son action sur un certain nombre de principes ressortissant de la gestion publique moderne : souci de la qualité, évaluation, régulation, péréquation, décentralisation sous toutes ses formes (dévolution de compétences aux collectivités locales, déconcentration, délégation à des prestataires), soutien à l'innovation et veille stratégique.

Quel que soit le registre, l'analyse stratégique se doit d'être soucieuse de la gestion du temps et des irréversibilités, des évolutions diffuses et des tendances de fond. A trop suivre les logiques institutionnelles, le risque le plus évident de ce type d'exercice aurait été d'être décalé, en retard par rapport aux évolutions de la demande sociale.

Dans un rapport récent³, sur lequel nous nous appuyerons bien souvent, la Cour des Comptes a pointé le défaut d'anticipation des politiques publiques, le manque de moyens et les problèmes d'allocation, les incohérences et la complexité excessive de la gouvernance. Paradoxalement, les outils d'une action à la fois diversifiée et davantage intégrée, mieux coordonnée et plus anticipatrice existent souvent. Ils ne sont simplement pas investis. Si les moyens financiers doivent progresser, ils sont déjà conséquents ; la Cour des Comptes les recense d'ailleurs pour la première fois dans toute leur étendue.

Les acteurs décentralisés ont besoin de moyens ; ils ont aussi besoin de repères, de visibilité. Plutôt qu'un « Stop and Go » financier, réglementaire ou décentralisateur, ils ont besoin de continuité, d'incitations et d'une revue régulière des contraintes qui leur sont opposées.

On retiendra sûrement de ce rapport les chiffres plus ou moins spectaculaires avancés en termes de places, d'effectifs professionnels à mobiliser et de ressources à consacrer. Ce serait cependant une vision réductrice de ses ambitions.

2 Rappel des thématiques du premier rapport

Que sait-on ? Compte tenu de la démographie, les populations de très grand âge vont fortement progresser dans les années à venir. Ce fait est doublement exceptionnel : il l'est, dans nos sociétés, eu égard aux effectifs concernés ; il l'est aussi au regard de la situation en dehors des pays industrialisés. Compte tenu des évolutions respectives de l'espérance de vie à 60 ou 75 ans et de l'espérance de vie sans incapacité, les effectifs de personnes requérant potentiellement une prise en charge pour cause de perte d'autonomie vont également progresser mais il existe des marges considérables à exploiter dans la prévention de la perte d'autonomie, ce qui peut retentir sur la nécessité d'une prise en charge et donc sur l'entrée en institution.

La DREES et l'INSEE avaient proposé d'utiliser deux hypothèses réactualisées dans le cadre de ce premier rapport : une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance, une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

Sur la base de cinq hypothèses techniques, trois scénarios de projection des besoins de places en établissement avaient ensuite été retenus par la mission : le scénario 1 (taux de résidence à domicile et en établissement constants), le scénario 3 (maintien à domicile accru des personnes âgées, à l'exception des plus dépendantes) et le scénario 5 (résidence accrue en établissement des personnes âgées très dépendantes). Toujours dans le but d'offrir aux pouvoirs publics un exercice opératoire, la mission avait souhaité ne présenter qu'un scénario à l'échéance 2010, en l'occurrence le scénario 1,

³ Cour des Comptes, Les personnes âgées dépendantes, novembre 2005.

tout en indiquant que des politiques publiques volontaristes en faveur des scénarios 3 et 5 pouvaient être engagées dès à présent et obtenir des résultats significatifs d'ici 2010.

Dans la mesure où le vieillissement de la population ne décrit pas un seul avenir en termes de prise en charge, le premier rapport éclairait aussi les difficultés et les conditions de mise en œuvre des différents scénarios.

Enfin, s'il n'avait pas qualifié l'adéquation du stock de places existant aux caractéristiques des personnes hébergées, aux normes en vigueur ou prévisibles, à la montée en gamme des demandes exprimées par les personnes âgées ou leurs familles, il avait cependant souligné le fait que s'ajoutaient au besoin identifié de places nouvelles d'importants efforts de renouvellement ou de restructuration du parc actuel.

3 Axes de développement de ce second rapport

Pour répondre à la demande qui lui était faite, la mission a choisi de développer quatre axes, qui intègrent évidemment l'ensemble des thématiques d'intérêt de la commande ministérielle⁴.

- **La diversité de l'offre et les possibilités d'intégration**

Au lieu d'envisager en propre l'établissement en considérant les autres éléments de la gamme d'équipements et de services comme des compléments, le premier souci de la mission a été d'explorer cette palette dans toute sa diversité, y compris en dehors du champ médico-social. Cela suppose une typologie fine des équipements et services et une réflexion sur leur articulation dans le cadre d'une planification des ressources attentive aux parcours, aux trajectoires des personnes. Un accent particulier est mis sur les expériences d'intégration innovantes, aussi bien en France qu'à l'étranger.

- **La quantification du nombre de places aux différentes échéances 2010, 2015 et 2025**

Pour bâtir le scénario du libre choix, la mission a repris les exercices de quantification du premier rapport en s'attendant aux critères d'élaboration d'une réponse équilibrée à la demande des personnes âgées : quel taux d'entrée en institution cible ? Pour quelles populations ? Comment évaluer les besoins de prise en charge intermédiaire ? Quels besoins prendre en compte à domicile ? Il convenait ensuite d'étalonner la croissance de l'offre de services, de vérifier l'adéquation de la réponse et de considérer les besoins humains liés à cette prise en charge : prospective des métiers, attractivité des professions, etc.

- **Accessibilité financière, évaluation budgétaire et dispositifs de financement**

La question des capacités contributives des personnes âgées et de leurs familles est doublement importante : en termes de mobilisation des financements possibles et d'exercice de la liberté de choix. Les éléments de revenus et de patrimoine des personnes âgées prises en charge et de leurs familles doivent donc être mis en perspective sur le long terme et croisés avec l'évolution des coûts à charge de l'hébergement et du soutien à domicile.

L'évaluation budgétaire se conçoit non seulement en termes de soutenabilité pour les finances publiques mais aussi de capacité à mobiliser à bon escient les initiatives publiques et privées pour faire face aux besoins. Il convient ainsi d'analyser de près l'ensemble des incitations, des ressources et des contraintes des opérateurs. La typologie et la quantification des éléments d'offre nécessaires

⁴ La comparaison internationale n'était pas explicitement mentionnée dans la commande ministérielle. Il est cependant apparu que, sur toute une série de sujets, l'effort comparatif - en particulier au niveau européen - pouvait être particulièrement utile s'agissant des éléments de la gamme de prise en charge, des dispositions de politique publique à envisager dans les différents registres, de la gouvernance et de la péréquation territoriale, de la coordination sanitaire et médico-sociale. Les éléments de comparaison internationale sont donc systématiquement recherchés dans les différentes sections du rapport.

permettent ensuite de tracer les contours d'un compte de la prise en charge de la dépendance dans le scénario envisagé. Cela suppose non seulement d'évaluer les coûts d'équipement (en construction neuve et en rénovation) pour les différents types de structures mais aussi et surtout de quantifier les besoins de financement afférents en fonctionnement (et donc de reprendre la question des taux d'encadrement sous l'angle financier).

- **La répartition territoriale des efforts**

Un des objets de la deuxième phase des travaux de la mission était de rassembler les éléments permettant de dégager une appréciation plus fine des disparités territoriales.

Le souci d'agréger les initiatives individuelles dans un sens plus conforme à l'optimum collectif renvoie à la question de la planification gérontologique mais aussi aux conditions d'autorisation des créations de services. Les exercices de planification gérontologique départementale - marqués par une grande hétérogénéité suivant les territoires - exploitent les ressources d'une observation décentralisée et il est dès lors important de repérer les "bonnes pratiques", la politique gérontologique étant un "laboratoire" intéressant de l'action publique locale.

Au-delà, les questions de péréquation impliquent de disposer d'une vision plus large de la répartition des ressources et des besoins, en ne s'en tenant pas aux indicateurs un peu frustes habituels. Tracer les contours d'un dispositif de péréquation rénové était incontestablement un enjeu important de la seconde phase de la mission.

Enfin, la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social avait déjà été pointée dans le premier rapport de la mission. Elle recouvre les questions d'articulation entre les différentes formes de planification. Elle appelle aussi une réflexion ouverte sur le rôle des structures (hôpitaux locaux, USLD, HAD...), la répartition des tâches entre soignants, les dispositifs de coordination (au-delà de l'incantation). Elle recèle enfin des questions plus larges liées à l'organisation du système de santé dans un contexte de transition épidémiologique, la prise en charge des personnes âgées ne faisant qu'exacerber ou territorialiser un certain nombre de difficultés génériques.

Chapitre 1

Un double pari : diversité et intégration

La politique du logement, les politiques d'aménagement locales ne sont évidemment pas à vocation unique : le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, la prise en compte de leurs préoccupations en matière de logement, d'accessibilité, de déplacement, la planification foncière (en faveur de l'habitat des personnes âgées), ne suffisent pas à résumer l'agenda des décideurs ou des opérateurs pris dans l'entrelacs de priorités multiples et de préoccupations contradictoires. Quand bien même les outils existeraient, les politiques déterminantes du soutien à domicile n'ont pas forcément la constance ou la détermination de la défense d'intérêts monovalents.

Les attentes des personnes âgées portent pourtant au moins autant sur les caractéristiques de la prise en charge non professionnelle que sur les possibilités de densifier l'offre professionnelle ou le soutien aux aidants informels. Le désir d'autonomie n'est pas un vain mot : ne pas dépendre d'un tiers, ne pas être à la charge d'autrui suppose d'abord de préserver les ressources d'autonomie individuelles.

Bien sûr, il arrive un moment où l'appel à un tiers professionnel devient indispensable mais même en ces circonstances, la préservation des ressources d'autonomie reste un enjeu. Le risque à ne pas le reconnaître, avec les meilleures intentions du monde ou par routine professionnelle, est de précipiter la dégradation des capacités individuelles... ou de susciter le rejet de l'aide externe.

Le parcours de ce chapitre a donc volontairement été articulé autour de la préservation de l'autonomie en milieu de vie ordinaire, des possibilités de densifier le contenu du soutien à domicile, de l'importance à donner à la structuration locale de l'offre. L'offre professionnelle, sanitaire et médico-sociale, est ensuite présentée dans toute sa diversité. L'accent est enfin mis sur les possibilités de coordination au sein de cette gamme, sur les capacités d'intégration et la division du travail en la matière, avec une préoccupation centrale : ne pas faire reposer la charge de la coordination sur les usagers.

Résumé opérationnel

Enjeux

La fragilité des personnes prises en charge crée des devoirs pour la société et pour les opérateurs. Un certain nombre de textes législatifs ont reconnu les droits des personnes accueillies en institution ou aidées à domicile, mis en exergue la qualité, etc. Ce corpus porte sur le terrain du droit les exigences d'une nouvelle époque de la prise en charge : après le temps du déploiement des infrastructures et de l'humanisation des hospices, après la construction d'une prestation pour l'autonomie, le drame de la canicule a sans doute ouvert une nouvelle période de cette lente construction institutionnelle, moins univoque : souci de diversification eu égard aux attentes de la population, montée en gamme en rapport avec les revendications consuméristes, souci de la performance et de l'ouverture, territorialisation et cohérence de la gouvernance.

Les droits des personnes âgées dépendantes se doublent aujourd'hui de la reconnaissance de la contribution des familles. Le développement des pathologies du grand âge et la meilleure connaissance de l'étendue et des conséquences des détériorations intellectuelles participent de cette prise de conscience et appellent des solutions diversifiées avant tout soucieuses de la prise en charge de personnes fragiles et du soulagement à apporter aux aidants ; dans ce registre, les expériences internationales sont particulièrement éclairantes.

La diversité de l'offre et la nécessité d'articuler les éléments de la gamme renvoient aux conditions de promotion de l'innovation et à l'ancrage territorial des politiques publiques, à la mise en réseau, aux initiatives des acteurs, en liaison avec les postures des régulateurs. Dans la gamme des dispositifs de coordination, l'organisation de la filière gériatrique et la diversification de l'offre des services des établissements apparaissent comme les enjeux déterminants.

Orientations

- **Mobiliser l'ensemble des acteurs de la politique du logement et mieux articuler les politiques d'aménagement local et la planification gérontologique**

Les conséquences du vieillissement sur le marché du logement méritent aujourd'hui une attention soutenue des autorités et des bailleurs. Il s'agit tout à la fois de concilier les injonctions contradictoires de la pénurie de logement et du soutien à domicile, de développer les formules innovantes, notamment en matière de rapprochement intergénérationnel, et de considérer la priorité à donner à l'adaptation des logements en vue de préserver l'autonomie (quel que soit le statut d'occupation). Les outils d'aménagement local existent bien souvent. Ils doivent être plus largement employés au profit d'une politique territoriale adaptée au défi du soutien à domicile.

Des assises, réunissant, au niveau national et dans les régions, sous la houlette des ministres en charge du logement et des personnes âgées, les représentants des collectivités locales et des bailleurs, permettraient de marquer la nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs de la politique du logement et de mieux articuler les politiques d'aménagement local et la planification gérontologique.

- **Favoriser les projets innovants**

La mobilisation des dispositifs d'autorisation en faveur de l'innovation, la clarification de la gouvernance globale, l'activation des outils de planification dans le sens d'une diversification sont le relais indispensable des initiatives des fondations ou des appels à projets susceptibles de stimuler les milieux innovateurs.

Au-delà, il importe de développer significativement les capacités d'observation et d'appui à l'innovation sur le champ de la dépendance des personnes âgées. L'enjeu est de densifier les travaux d'enquête en population générale, de consolider le système d'information sur la perte d'autonomie, d'exercer la veille sur les innovations en France et à l'international, de soutenir les projets innovants, de les évaluer et de diffuser les expériences. Compte tenu du rôle structurant désormais dévolu à la

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, cette compétence pourrait être explicitement ajoutée aux prérogatives qui sont les siennes (la Caisse en dispose d'ailleurs déjà dans le champ du handicap⁵). Sur ce terrain de l'observation et du soutien à l'innovation, la Caisse développerait des partenariats avec les institutions pouvant concourir à cet objet, s'inspirerait avec profit des expériences analogues françaises et étrangères et serait un interlocuteur privilégié des collectivités locales et des opérateurs.

- **Construire des filières gériatriques complètes sur les territoires de proximité**

La constitution de filières gériatriques complètes, organisées par territoire de santé de proximité, est sans doute l'enjeu majeur de l'articulation, tant réclamée mais rarement pratiquée, entre les domaines sanitaire et médico-social. L'objectif est triple : permettre une évaluation gériatrique précoce, développer la prévention et les prises en charge ambulatoires, assurer l'accès à une hospitalisation adaptée.

A cette fin, et au-delà des intentions réitérées dans les textes, la pleine articulation des planifications sanitaire et gérontologique s'impose. (cf. chapitre 4)

- **Promouvoir le développement d'une offre intégrée**

A l'évocation d'un « modèle optimal de constitution d'un EHPAD », les membres de la mission ont manifesté, à juste raison, leur refus d'une perspective de normalisation sur la base d'un modèle unique. Face à ce risque mais aussi face à l'atomisation des équipements et des services et à la nécessité de renforcer les dynamiques locales d'intégration à même d'améliorer l'efficacité des réponses aux besoins, l'idée d'« établissement plate-forme de services » a été d'emblée mise en avant, sous cette dénomination ou sous une autre.

A cette fin, la possibilité donnée à tous les opérateurs gestionnaires d'établissements de développer une palette de services diversifiée apparaît comme l'orientation majeure : cela suppose de revoir la clause d'exclusivité d'activité pour les interventions à domicile (article L119-1 du code du travail) et d'harmoniser les dispositions relatives à la qualification des personnels entre les différents milieux, en permettant notamment la reconnaissance du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en milieu hospitalier.

Même si les « cultures » de services et les pratiques de gestion apparaissent aujourd'hui hétérogènes entre les opérateurs intervenant au domicile *versus* en établissement, les uns et les autres sont prêts à évoluer et ont commencé de le faire. Le moins que l'on puisse demander aux tutelles est de ne pas entraver ce mouvement et de ne pas dresser, dans les textes ou dans les pratiques, de barrières à l'entrée injustifiées. Une attitude plus résolue pourrait également être envisagée en liant plus nettement les conditions d'autorisation et de conventionnement (ou de renouvellement des conventions) à la mise en œuvre d'une démarche intégrée (opérateurs polyvalents ou insérés dans un groupement de coopération effectif).

⁵ Articles L14-10-1 et L14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

1 Les territoires de vie des personnes âgées

1.1 Logement et soutien à domicile : s'affranchir d'une approche instrumentale

Si pour toute personne, âgée ou non, le domicile est tout à la fois un lieu de référence identitaire et d'élection de ses droits, un lieu d'enracinement par la mémoire et les liens tissés avec l'environnement, l'image renvoyée par les institutions est souvent celle d'un instrument au service d'une « prise en charge » plus ou moins repoussée dans le temps, plus ou moins efficace en termes de « résultats », plus ou moins onéreuse en fonction des services assurés.

Tandis qu'une approche sanitaire et sociale se voulant éclairée cherche à se libérer du carcan d'une offre technique prédéfinie, une approche « logement » rénovée tente d'imaginer comment accompagner l'évolution d'un âge de la vie en permettant à tout être humain de demeurer (le mot n'est pas neutre) lui-même.

La « dépendance » correspond à une réalité vécue fluctuante. Les situations individuelles sont en effet évolutives. La dépendance est par ailleurs fonction de l'environnement matériel et social de la personne. A niveau d'incapacité identique, selon l'environnement, la personne âgée peut être dépendante ou au contraire autonome si un dispositif de compensation est mis en place. Ainsi, une personne habitant un logement à un étage élevé et éprouvant des difficultés pour se mouvoir ne ressentira pas de handicap pour sortir de chez elle si l'immeuble est équipé d'un ascenseur. A l'inverse, l'absence de cet équipement est dirimante et la contraint à solliciter l'aide d'une tierce personne ou à renoncer à sortir.

Pour permettre un maintien à domicile de qualité, il est tout d'abord nécessaire d'apporter des services de soutien à domicile efficaces et complets afin d'éviter que la personne âgée entre en EHPAD du fait de sa solitude.

L'environnement physique de la personne âgée étant un déterminant de l'apparition du handicap, des travaux d'adaptation du logement chez le particulier peuvent être nécessaires. Cependant, il faut associer à cette démarche d'aménagement une préparation psychologique de la personne âgée au bouleversement temporaire de son lieu de vie et, souvent, mener un travail préalable afin de lui faire prendre conscience de son besoin d'aide et du bien-fondé de la réalisation de travaux.

Ainsi, l'idée du maintien à domicile renvoie d'abord, à une question sur la vie et l'indépendance, le fait de demeurer chez soi, de rester soi-même. Ceci dit, le logement en milieu ordinaire ne signifie pas forcément l'immobilisme : la préservation de l'autonomie peut aussi passer par le changement de logement, à charge pour la personne de réaliser l'arbitrage entre la conservation des références identitaires attachées au logement et l'impératif, de plus en plus catégorique, de préservation de l'autonomie, l'adaptation du logement ne permettant pas toujours la conciliation.

1.2 Une géographie sociale du vieillissement

La localisation des personnes retraitées en France obéit aujourd'hui à une logique de redistribution territoriale⁶, qui mérite d'être décrite même si rien ne garantit qu'elle se maintienne en l'état sur vingt ans.

Les régions les plus productives (Ile de France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord-Pas-de-Calais), les capitales régionales attirent massivement une population jeune, d'actifs, d'étudiants, de cadres internationaux en mobilité, ou de personnes en recherche d'emplois, ainsi que les couches les plus pauvres de la population. Les régions littorales, ainsi que celles correspondant à ce que l'Union européenne a contribué à identifier comme notre « diagonale aride » (axe Est/Ouest traversant notre

⁶ Voir aussi les développements sur les migrations au chapitre 4.

pays de la Champagne-Ardenne à l'Aquitaine), accueillent largement les populations en âge d'être à la retraite, constituant ainsi des « réservoirs de vieillissement ».

Cette partition territoriale est, selon les types de territoires concernés, marquée par des contrastes importants :

- les territoires ruraux ou montagnards sont le lieu d'accueil d'une population retraitée, clivée en termes de revenus :
 - anciens résidents secondaires pouvant financer une « multi-appartenance » territoriale et se replier, le moment venu, en milieu urbain fortement doté en services ;
 - anciens résidents locaux, très attachés à leur univers et à ses caractéristiques propres, souvent proches du seuil de pauvreté, immobiles, vivant dans des habitats anciens, fréquemment qualifiés d'« indignes » ou d'« insalubres » : pour ces résidents, la mobilité envisageable une fois le grand âge arrivé est intra-familiale ou en établissement ;
- les zones péri-urbaines, territoires actuels de la croissance démographique, dont une part significative sur des communes de taille modeste, faiblement pourvues en équipements et services⁷, sont le lieu d'accueil d'une population à dominante familiale, d'actifs en âge d'avoir ou ayant des enfants, dont les lieux de peuplement sont de deux types :
 - logement social sous statut majoritairement locatif ;
 - logement dans le parc privé, à forte dominante de maisons individuelles dispersées, généralement en accession à la propriété, l'investissement locatif en maison individuelle étant un produit peu développé en France ; aujourd'hui, on ignore le comportement futur de ces ménages face au vieillissement : retour vers les centres urbains en petites surfaces collectives ou maintien sur place ;
- les territoires urbains sont le lieu d'accueil d'une population où la part des ménages d'une personne est en croissance continue (un ménage sur deux, à Paris, est composé d'une seule personne), où réside une population très contrastée en termes de ressources, puisqu'on y retrouve à la fois des populations appartenant aux quatre premiers déciles de revenus et aux trois derniers.

Le retour au centre ville à mesure de l'avancée en âge s'explique souvent par l'isolement ressenti en zone rurale et par la recherche d'une plus grande proximité avec les services de santé et les commerces. Selon une étude de la Communauté urbaine du Grand Lyon, les trois critères les plus couramment avancés par les personnes âgées pour le choix de leur quartier sont la présence de commerces de proximité (66 %), la sécurité (50 %) et la présence d'équipements médicaux et de santé (32 %).

A l'échelle de l'immeuble, l'amélioration de l'accessibilité des copropriétés et leur sécurisation deviennent des problématiques essentielles. Certains retraités sont demandeurs de logements neufs, qui sont en général plus accessibles, plus sûrs, plus adaptés et plus faciles à entretenir. L'attachement au domicile ne signifie pas forcément l'immobilisme, on l'a dit.

1.3 Caractéristiques de l'habitat des personnes âgées

L'étude de l'habitat des personnes âgées est un sujet relativement récent, qui devrait faire l'objet d'une approche plus approfondie qu'il ne l'était jusqu'à présent dans la prochaine Enquête logement, prévue en 2006. En effet, jusqu'ici, les données réunies abordaient principalement les caractéristiques des ménages par tranches d'âge, types de revenus, patrimoine, taux d'occupation et caractéristiques des logements. Outre l'actualisation des données précitées, la prochaine enquête devrait tenter de dénombrer les personnes âgées ou handicapées éprouvant des difficultés à pratiquer les activités

⁷ et pour cette raison permettant d'acquérir du foncier à des prix inférieurs à ceux observés dans les centres-villes équipés.

essentielles de la vie quotidienne (comme se laver, s'habiller, manger, circuler entre les pièces, entrer et sortir), du fait de l'agencement ou de l'équipement de leur logement⁸.

La synthèse développée en annexe 1 est de ce fait élaborée à partir de différentes sources statistiques sectorielles et des acquis et expériences diffusés par les opérateurs, publics et privés.

Les principaux sujets d'intérêt en la matière concernent :

- le lien entre statut d'occupation et soutien à domicile : parmi les retraités non propriétaires, 42 % habitent un logement social ; les autres habitent dans le parc privé ancien ou neuf. D'où l'importance de la mobilisation de l'ensemble des bailleurs, sociaux et privés, en faveur du soutien à domicile ;
- le lien entre caractéristiques des logements et stratégies d'aménagement : même s'il s'est produit une amélioration du confort de l'habitat, la problématique des logements inadaptés voire insalubres demeure, particulièrement pour les retraités vivant dans les territoires ruraux, isolés ou de montagne. L'adaptation des logements aux contraintes de la perte d'autonomie, la conception de produits modulables, le développement d'échanges en fonction des caractéristiques des populations accueillies ou des configurations familiales sont autant de questions clés pour une activation du parc en fonction des objectifs du soutien à domicile. Plutôt que la promotion d'interventions ponctuelles mobilisant différemment, en fonction du statut des opérateurs, les ressources d'une boîte à outils particulièrement fournie, c'est à la définition d'une stratégie d'ensemble qu'il convient de travailler avec les bailleurs et les collectivités locales ;
- la prise en compte des caractéristiques du vieillissement dans les normes d'aménagement : dans un contexte particulièrement tendu sur le marché du logement, le risque est important de ne pas considérer en priorité les préoccupations et les besoins des ménages âgés dans la définition des normes d'aménagement. L'espace nécessaire à un soutien à domicile de qualité mérite pourtant d'être pris en compte ;
- innovations et habitat des personnes âgées : mis à part le développement de concepts de type sites inter-générationnels ou Villa Family, Villa Edylis, Séniariales..., il n'existe guère dans notre pays de réflexion générale sur les perspectives de rapprochement des familles et des différentes générations sur un même site à un horizon de vingt ans. La conception nucléaire actuelle des logements est pourtant un héritage récent : celui de l'après-guerre et d'une politique de (re)construction systématique sur la base d'un noyau et d'un modèle familial que notre corps social et l'allongement de la durée de la vie mettent actuellement à mal. Aucune analyse ne permet aujourd'hui d'exclure a priori des formes de recomposition sociale et familiale via le logement et quelques travaux d'adaptation : redécoupage d'un 4 pièces en deux 2 pièces pour permettre l'indépendance d'un parent seul et d'un « enfant » seul en situation de cohabitation rapprochée à 85 et 60 ans ; développement de micro-copropriétés sur la base d'un concept d'habitat flexible comme celui des Villas Family, associant sur deux niveaux indépendants, reliés par un studio prévu pour de l'hébergement temporaire, quatre logements prévus pour deux familles d'accueil et six personnes âgées seules partageant un minimum d'espaces conviviaux communs ; développement de la micro-programmation par des propriétaires soucieux d'organiser leur domicile de grand âge et détenteurs de terrains divisibles et constructibles, procédant sur leurs propres biens à des recompositions de parcelles, à la construction d'unités nouvelles adaptées à leur profit, et location ou vente du bien courant à un ménage en bonne santé – voire à une famille d'accueil pour financer le nouveau domicile adapté, sans déracinement pour le propriétaire concerné⁹ ; retour du désir de vivre ensemble mais selon des modalités nouvelles après une période active ayant fortement contraint les ménages à des mobilités professionnelles périodiques, générant un retour du désir d'enracinement et de vie de famille ou de convivialité.

⁸ Source : « Comportements résidentiels et marché du logement » A. Jacquot in INSEE, Economie & statistique n°381-382, 2005 – p.13.

⁹ Le P.U.C.A. (Plan, urbanisme, construction, architecture) a ainsi été récemment saisi d'une proposition en ce sens par un opérateur savoyard convaincu de la pertinence de cette innovation.

1.4 Action territoriale et prévention de la dépendance

Si, pour les établissements médico-sociaux, un des enjeux est leur insertion territoriale (cf. infra), la dimension locale apparaît plus spontanément encore en ce qui concerne le logement et l'aménagement, ce qui ne signifie pas que la problématique du soutien à domicile soit pleinement prise en compte.

1.4.1 Les aides techniques et l'action sociale locale

Associées à l'aménagement du logement, les aides techniques permettent d'éviter ou tout au moins de compenser la survenue de la dépendance. Elles viennent souvent compléter et faciliter les interventions de l'entourage proche et celles des professionnels. Ces aides sont très nombreuses¹⁰ et hétérogènes. Elles incluent :

- les aides à la mobilité : il s'agit des cannes et béquilles, des fauteuils roulants manuels et électriques et des déambulateurs ;
- les aides pour l'hygiène de l'élimination ;
- les aides auditives (appareils auditifs et boucles techniques) ;
- la télé-assistance : système qui permet de prévenir une personne référente (médecin, famille, voisin...) en cas de problème. Le système fonctionne à l'aide du téléphone, d'un transmetteur et d'un médaillon d'appel ;
- les aides diverses : à l'initiative de certaines communes, les personnes âgées peuvent bénéficier de services tels que le portage de repas.

L'enquête HID révèle notamment les « usages déclarés d'aides techniques » (la personne déclare disposer, utiliser ou avoir fait installer un ou plusieurs aides techniques, mobiliers ou équipements répertoriés dans l'enquête) et la « proportion des besoins déclarés satisfaits ».

Tableau n°1 : Usages et besoins en matière d'aides techniques

Formes d'aides techniques	Usages déclarés	Proportion de besoins déclarés satisfaits (%)
Aides à la mobilité	1 610 000	92
Aides auditives	560 000	41
Aides pour l'hygiène de l'élimination	540 000	87
Aménagements du logement	540 000	59
Télé-alarme	400 000	43
Ensemble	2 610 000	57

Source : Drees, *Etudes et Résultats* n°262, 2003

Les interventions visant à prévenir le confinement relèvent souvent de l'action sociale communale ou intercommunale. Elles sont également éligibles aux plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie et aux soutiens de la politique du logement.

La diversité des aides techniques, leur hétérogénéité, la dispersion des opérateurs mobilisés ne sont pas sans conséquences en termes de recours, eu égard à la « concurrence » de l'offre professionnelle relativement plus lisible (aides humaines ou hébergement en institution) : on le voit dans l'utilisation

¹⁰ Kerjose R., Weber A., "Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile", *Etudes et Résultats* n°262, DREES, septembre 2003.

des ressources de l'APA (les plans d'aides consacrent à l'automne 2005 un modeste 6 % à ces autres formes d'aide).

CCAS et CIAS

Anciennement appelés "bureaux d'aide sociale", les Centres communaux d'action sociale (CCAS) sont des établissements publics communaux administrés par un conseil d'administration présidé par le maire. Ils sont chargés de mettre en œuvre la politique sociale d'une commune. Lorsque des communes limitrophes se regroupent en intercommunalités, elles peuvent faire le choix de mettre en place un centre unique "Centre intercommunal d'action sociale" (CIAS).

Les CCAS et CIAS ont une fonction de prévention et de développement social dans les communes. Ils permettent :

- d'animer une action générale de prévention et de développement social sous forme de prestations (dons et prêts) ;
- d'instruire les demandes d'aide sociale ;
- de créer éventuellement et de gérer des équipements sociaux et médico-sociaux.

Ils peuvent également exercer, sur les territoires communaux et intercommunaux, certaines compétences par délégation du Conseil général.

Les questions de l'équité d'accès aux services et des moyens affectés par les collectivités locales à l'action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, de l'information des personnes âgées et de leur famille sont également essentielles.

Une enquête par voie de sondage auprès de 215 collectivités territoriales réalisée en 2005 pour le groupe de prospective logement du Commissariat général du Plan laisse apparaître une conception relativement limitée de l'action sociale en faveur des personnes âgées dans les missions assumées par les communes accueillant de 10.000 à 100.000 habitants¹¹. Il s'agit pourtant là d'un volet d'avenir de l'action sociale territoriale.

Le recours à ce type d'aides augmente en effet avec l'âge (12 % des 60-74 ans en bénéficiant, contre 43 % des personnes de plus de 75 ans) et avec le niveau de dépendance (85 % des personnes en GIR 1 à 4 y font appel, contre 18 % seulement des personnes classées en GIR 6). Les plus répandues sont les aides à la mobilité. La possession d'une téléalarme reste quant à elle minoritaire et s'observe essentiellement chez les plus de 80 ans.

Les CCAS sont beaucoup plus impliqués dans la gestion des équipements et services : sur les huit CCAS observés dans l'enquête citée, l'hébergement des personnes âgées est couvert mais pris sous l'angle lourd de la gestion en institution : résidence médicalisée pour personnes âgées, foyer-résidence, logement-foyer, EHPAD. D'où l'importance de diffuser les pratiques innovantes et la nécessité de communiquer sur la diversité des possibles.

Accueillant dans des régions cibles une population qui sera de plus en plus demandeuse de services, les communes de petite taille, qu'elles soient localisées en secteur péri-urbain ou rural, sont en moyenne moins dotées techniquement que les autres. Elles devraient ainsi faire l'objet d'une attention particulière en termes d'ingénierie fonctionnelle : repérage du bassin habitat-vieillesse, coordination intercommunale de la planification et gestion des services à domicile, de transport à la demande, information des familles, organisation du recours aux prestataires logement et coordination avec les CLIC pour le volet médico-social et l'organisation des soins de longue durée.

¹¹ Grilles synthétique des missions assumées par les communes de 10 000 à 50 000 habitants (65 communes observées), de 50 000 à 100 000 habitants (20 communes observées), de plus de 100 000 habitants (17 communes observées) – Source : Centre d'analyse stratégique : M. Unal, C. Michel : « Le droit & les faits : compétences & missions habitat exercées par les collectivités territoriales en France – Une approche « bottom-up » menée à partir de 216 observations » - Enquête 2005.

1.4.2 Les politiques d'aménagement locales

Les instruments et démarches de planification permettent d'aborder à l'échelle d'un territoire la place et la localisation du logement des personnes âgées. Ceci dit, la mise en œuvre des politiques relatives au logement se heurte, quel que soit le segment de marché ou le public dont il est question, au problème de la coordination et de l'emboîtement des documents de planification et d'urbanisme. L'article L121-1 du code de l'urbanisme érige en principe la nécessité, pour tous les documents de planification territoriale et de gestion du droit des sols, de satisfaire les besoins du présent et de répondre aux besoins du futur en s'appuyant pour ce faire sur l'élaboration participative d'un projet d'aménagement et de développement durable. Le logement des personnes âgées, pris au sens large, est nécessairement concerné par ces documents, aux processus d'élaboration participatifs et ambitieux.

L'ensemble des documents de planification territoriale et de programmation utiles pour évaluer à l'horizon de vingt ans les besoins en logements des personnes âgées, constituer les réserves foncières conséquentes et les inscrire dans un projet urbain sont a priori disponibles. Ces différents documents ont vocation à étudier les besoins et emplacements réservés correspondants pour chacun des territoires régis par une intercommunalité ou une commune dotée d'un Programme local de l'habitat (PLH) et d'un Schéma de cohérence territoriale (SCOT), tous deux précisés soit dans un Plan local d'urbanisme intercommunal, soit dans un Plan local d'urbanisme communal. L'élaboration de ces documents implique d'aborder « les besoins spécifiques » (PLH) d'une collectivité, et de débattre de l'« équilibre social » de l'habitat, pris au sens de « logement social », mais aussi, d'hébergement d'urgence, d'aide aux plus démunis.

La boîte à outils est donc très fournie. Il reste à l'exploiter. L'utilisation effective de ces dispositifs ne concerne pas seulement le logement des personnes âgées, mais l'ensemble de l'offre de logements. En l'absence d'une forte volonté politique d'intégration des démarches d'urbanisme, comme cela peut être le cas sur certaines agglomérations, toute collectivité qui ne parvient pas à maîtriser la chaîne des procédures en urbanisme et habitat court le risque d'un étranglement en termes de production urbaine. Pour nombre d'acteurs du logement, la solution à long terme pour une relative maîtrise des marchés, la régulation de l'offre en terrains constructibles comprenant une offre pour personnes âgées, passerait par la généralisation des pratiques de planification territoriale et l'intégration des compétences. Lorsqu'ils existent, lorsqu'ils ont été approuvés et sont devenus opposables, les documents de planification territoriale (SCOT) ou de programmation des actions à mener sur l'habitat local (PLH) dotent effectivement les élus locaux d'une capacité d'expertise et d'arbitrage importante.

La préparation de ces documents, prévoyant la communication par le Préfet du « porter à connaissance » devrait inclure les schémas gérontologiques (cf. chapitre 4), lorsque ceux-ci existent (!) et lorsqu'ils mentionnent des objectifs prévisionnels de réhabilitation ou de création de places pour les personnes âgées dépendantes. Figurant dans des documents d'urbanisme opposables, ils pourraient alors faire l'objet d'une programmation spatiale adaptée, ce qui est déterminant si l'on veut parvenir à la satisfaction des besoins. Réciproquement, l'intégration des possibilités d'accueil en milieu de vie ordinaire devrait être une préoccupation de schémas gérontologiques moins autocentrés sur l'offre médico-sociale.

Dans le but de bâtir localement des parcours résidentiels ouverts, les élus peuvent notamment travailler la question de la prévention de l'isolement en incitant à la transformation d'immeubles en logements accessibles et en prise directe avec la vie de la rue, négocier avec les futurs opérateurs le contenu de programmes diversifiés, tant dans la composition urbaine que dans la programmation et la conception architecturale, et envisager la conception d'un projet urbain multi-générationnel.

Cependant, pour concevoir cette gamme d'offre et proposer des alternatives moins radicales que le « tout domicile » ou le « tout institution », encore faut-il avoir conscience de la diversité des possibles. En repartant du domicile avec pour hypothèse que la personne vieillissante a choisi non d'y rester, mais de continuer à y vivre, nous avons tenté d'identifier (tableau n°2), sous bénéfice d'inventaire, les différentes composantes territoriales d'un parcours résidentiel diversifié, aménageable localement, susceptible de contribuer à la résolution des difficultés de logement liées à la perte d'autonomie.

**Tableau n°2 : De l'indépendance à la dépendance :
éléments d'un parcours résidentiel et offre territoriale**

Offre relative au domicile	Statut juridique
Domicile privé : logement banalisé ou habitat « universel », individuel, collectif	Logement locatif
Domicile privé adapté en collectif ou en individuel	Logement locatif
Domicile privé adapté sous statut « logement social »	Logement locatif
Résidence services ou village résidentiel de services	Logement locatif ou copropriété
Résidences sociales de type « béguinages »	Logement locatif
Villa Family (séjour permanent ou temporaire)	Accueil familial à titre onéreux (loi du 17 janvier 2002)
Sénioriale	Logement locatif
Logement-foyer	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Résidence ou foyer d'hébergement temporaire	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Centre d'accueil de jour	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Domicile protégé type "concept générations"	Logement locatif
Petite unité de vie (moins de 25 places) type "domicile collectif"	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Petite unité de vie (moins de 25 places) type "résidence intégrée"	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Petite unité de vie (moins de 25 places) type "MARPA"	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Petite unité de vie (moins de 25 places) pour Alzheimer type CANTOU	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Maison d'accueil pour personnes âgées (MAPA)	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) conventionnée ou non en EHPAD	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
MAPAD type résidence Edilys conventionnée ou non	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Maison de retraite médicalisée conventionnée ou non	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Service de soins infirmiers à domicile	Etablissement social et médico-social (loi 2002-02)
Hospitalisation à domicile	Etablissement de santé
Hôpital de jour	Etablissement de santé
Unité de court séjour gériatrique	Etablissement de santé
Unités de soins de suite et de réadaptation	Etablissement de santé
Unités de soins de longue durée	Etablissement de santé

Les conséquences du vieillissement sur le marché du logement méritent donc une attention soutenue des autorités et des bailleurs. Il s'agit tout à la fois de concilier les injonctions contradictoires de la pénurie de logement et du soutien à domicile, de développer les formules innovantes, notamment en matière de rapprochement intergénérationnel, et de considérer la priorité à donner à l'adaptation des logements en vue de préserver l'autonomie (quel que soit le statut d'occupation). Les outils d'aménagement local existent bien souvent. Ils doivent être plus largement employés au profit d'une politique territoriale adaptée au défi du soutien à domicile. Des assises, réunissant au niveau national et dans les régions, sous la houlette des ministres en charge du logement et des personnes âgées, les représentants des collectivités locales et des bailleurs, permettraient de marquer la nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs de la politique du logement et de mieux articuler les politiques d'aménagement local et la planification gérontologique.

2 Typologie des modes de prise en charge professionnelle des personnes âgées en perte d'autonomie

Pour la clarté de l'exposé, nous avons décrit dans ce qui suit l'ensemble des modes de prise en charge professionnelle, de façon relativement « plate », en faisant néanmoins ressortir en tant que de besoin les enjeux attachés à chaque élément de la gamme. Ceci dit, l'enjeu principal, celui de l'intégration et de la coordination, est développé en troisième partie.

Nous avons aussi considéré les différents éléments sans forcément hiérarchiser à ce stade les thématiques d'intérêt pour la planification. Il nous semblait en effet important de déployer toute la panoplie avant de nous attacher particulièrement, aux chapitres suivants, aux dispositifs retenant habituellement l'attention des tutelles et des financeurs.

2.1 L'aide à la vie quotidienne

L'aide à domicile soutient et accompagne socialement la personne âgée. Elle épaulé les aidants informels (lorsqu'ils existent) et assiste les personnes en leur apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs. Dans le cas des personnes âgées, l'aide à domicile est aujourd'hui, pour l'essentiel, solvabilisée à travers

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- l'action sociale des caisses de retraite (désormais recentrée sur les GIR 5 et 6) et celle des conseils généraux ;
- et/ou les dispositifs de réduction d'impôts liés à l'emploi de salariés à domicile.

Le dispositif APA en résumé¹²

L'APA est une prestation en nature destinée à l'achat de biens et de services pour pallier la perte d'autonomie de la personne âgée (entrée en vigueur le 1er janvier 2002, elle a remplacé la prestation spécifique dépendance). Elle repose sur l'élaboration d'un plan d'aides qui considère la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...).

Pour bénéficier de cette prestation, il faut avoir 60 ans ou plus, résider en France de manière stable et régulière et avoir besoin d'une assistance pour réaliser les actes de la vie quotidienne ou avoir besoin d'une surveillance régulière. La personne doit être classée en Groupe Iso Ressources (GIR) de 1 à 4.

Cette prestation peut être attribuée à domicile ou financer en partie les frais liés à la dépendance en établissement. Les modalités de calcul de l'APA sont alors différentes. Dans tous les cas, cette allocation n'est pas récupérable sur la succession de l'allocataire, ses légataires ou donataires. Elle n'est pas soumise à l'obligation alimentaire.

L'APA à domicile sert à financer les dépenses du plan d'aides (rémunération de services à domicile et aides techniques).

Un des enjeux des années à venir, est la convergence avec la prestation compensatrice du handicap, introduite par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2.1.1 La complémentarité aide professionnelle - aide informelle

Une enquête menée en 2003 auprès de 2.614 bénéficiaires de l'APA¹³ a permis d'appréhender dans quelle mesure la charge pesant sur les proches peut être soulagée grâce à l'attribution de l'APA.

¹² De plus amples développements sont consacrés à l'APA infra à travers l'analyse des plans d'aide (chapitre 1 - section 3) et dans les chapitres sur la prospective quantitative (chapitre 2) et sur le financement (chapitre 3).

¹³ Ségolène Petite, Amandine Weber, "Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées", Drees, Etudes et résultats, n° 459, janvier 2006.

Il apparaît que 68 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide mixte fournie par leur entourage et par des professionnels. L'étude révèle que l'aide apportée par l'entourage (conjoints et femmes de la famille essentiellement) est en volume deux fois supérieure à celle fournie par les professionnels.

Les activités d'aides de l'entourage et des professionnels sont complémentaires. Les proches se chargent de faire les courses, de gérer le budget/mener les démarches administratives, de surveiller et de faire le repas, suivant une spécialisation du travail en fonction du sexe. En effet, les femmes interviennent davantage dans les tâches domestiques, alors que les hommes s'investissent plus dans les tâches administratives et les activités nécessitant un effort physique ou d'extérieur. Les professionnels fournissent essentiellement des aides pour le ménage et la vaisselle, la toilette et l'habillement. On remarque que lorsque le degré de dépendance augmente, les tâches relevant du soin de la personne se substituent aux tâches domestiques. Les professionnels exercent plutôt une intervention concentrée sur certaines activités précises, alors que l'entourage apporte une aide plus variée pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne.

La mise en place de l'APA a induit une plus grande mixité de l'aide, mais elle n'est pas synonyme de retrait des aidants naturels. En effet, l'intervention commune des professionnels et des proches ne réduit que faiblement les interventions de chacun. Pour plus de huit bénéficiaires sur dix, la mise en place de l'APA n'a pas modifié les interventions des proches. Seuls 17% des bénéficiaires ont vu le contenu de l'aide fournie par leur entourage évoluer avec l'attribution de l'APA. Pour la moitié d'entre eux, l'aide de l'entourage s'est accrue, pour un quart elle s'est transformée, et pour le dernier quart elle s'est restreinte. L'étude révèle que dans ce dernier cas, la diminution du volume de l'aide concerne surtout les tâches ménagères.

2.1.2 Un enjeu d'organisation

Les services à domicile s'organisent selon trois statuts : prestataire, mandataire et de gré à gré. En mode prestataire, le service est mis en place par une structure d'aide à domicile qui intervient comme employeur direct. Les intervenants à domicile sont salariés et missionnés par le service, suite à l'évaluation individuelle des besoins. Sous statut mandataire, la structure d'aide à domicile sert d'intermédiaire entre les offres de prestations et les demandes émanant de particuliers. Dans ce cas, la personne aidée est l'employeur. En gré à gré, la personne qui bénéficie du service est l'employeur direct.

Tableau n°3 : Répartition des bénéficiaires de l'APA entre types de services d'aide à domicile

	Type de service d'aide à domicile utilisé en novembre 2002				
	Un service prestataire	Un service mandataire	Le gré à gré	Plusieurs services	Total en %
GIR 1	44	13	29	14	100
GIR 2	47	19	25	9	100
GIR 3	53	16	23	8	100
GIR 4	63	15	19	3	100
Ensemble	55	16	22	7	100

Source : enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA. Études et résultats n°293, février 2004 – Repris dans le rapport de la Cour des comptes

En 2004, une étude monographique a visé à caractériser le contenu et les modalités de la croissance de l'offre des services aux personnes âgées en s'appuyant sur des entretiens menés auprès de responsables de services à domicile dans quatre départements¹⁴. L'apparition de l'APA a sous-tendu un développement important des activités des opérateurs de services. Étant donné les difficultés de recrutement rencontrées, la croissance de leurs activités a été permise essentiellement au moyen de

¹⁴ Thierry Rivard, "Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'allocation personnalisée d'autonomie", Drees, Etudes et résultats, n°460, janvier 2006.

l'augmentation du temps de travail des employés. Une grande part des activités de services à domicile est assurée par les associations, de taille très variable.

Une typologie des évolutions de l'offre de services associatifs est proposée dans cette étude, qui repère :

- une dynamique d'autonomie (les associations revendiquant une autonomie de leur politique de développement) ;
- une dynamique de réseau avec un regroupement des structures dans un cadre fédératif ;
- une dynamique d'intégration (l'instance fédérale devenant le niveau de gestion, de décision et de discussion avec les collectivités et les financeurs).

L'étude montre que les phénomènes de concurrence entre les différents services d'aide à domicile concernent davantage les associations que les CCAS, qui limitent leurs interventions aux seuls résidents d'une commune, sans chercher un développement de leur champ d'action. En dehors de la logique de régulation par le marché (la libre concurrence entre prestataires est ouverte et peut s'afficher comme un principe de régulation), la concurrence est modulée par la sectorisation géographique des interventions ou la spécialisation des publics.

2.1.3 Un enjeu de professionnalisation et d'encadrement

Depuis la mise en application de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)¹⁵, l'intervenant à domicile est appelé auxiliaire de vie sociale lorsqu'il est diplômé. Il intervient sur l'environnement des personnes âgées afin de réaliser des tâches domestiques (entretien du logement et du linge, préparation des repas, courses...). Il peut également réaliser des actes simples d'hygiène corporelle (aide à la toilette). L'auxiliaire de vie sociale tient en outre un rôle d'alerte médicale. Il veille sur la santé de la personne âgée et doit être en mesure de repérer rapidement les problèmes qui relèvent d'une intervention médicale, classique ou en urgence.

*"Ce nouveau titre remplace celui d'aide à domicile, qui avait l'inconvénient de désigner à la fois un mode d'intervention et une catégorie professionnelle disposant d'une formation sanctionnée par un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD). [...] L'appellation d'aide ménagère tend à être moins utilisée, car la fonction de ces personnels s'est élargie au développement des relations avec le milieu extérieur."*¹⁶ Les auxiliaires de vie sociale relèvent de deux conventions collectives : celle de l'aide à domicile en milieu rural du 6 mai 1970 et celle des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Cette qualification n'est pas reconnue dans le statut de la fonction publique hospitalière. (cf. infra)

Cette revalorisation des fonctions d'aide à domicile n'a pas manqué de poser quelques problèmes. La classification des aides à domicile en trois niveaux comporte en effet le risque de morceler les tâches (en dirigeant les personnes ayant obtenu leur DEAVS vers les personnes les plus dépendantes). L'accord tendant à la revalorisation des salaires a en outre posé d'importantes difficultés à certains départements incapables d'augmenter l'enveloppe des plans d'aides à la mesure de la hausse des salaires, au risque d'une dégradation des conditions de travail, assurément contraire à l'effet recherché par la qualification.

¹⁵ Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est un diplôme de référence pour l'exercice du métier d'auxiliaire de vie. Cependant, d'autres diplômes sont également adaptés à cette fonction, notamment le titre professionnel d'assistant de vie ou la mention complémentaire d'aide à domicile.

¹⁶ Jaeger M., Guide du secteur social et médico-social, Dunod, 5^{ème} édition, Paris, 2004.

Tableau n°4 : Impact de l'accord salarial sur le coût de 40 heures d'aide selon le mode d'intervention (2003)

Mode	Coût de 40 heures d'aide à domicile (euros)		Heures d'aide à domicile comprises dans le plafond du GIR 4	
	Avant accord salarial	Après accord salarial	Avant accord salarial	Après accord salarial
Prestataire	541	675	35	29
Mandataire	390	390	48	50
Gré à gré	343	343	55	57

Source : DGAS - Repris dans le rapport de la Cour des comptes

Au-delà de ces aspects budgétaires, l'enjeu tient aussi à la capacité de reconnaître les caractéristiques particulières du travail à domicile. Deux traits principaux marquent en effet la relation de travail au domicile des personnes¹⁷ : l'isolement et le rapport dominant/dominé inhérent à la situation de travail. Le régime sous lequel se fait le travail a son importance mais la qualité de l'emploi et la qualité de la prestation dépendent surtout de la façon dont l'organisation va permettre de réguler dans la durée la relation entre deux entités.

Malgré le gros effort fait en matière de qualification des aides à domicile, le recrutement des professionnelles de l'aide à domicile reste un enjeu déterminant de la qualité de la prise en charge. Il doit s'effectuer en reconnaissant d'autres compétences que celles validées par un diplôme, ce qui suppose de dépasser les représentations sur les compétences innées et naturelles des femmes ; de repérer la capacité de la personne recrutée à discerner la différence entre des façons de faire chez soi et des pratiques professionnelles ; d'identifier les compétences génériques transférables dans des situations de travail très précises (par exemple : éprouver du plaisir à effectuer des tâches répétitives, savoir travailler sous pression), les compétences acquises par l'expérience, les compétences rares qui n'ont pas à voir avec le métier comme les compétences linguistiques ; d'identifier pour les personnes d'autres cultures leurs capacités à s'adapter aux habitudes des clients.

Ce bilan de compétences est déterminant pour les professionnelles (possibilité de positionner les personnes en fonction de ce bilan et de poser les jalons d'un parcours professionnel dans la filière) mais aussi pour les personnes aidées au moment d'intégrer les données factuelles les concernant (lieu d'habitation, mobilité, obligations personnelles par rapport aux horaires...), de rédiger une fiche de profil disponible pour tous les professionnels concernés et de construire la mission de travail.

2.2 Les soins à domicile

2.2.1 Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

Créés en mai 1981, "[les services de soins infirmiers à domicile] assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes [...] les soins infirmiers et d'hygiène générale, ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie."¹⁸

Les Ssiad ont pour objet de prévenir ou de différer l'entrée à l'hôpital ou en établissement d'hébergement et de raccourcir certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées. Les SSIAD proposent des services d'aide et d'accompagnement de la vie quotidienne et des services de soins à domicile.

¹⁷ Cette section reprend l'intervention en plénière de Brigitte Croff.

¹⁸ Comme le stipule l'article 3 du décret n°2004-613 du 25 juin 2004 (relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile).

Les interventions sont assurées par des professionnels de compétences sanitaires diverses comptant des infirmiers¹⁹ et, pour une grande part, des aides soignants, ainsi que des pédicures podologues, des ergothérapeutes et psychologues.

Le partage des tâches repose sur une gamme variée de soins : *“La nomenclature des soins infirmiers classe ces derniers en deux catégories : les actes médicaux infirmiers (AMI) sont des actes techniques, qui ne peuvent être effectués que par des infirmiers. Les actes infirmiers de soin (AIS) recouvrent les soins d’hygiène de base : ils peuvent aussi être effectués par les aides-soignants sous le contrôle d’un infirmier.”*²⁰

L’essentiel des actes menés auprès des bénéficiaires sont des soins de nursing assurés par des aides-soignantes. Les Ssiad sont donc sollicités pour des toilettes, shampoings et pédiluves qui comptent pour plus du tiers des soins dispensés. Cette forme d’aide, ainsi que les aides aux transferts, à l’alimentation, aux changes, la surveillance de l’hydratation et des fonctions d’élimination, les soins dermatologiques et la prévention des escarres recouvrent 85 % des interventions effectuées.

Une enquête menée par la Drees, avec le concours des DRASS, en 2002 a permis de déterminer le profil des personnes prises en charge par les Ssiad²¹. Il est apparu que près de sept usagers sur dix avaient au moins 80 ans, et un quart était âgé de 90 ans ou plus. *“Les deux tiers étaient des femmes. La plupart du temps, ces personnes étaient très lourdement dépendantes. Parmi elles, moins de 4 % étaient classées dans les groupes iso ressources (Cir) 5 et 6, c’est-à-dire peu ou non dépendantes, et ce quel que soit le groupe d’âge. En revanche, plus du quart d’entre elles était confiné au lit ou au fauteuil, et les deux tiers nécessitaient une aide pour la toilette et l’habillement.”* Par ailleurs, 45 % des patients étaient en état de dépendance psychique.

Deux tiers des Ssiad sont gérés par des organismes privés, le plus souvent des associations à but non lucratif.

Tableau n°5 : Répartition des SSIAD selon le statut de l'entité de rattachement

Statut juridique de l'entité de rattachement	Répartition des Ssiad (%)
Associations, fondations, congrégations	54
Etablissements d'hospitalisation publics et syndicats inter hospitaliers	13
Communes, CCAS, établissements publics locaux	10
Etablissements sociaux et médico-sociaux	9
Organismes de sécurité sociale, mutuelles, syndicats	5
Autres établissements privés	1
Non renseigné	8
Total	100

Source : Drees, *Etudes et Résultats* n°350, 2004

Le nombre de places de SSIAD financées était de 81.870 au 31 décembre 2004 (places autorisées à la même date : 84.751). Ces chiffres intègrent les premiers effets du Plan Vieillesse et Solidarités. Au total, entre 2004 et 2007, ce sont 17.000 places nouvelles qui auront été créées.

¹⁹ *“Est considérée comme exerçant la profession d’infirmière ou d’infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L’infirmière ou l’infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d’éducation de la santé et de formation ou d’encadrement.”* (Code de la Santé publique, article L4311-1)

²⁰ Bressé S., Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l’offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002, *DREES, Etudes et Résultats*, n°350, novembre 2004.

²¹ *Idem*

2.2.2 Les infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux exercent les mêmes actes que les infirmiers des Ssiad. Ils peuvent d'ailleurs être employés par ceux-ci. *“Des infirmiers libéraux, rémunérés à l’acte par les Ssiad, sont sollicités pour assurer 13 % des visites, le plus souvent pour effectuer des actes médicaux infirmiers que seuls des infirmiers sont habilités à réaliser.”*²²

D’après le répertoire Adeli²³, l’essentiel des infirmiers libéraux se répartit entre cabinets individuels (70 %) et cabinets de groupe (24,7 %).

Au 31 décembre 2002, on recensait 48 254 infirmiers libéraux en France, soit 5 pour 1.000 habitants de 65 ans et plus (source SNIR CNAMTS). En moyenne, la Drees dénombrait 2,7 infirmiers libéraux dont l’intervention est consacrée aux personnes âgées pour 1 000 personnes de 70 ans ou plus.

2.2.3 Les SPASAD²⁴

Cette catégorie d’aide et d’accompagnement à domicile, très récente, offre un service polyvalent d’aide et de soins à domicile (SPASAD) qui associe, au sein d’une même structure, à la fois offre de soins et aides à la personne.

*“[La] création d’un service polyvalent d’aide et de soins à domicile vise avant tout à favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et à mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d’aide, d’accompagnement et de soins permettant ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne.”*²⁵

2.2.4 L’hospitalisation à domicile (HAD)

Selon la circulaire du 4 février 2004²⁶, *“la prise en charge en HAD répond à la définition du code de la santé publique (art. R. 712-2-1) disposant que les structures d’HAD permettent d’assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l’évolution de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux continus et nécessairement coordonnés.”*

Cette circulaire complète celles des 30 mai²⁷ et 11 décembre 2000 en prolongeant l’action de l’hospitalisation à domicile au-delà du cadre des prises en charge des patients atteints de cancer ou de maladies neurologiques et de la prise en charge des soins palliatifs (cf. annexe 2). Des prolongements vers les soins de suite et la prise en charge des personnes âgées en HAD sont donc désormais encouragés. L’HAD en psychiatrie considère la population en général, mais la circulaire intègre la possibilité de devoir s’adapter aux cas gériatriques.

Ce service permet d’assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux (interventions d’infirmières, d’aides-soignantes, de kinésithérapeutes...) ponctuels, continus ou de réadaptation et ce de manière coordonnée. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par les Ssiad par la complexité et la fréquence des actes. La prise en charge est globale, tous les services nécessaires sont compris dans l’offre, y compris les médicaments, les pansements et le matériel. La coordination des soins et l’ajustement du traitement sont assurés par le médecin traitant habituel du patient. L’hospitalisation à domicile peut être prescrite par le médecin

²² Idem.

²³ Rapport sur l’état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, DHOS, mai 2004.

²⁴ Nous anticipons là sur la troisième partie : les SPASAD sont en effet destinés à faire le pont entre le soin et l’aide à domicile.

²⁵ Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d’autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

²⁶ Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l’hospitalisation à domicile.

²⁷ La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 spécifie que *“l’hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l’absence d’un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L’HAD a pour objectif d’éviter ou de raccourcir l’hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.”*

traitant ou un médecin hospitalier. Les structures d'HAD interviennent sur des zones géographiques définies et sont soumises à l'autorisation de l'ARH.

En juin 2004, on comptait 121 structures contre 68 en 1999 et 5.214 places autorisées contre 3.908 en 1999. "L'Ile-de-France compte, en juin 2004, 12 structures d'HAD hors psychiatrie et 2.337 places autorisées, soit environ 45 % des capacités métropolitaines pour 18,5 % de la population totale. Le taux d'équipement pour la région ressort à 21,3 places pour 100.000 habitants contre 8,9 en France métropolitaine."²⁸ Le développement de l'hospitalisation à domicile est aujourd'hui une priorité affichée par les pouvoirs publics. Les modalités de tarification prévues par le PLFSS 2006, dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, devraient concourir à rendre ces prestations attractives pour les établissements hospitaliers. Il convient néanmoins de prendre garde à la "chronicisation" de l'hospitalisation à domicile : si les prises en charge s'allongent, si les rotations diminuent, le risque est grand de ne pas disposer de places au moment opportun pour de nouveaux entrants.

En complément de l'hospitalisation à domicile, il faudrait aussi évoquer l'assistance médicale à domicile. Celle-ci regroupe l'ensemble des services qui permettent à certains patients de suivre leur traitement chez eux. Ainsi, le patient reste dans son environnement familial. Le prestataire de services ne dispense pas de soins médicaux proprement dits, il installe le matériel médical conformément à l'ordonnance établie par le médecin, assure sa maintenance et peut coordonner l'action des intervenants qui apportent des soins au patient.

Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences française, australienne, britannique et canadienne²⁹

L'étude d'expériences étrangères de soins hospitaliers à domicile (SHAD) permet de mettre en évidence les facteurs de réussite et de développement de ces services. Les SHAD prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offrent des soins techniques et complexes, sans lesquels la personne devrait être hospitalisée (substitut total ou partiel à l'hospitalisation). La nature des soins prodigués et le développement de tels services dépendent de la pression exercée sur l'offre hospitalière et de l'évolution démographique sur les différentes parties du territoire. L'insuffisance de l'offre hospitalière et la surcharge de certains services constituent les éléments moteurs des SHAD. Selon les pays, les SHAD offrent des alternatives différentes à l'hospitalisation. Les systèmes français et australien offrent des soins aigus à domicile, se substituant partiellement ou totalement à des hospitalisations en services de court séjour. Les systèmes canadien et britannique offrent des soins à domicile plus continus, assurant le maintien ou le retour à domicile des malades chroniques ou des personnes âgées.

Le développement des SHAD relève également d'une volonté politique. Elle est très marquée en Australie (expérimentations, recommandations, financement, levée des obstacles juridiques et techniques, etc.). Le développement des SHAD au Royaume-Uni devient aujourd'hui prioritaire (ressources supplémentaires). En France, certains freins aux HAD ont été levés (revalorisation par une nouvelle tarification, ressources supplémentaires, intégration dans les SROS 3, etc.).

Le bon fonctionnement des SHAD repose sur la coordination des interventions des secteurs hospitalier, ambulatoire, social et sur des logiques de financement appropriées. Il apparaît parfois que le coût marginal est moins élevé en hôpital qu'en SHAD. En outre, les SHAD transfèrent une partie des dépenses publiques de santé vers la sphère privée, le travail des aidants informels n'étant pas compris dans le coût des SHAD. Ces deux aspects ne jouent pas en faveur des SHAD.

Le développement des SHAD en France, répond à une demande de prise en charge de proximité et à la concentration croissante des plateaux techniques. Pour faciliter leur développement, il est possible d'instaurer, à l'instar des autres pays étrangers, un « guichet unique », dans lequel un seul intervenant évalue les besoins du patient, coordonne les intervenants et les financements pour une prise en charge globale des soins. De plus, il peut être intéressant, comme à l'étranger, de confier les SHAD aux organismes en charge des soins de long terme à domicile.

²⁸ Atlas de la santé en Ile-de-France 2005, IAURIF, ORSIF, DRASSIF, septembre 2005.

²⁹Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris, "Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences française, australienne, britannique et canadienne", IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°91, décembre 2004

2.3 Les établissements d'hébergement et de soins pour personnes âgées

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a représenté une étape essentielle de la réforme des institutions d'hébergement et de soins pour personnes âgées. Elle a, en particulier, mis en avant un type d'établissement privilégié, sinon unique : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).³⁰

A travers la réforme de la tarification, mise en œuvre par anticipation de la réforme d'ensemble portée par la loi 2002-2, a été instauré un financement tripartite des sections soin, dépendance et hébergement, assuré respectivement par l'assurance maladie, les départements (à travers l'APA) et les personnes âgées (ou l'aide sociale).

Ainsi, tout en gardant leur statut propre³¹, les différents types d'établissements conventionnés sont désormais qualifiés d'EHPAD, qu'ils soient des maisons de retraite, des logements-foyers ou des unités de soins de longue durée (établissements de santé), publics ou privés. Les autres établissements sont qualifiés d'établissements pour personnes âgées (EHPA).

Le conventionnement intéresse bien entendu au plus haut point les gestionnaires du fait des moyens mobilisés à ce titre (voir les chapitres suivants) mais, au-delà, la réforme a engagé les établissements dans une nouvelle approche de la qualité de la prise en charge. Les premières conventions quinquennales arrivent aujourd'hui à échéance, elles sont donc renouvelables. Les évaluations d'ensemble disponibles sont malheureusement rares. (voir en annexe 4 la synthèse d'une enquête conduite sous l'égide de la Direction générale de la santé et de la Fondation nationale de gérontologie).

2.3.1 Les établissements médico-sociaux

2.3.1.1 Maisons de retraite

Les maisons de retraite assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques. Ces établissements relèvent de plusieurs statuts :

- les établissements publics : autonomes ou rattachés à un établissement hospitalier ;
- les établissements privés à caractère commercial ;
- les établissements privés associatifs.

Les éléments quantitatifs sont développés aux chapitres suivants. On ne rappellera pas ici les analyses portées dans le premier rapport. Parmi les enjeux du moment, notons simplement, dès à présent, en dehors de l'achèvement du processus de conventionnement, de son renouvellement et des problèmes de restructuration du parc, les conséquences de l'ordonnance du 1er décembre 2005 en ce qui concerne l'évolution des procédures d'autorisation et de financement, d'une part, la fixation des tarifs d'autre part.³²

³⁰ Voir en annexe 3 les premiers éléments de synthèse de l'étude ethnologique en maisons de retraite, conduite dans le cadre d'une convention entre le Centre d'analyse stratégique et la Maison des sciences de l'Homme.

³¹ Le recensement des établissements continue de s'opérer suivant l'ancienne nomenclature.

³² L'article 5 de l'ordonnance vise à assouplir le lien entre autorisation et financement d'un établissement ou d'un service médico-social en permettant d'autoriser des projets de création de places et d'établissements dont l'ouverture n'interviendra qu'une ou deux années plus tard, au terme de leur construction. L'article 8 vise, quant à lui, à assouplir la tarification administrée des établissements accueillant un nombre minoritaire de bénéficiaires de l'aide sociale. (voir chapitre 3 pour de plus amples développements)

2.3.1.2 Logements-foyers

L'article 194 de la *Loi Solidarité et renouvellement urbain (SRU)* définit le logement-foyer comme "un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des espaces collectifs."

Les logements-foyers sont donc des groupes de logements autonomes (parfois des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs. Ils sont *a priori* destinés principalement à l'accueil des personnes âgées autonomes, plus de la moitié d'entre eux ayant prévu dans leur règlement de ne pas admettre de personnes dépendantes. Ces établissements, souvent gérés par un CCAS ou une association, ne sont généralement pas médicalisés, tant au niveau du personnel que des locaux.

Dans le premier rapport, nous évoquions l'avenir possible de ces structures à partir d'une typologie basique :

- certains établissements ont préservé leur vocation initiale (l'accueil de personnes âgées autonomes) et ne sont pas concernés par le conventionnement tripartite ; ils connaissent des taux d'occupation satisfaisants ;
- d'autres, à l'inverse, connaissent des problèmes d'occupation, tout en ayant perdu leur vocation initiale : pour ceux-là, il faut accepter l'idée qu'un bâtiment peut avoir plusieurs destinations dans sa vie et qu'on peut le reconverter ou le fermer ;
- la catégorie intermédiaire, celle des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, sur des territoires « demandeurs » est évidemment la plus concernée par la problématique du conventionnement. L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 leur offre désormais une possibilité de dérogation.

Au-delà des textes, les logements-foyers recouvrent aujourd'hui des réalités extrêmement diverses. Hors cette typologie un peu fruste, il y a autant d'enjeux et d'orientations possibles que de types de structure. De plus, les normes changent rapidement et viennent perturber l'équilibre existant.

Du fait de cette dispersion et faute de maîtriser l'évolution des normes, ces équipements, plus que tout autre élément de la gamme, justifient une gestion de proximité, flexible, soucieuse des effets d'irréversibilité (et donc des gaspillages potentiels), ouverte à l'ensemble des solutions possibles, y compris hors du champ médico-social.

Ces établissements sont éligibles au programme d'investissements en vue de la restructuration du parc porté par la CNSA. Ceci est bien évidemment légitime mais justifie une attention particulière, en termes d'opportunité et donc de sélection, compte tenu des éléments mentionnés ci-dessus.

2.3.1.3 Domiciles collectifs de type communautaire

- **Les MAPAD**

La maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), développée à la fin des années 1980, peut être une maison de retraite ou un logement-foyer. Cette structure accueille des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant l'assistance continue d'une aide paramédicale.

Ces établissements sont partagés en unités de vie de 12 à 20 logements. Les salles communes permettent un mode de fonctionnement collectif (repas pris en commun par exemple).

- **Les MARPA**

La maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA), assimilée à un logement-foyer, est une petite unité de vie développée par la Mutualité sociale agricole. Elle répond à la demande d'établissements préservant le mode de vie rural. Cette structure accueille les personnes âgées ayant

besoin d'aide pour l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne. Elle accueille également les personnes encore autonomes isolées.

L'architecture des différentes MARPA est identique. Elles sont toutes composées d'une vingtaine de logements de plain-pied ouverts sur l'extérieur. Chaque personne âgée dispose d'un jardin et peut amener ses meubles et ses animaux domestiques. Des espaces communs sont prévus pour permettre une vie collective et des animations. Ces structures favorisent l'autonomie, faisant de la personne un locataire de son appartement et l'intégrant à la réalisation des tâches de la vie quotidienne.

Fonctionnant avec peu de personnel interne, ces établissements travaillent en coordination avec les SSIAD.

Le concept MARPA (source CCMSA)

Le concept MARPA est une initiative sociale. Son principal objectif est de fournir aux personnes âgées un lieu et une qualité de vie qui préservent leurs relations sociales et leurs habitudes antérieures.

Les MARPA accueillent entre 20 et 24 résidents et bénéficient du statut particulier de « petites unités de vie » : APA servie comme à domicile, soins organisés avec les médecins traitants et les SSIAD. Leur Gir moyen pondéré (GMP) est compris entre 280 et 550. Elles accueillent plutôt des personnes quasi autonomes, mais s'attachent à les accompagner jusqu'au bout, ce qui est le cas le plus souvent. Elles disposent d'une équipe permanente d'au moins 4,5 ETP (+ garde de nuit), auxquels il convient d'ajouter les aides à domicile extérieures, en fonction des besoins de chacun des résidents.

Les projets de MARPA sont portés par des élus locaux qui mobilisent l'environnement médico-social, les financeurs potentiels, selon les cas des bailleurs sociaux, pour mener à bien ces projets. La MSA, à l'origine du concept MARPA et détentrice du label, accompagne les projets dans une dynamique de développement social local.

- **Les unités spécialisées Alzheimer**

Certaines unités d'établissements pour personnes âgées se spécialisent dans l'accueil des personnes âgées désorientées (essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Les centres d'activités naturelles tirées d'occupation utile (cantou) ou les unités spécialisées Alzheimer (USA) constituées de 12 à 15 chambres individuelles visent à permettre une vie sociale. L'objectif est de recréer une convivialité familiale autour d'activités de la vie quotidienne menées en communauté.

Les unités spécialisées peuvent être intégrées à un établissement d'accueil de type maison de retraite ou fonctionner de manière autonome.

Les Petites Unités de Vie (EHPA de moins de 25 places) - Point de vue de l'UNIOPSS

Les premières Petites Unités de Vie se sont ouvertes dans les années 1980 à l'initiative d'associations, de collectivités locales soucieuses d'offrir aux personnes âgées une alternative à l'offre de service des établissements d'hébergement jugée trop normalisée et médicalisée. Ces initiatives ont bénéficié d'un très large soutien de la Fondation de France.

Ce concept est fondé avant tout sur la prise en considération des aspirations des personnes âgées. Les projets qui ont émergé se sont attachés à lutter contre l'isolement, la perte d'identité et le déracinement tout en apportant la sécurité et le réconfort d'une présence constante.

Depuis l'émergence des premières réalisations, les petites unités de vie soucieuses de mieux répondre aux besoins de personnes plus âgées et handicapées et de mieux s'intégrer dans leur environnement, ont été conduites à diversifier et adapter leur structure : des appartements d'accueil aux domiciles collectifs en passant par les Marpa ou les résidences intégrées, tous les projets partagent la même ambition d'adapter l'architecture et la vie sociale et d'appuyer l'offre de services sur la coordination des prestataires d'aide et de soins implantés sur leur territoire.

Depuis leur origine, les Petites Unités de Vie ont eu à se battre pour assurer la démonstration de leur viabilité économique. L'Uniopss et la Fondation de France ont réalisé une étude établissant que les PUV (à niveau de perte d'autonomie comparable de leurs résidents) n'étaient pas nécessairement plus onéreuses pour la collectivité que les autres établissements même en intégrant les coûts externes des services d'aide et de soins à domicile.

2.3.1.4 L'offre intermédiaire

Entre le domicile et l'hébergement collectif, les structures d'accueil temporaire permettent l'aide au maintien à domicile ainsi que l'aide aux aidants. Elles offrent également aux personnes âgées la possibilité de s'intégrer de manière moins brutale à une structure collective locale.

L'accueil temporaire vise au maintien de l'autonomie de la personne accueillie. Il est organisé pour une durée limitée, avec ou sans hébergement, à temps complet ou partiel. Cette offre contribue au répit des aidants familiaux impliqués dans le soutien à domicile d'un parent âgé en perte d'autonomie.

"L'accueil temporaire vise, selon les cas :

- *à organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;*
- *à organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge."*³³

Les structures d'accueil temporaire peuvent s'appuyer sur un établissement d'hébergement, sur un service de soins infirmiers à domicile ou être complètement autonomes.

Cette forme de prise en charge peut être demandée à l'équipe médico-sociale au moment de l'évaluation du degré de dépendance de la personne âgée et de l'établissement du plan d'aides APA.

Certaines structures sont consacrées, plus particulièrement, à l'accueil ou à l'hébergement temporaires de personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

L'offre intermédiaire bénéficie aujourd'hui d'une attention soutenue de la part des pouvoirs publics..

- **Accueil de jour**

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une demie journée, une journée, une ou plusieurs fois par semaine, des personnes âgées vivant à leur domicile. Les accueils de jour peuvent être autonomes ou rattachés à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux dédiés à cet accueil.

De nombreuses structures proposent de l'accueil de jour dont le prix de journée est à la charge des personnes âgées, lesquelles peuvent bénéficier en l'occurrence de l'aide sociale ou de l'allocation personnalisée d'autonomie.

La prise en charge des transports apparaît concrètement comme un élément déterminant du développement de l'accueil de jour : là où les établissements ou les collectivités locales assurent la prestation de transport, le recours se développe et les structures s'avèrent viables économiquement.

- **Accueil de nuit**

L'hébergement pour une ou plusieurs nuits est proposé à partir d'un établissement d'hébergement existant. L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner.

³³ Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées.

- **Hébergement temporaire**

Les structures d'hébergement temporaire permettent à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence ou encore l'inadaptation du logement en hiver. Cet hébergement peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation. Il peut enfin être utilisé comme premier essai de vie en collectivité avant une entrée durable en établissement.

2.3.1.5 L'accueil familial³⁴

L'accueil de personnes âgées, par des particuliers et à titre onéreux, permet, par la proximité géographique du lieu de l'accueil, de maintenir des liens tissés avec l'environnement antérieur tout en offrant un cadre familial. Les lieux d'accueil à domicile doivent être agréés par le président du conseil général et faire l'objet d'une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale. *“La personne qui accueille habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus est agréée à cet effet par le président du conseil général”,* lequel délivre un agrément pour l'accueil de une à trois personnes au maximum.

L'accueilli et l'accueillant doivent contractualiser leur relation. De plus, les personnes agréées doivent bénéficier d'une formation organisée par le conseil général. L'article R831-13-1 du code de la sécurité sociale définit en outre que, pour une personne seule, le logement doit être d'une superficie habitable d'au moins 9 m² et, pour deux personnes, d'au moins 16 m², augmentée de 9 m² par personne en plus. L'accueil familial doit remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par un décret du 30 janvier 2002³⁵. Le respect de ces conditions ouvre en effet droit au bénéfice de l'allocation logement.

En 2004³⁶, 1.100 personnes âgées étaient hébergées par un particulier ou une famille d'accueil et bénéficiaient à ce titre de l'aide sociale.

2.3.2 Les établissements hors loi 2002-2

- **Les résidences services**

Ce concept immobilier se présente comme une résidence en co-propriété dédiée à l'accueil de « seniors ». Les services proposés concernent essentiellement la restauration et la sécurisation par un personnel assurant un accueil et une veille permanente. Par construction, ces résidences n'offrent pas de possibilité effective de prise en charge de personnes en perte d'autonomie au-delà de ce qu'il est possible d'assurer dans un domicile privé.

- **Les Béguinages**

Il s'agit d'un ensemble de logements individuels de type pavillonnaire dédiés aux personnes âgées seules ou en couple, organisés au sein d'un espace sécurisé en centre ville ou centre bourg. Ce concept repris par les sociétés et offices d'HLM s'inspire des béguinages historiques développés dans les Flandres au 13^{ème} siècle à partir des communautés de Béguines.

2.3.3 Les établissements sanitaires et la prise en charge des personnes âgées³⁷

La prise en charge sanitaire des personnes âgées intègre :

³⁴ Articles L441-1 et 2 du CASF

³⁵ Décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent.

³⁶ Drees, Etudes et résultats, n°453, décembre 2005.

³⁷ Voir circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

- la prise en charge par les établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, établissements de santé mentale, hôpitaux locaux, établissements de soins de suite et de réadaptation) ;
- l'articulation de la prise en charge hospitalière avec les structures médico-sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et services de soins infirmiers à domicile) ;
- l'organisation du lien ville-hôpital (relation avec le secteur ambulatoire, médecine de ville et paramédicaux).

Parmi les étapes du parcours du patient, la prise en charge sanitaire comprend l'évaluation précoce et l'orientation, la prise en charge de l'urgence et la gériatrie de liaison, la médecine gériatrique en court séjour, les soins de suite et de réadaptation, la géronto-psychiatrie, ainsi qu'une partie des soins de longue durée.

Les personnes âgées hospitalisées ne relèvent pas toutes, loin s'en faut, d'une prise en charge spécifique, laquelle s'attache aux patients "gériatriques", c'est-à-dire "âgés, *polypathologiques ou très âgés, présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas d'un service de spécialités d'organes*"³⁸.

Les soins destinés à cette population fragile requièrent une approche pluridisciplinaire et transversale, mais se heurtent souvent à une organisation sectorielle.

Les hôpitaux locaux, du moins ceux qui ne se limitent pas à de l'hébergement de longue durée, sont représentatifs de l'étendue des activités de prise en charge gériatrique.

2.3.3.1 *Le court séjour gériatrique*

Le service de médecine gériatrique admet des patients âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Il dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire et formée à la gérontologie (gériatre, neurologue, psychiatre, infirmière, aide soignant, kinésithérapeute, travailleur social, psychologue...). Ce service procède à une évaluation médicale, psychologique et sociale du patient âgé. Il établit un diagnostic et propose des traitements adaptés. Il permet d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et de contribuer à leur organisation.

Au 31 décembre 2004, on recensait 204 services de court séjour gériatrique (SCSG). 53 % des établissements qui déclarent un SCSG comptent également un service d'accueil des urgences (SAU). En France métropolitaine, le ratio de lits de courts séjours gériatriques pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus est de 1,12 ‰. Ces services emploient 252,29 ETP médicaux et 1 962,26 ETP non médicaux.³⁹

2.3.3.2 *Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques*

Comme l'ensemble des services de soins de suite et de réadaptation, les SSR gériatriques doivent mettre en œuvre les cinq fonctions suivantes, conformément à la circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation :

- la limitation des handicaps physiques ;
- la restauration somatique et psychologique ;

³⁸ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

³⁹ Bilan de la mise en œuvre des services de courts séjours gériatriques et des équipes médicales de gériatrie au 31 décembre 2004, DHOS, 2005.

- Chapitre 1 -

- l'éducation du patient et éventuellement de son entourage ;
- la poursuite et le suivi des soins et du traitement ;
- la préparation de la sortie et la réinsertion.

Ce service - ou cette unité - dispense des soins techniques et vise à prévenir des ré-hospitalisations prématurées. L'admission peut être directe, sans passage systématique par un service de court séjour, si une évaluation complète a été préalablement réalisée.

L'équipe du service de soins de suite et de réadaptation gériatrique comprend du personnel médical, paramédical (aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux...) et d'autres catégories professionnelles dont la participation est nécessaire (diététicien, orthophoniste, etc.).

Les hôpitaux locaux

Selon l'article R.711-6-4 sur le fonctionnement médical des hôpitaux locaux⁴⁰, ceux-ci ont pour objet de dispenser des soins de courte durée en médecine et des soins de suite et de réadaptation, avec ou sans hébergement, ainsi que des soins de longue durée (avec hébergement).

La circulaire DHOS de 2003 relative aux missions de l'hôpital local⁴¹ fixe les orientations concernant la place de celui-ci au premier niveau de la prise en charge sanitaire d'une zone géographique de proximité.

En plus de la prise en charge des personnes âgées, l'hôpital local doit :

- développer des alternatives à l'hospitalisation complète ;
- développer les consultations avancées de spécialistes ;
- travailler dans le cadre de réseaux ;
- permettre un accueil inopiné dans l'attente d'une intervention du SMUR ;
- assurer la permanence des soins, ce qui est important en milieu rural puisqu'il peut s'agir d'un point d'accroche pour les maisons de garde médicale ;
- mener des actions d'éducation par la santé.

Les hôpitaux locaux accueillent majoritairement des personnes âgées dans des services de court séjour de médecine et des services de soins de suite et de soins de longue durée. Ils peuvent gérer des unités médico-sociales pour l'accueil des personnes âgées.

De nombreux hôpitaux de proximité risquent aujourd'hui de perdre leur vocation MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Il ne serait pas forcément irrationnel que leur reconversion permette de diffuser sur le territoire les logiques de prise en charge développées par les hôpitaux locaux les plus emblématiques, dont celui de Houdan (Yvelines), visité par la mission.

2.3.3.3 Les unités de soins longue durée (USLD)

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures médicales destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Elles ont pour mission l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état sanitaire requiert des soins médicaux constants. Elles peuvent faire partie d'un hôpital de court séjour, d'un centre de moyen et long séjour ou, plus rarement, être autonomes.

Elles constituent la troisième composante majeure de l'offre actuelle d'hébergement en institution.

Les USLD sont elles aussi visées par les dispositions de la récente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS pour 2006), qui en son article 46 prévoit que :

⁴⁰ Article R.711-6-4 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux, décret n°92-1210 du 13/11/1992.

⁴¹ Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

« Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent conjointement au 1er janvier 2007, par établissement et après avis de son organe délibérant s'il est transmis avant le 15 septembre 2006, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Le travail relatif à la détermination des populations requérant des soins de longue durée est en cours dans le cadre d'une mission conduite par Michel Thierry (Inspecteur général des affaires sociales). L'objectif, au-delà de l'intérêt qu'il peut y avoir à mieux connaître les personnes accueillies dans ces institutions et les besoins afférents, est de distinguer au sein du parc les établissements ou unités qui conserveront leur vocation, ceux qui basculeront dans le champ médico-social et ceux dont l'activité sera scindée. Hors le statut, la principale incidence pour les unités en question tiendra à l'allocation des ressources (sur l'enveloppe hospitalière ou sur l'enveloppe médico-sociale). La note de synthèse du groupe technique sur le choix du référentiel à utiliser pour la requalification des USLD et un schéma des questions à débattre au sein du groupe institutionnel figurent en annexe 6.

Au-delà des unités concernées, c'est la vocation même des établissements hébergeant ces unités qui pourra être affectée : cas typique des hôpitaux locaux dont l'essentiel de l'activité tient à l'hébergement de longue durée, qui basculeraient ainsi dans le champ médico-social.

3 Innovations et coordination

Même si nous avons fait ressortir, chemin faisant, quelques enjeux relatifs aux différents éléments de la gamme de prise en charge, l'inventaire qui précède s'est voulu relativement « plat », façon de révéler l'amplitude des solutions disponibles, l'importance de cette diversité et la richesse des initiatives françaises en la matière. L'enjeu principal n'est en effet pas tant d'en rajouter en termes d'innovations ponctuelles que de permettre à la fois le maintien de cette diversité et le renforcement des processus d'intégration.

Face à la pauvreté des réponses binaires (« tout domicile », "tout établissement"), face aux dangers du cloisonnement, qui reporte la charge de la coordination sur les usagers, face aux risques d'instrumentation du domicile, nous avons placé ce chapitre sous l'emblème double de la diversité et de l'intégration, dans le cadre d'une réponse territorialisée. Les possibilités d'intégration sont à vrai dire multiples :

- développement d'une offre de services diversifiée à l'initiative d'opérateurs initialement dédiés à la prise en charge à domicile stricto sensu des personnes fragiles;
- développement d'une offre de services à domicile (aide et soins) et de services intermédiaires par les acteurs traditionnels (publics ou privés) de la prise en charge en établissement ;
- extension du domaine d'intervention des acteurs hospitaliers ;
- développement d'une palette de services auprès des publics fragiles par les acteurs intervenant à domicile sur un public plus large.

La responsabilité de l'intégration et de la coordination des services appartient à la fois aux autorités de régulation et aux opérateurs. Les premières ont pour tâche de mettre en œuvre ou de susciter la diffusion de dispositifs de coordination (CLIC, réseaux...) et de fabriquer les passerelles entre le sanitaire et le médico-social. Mais la division du travail de coordination est essentielle : favoriser la polyvalence est en effet une façon de réduire les « coûts de transaction » entre les acteurs. En toute hypothèse, il importe de ne pas faire supporter ces coûts par les personnes âgées et leurs familles, souvent désappointées face à des acteurs atomisés.

L'innovation ne se décrète pas. Il y a même quelque doute quant à la capacité des régulateurs à sélectionner, porter, évaluer et diffuser les innovations. Le rôle de ceux-ci est bien davantage de soutenir le travail de veille et de favoriser l'éclosion des milieux innovateurs. Au-delà des solutions clés en main, des tentations de la normalisation, des contraintes imposées par une réglementation toujours plus dense, la construction de véritables projets se conçoit au niveau des établissements et sur le territoire.

Les opérateurs et les outils existent le plus souvent déjà, on l'a dit : projet d'établissement, projet à la base de la constitution d'un réseau, projet de territoire au niveau des pays, programme local de l'habitat au niveau des communes, schéma gérontologique au niveau départemental, schéma d'organisation sanitaire au niveau régional, PRIAC désormais, la liste est longue de ces occasions de construire la territorialité des politiques en direction des personnes âgées. Trop longue peut être. Quoi qu'il en soit, ces objets ne paraissent pas encore pleinement investis.

3.1 Soutien à domicile et soutien aux aidants : référents étrangers

A l'instar de ce qui se fait au Danemark, la politique d'aide aux personnes âgées peut se concevoir comme le traitement successif de deux étapes : optimiser le soutien à domicile, puis adapter les formes d'établissements aux lacunes du maintien à domicile. Cette démarche aboutit souvent à une prise en charge en établissement des personnes aux degrés de dépendance les plus forts, notamment celles atteintes de détériorations intellectuelles. Dans ce contexte, les constructions d'équipements

nécessitent un cahier des charges considérant de manière rigoureuse l'adéquation de la structure aux besoins spécifiques de la dépendance lourde.

A l'étranger comme en France, on compte nombre d'expériences innovantes quant à la gamme de prise en charge⁴². La prise en considération de la charge ressentie par les aidants est le point commun à beaucoup de ces initiatives. Aujourd'hui, la prise en charge est en effet de plus en plus conçue comme devant inclure le malade et ses aidants informels. Les aides aux aidants sont elles-mêmes diversifiées : elles recouvrent des prestations, des services ou un soutien d'ordre matériel et psychologique destinés à soulager les personnes intervenant dans le processus de maintien à domicile. Quelle qu'en soit la forme, elles visent à garantir le maintien à domicile des personnes âgées en ménageant leur soutien humain.

L'étude présentée en séance plénière par Alain Colvez et Agnès Gramain⁴³ distingue trois principaux programmes innovants dans l'Union européenne :

- les « Centres Experts » dans lesquels des référents extérieurs non familiaux suivent les personnes. Ils sont issus des services médicaux, qui, en plus du diagnostic, assurent en consultation externe un suivi de la prise en charge sur les plans médical et social, que la personne reste à domicile ou soit admise dans une institution. Les « Centres Experts » offrent la possibilité d'accompagner de manière souple et volontaire des personnes qui sont déjà prises en charge en établissement. La Belgique et l'Espagne présentent cette option ;
- les « Centres de jour » assurent aux personnes qui ont souhaité garder la personne malade à domicile un soulagement, un temps de répit. Quel que soit le nom pris par ces structures, ce besoin est désormais reconnu dans la plupart des pays de l'Union européenne ;
- les *Group living* / Cantou sont particulièrement développés en Europe du Nord. La prise en charge est fondée sur un hébergement dans des habitats particuliers regroupant autour d'un espace à vivre commun sept (*Group-living*) à douze (Cantou) chambres personnelles. La vie est organisée autour des activités domestiques par une maîtresse de maison. La structure n'est pas « techniquement » médicalisée. La solution *Group living* / Cantou, parfois décrite pour sa non-médicalisation, apparaît cependant comme la structure qui soulage le plus la charge des aidants, sans augmenter les sentiments de dépression et d'isolement social des personnes âgées dépendantes. En effet, le *Group living* / Cantou est une forme de prise en charge continue et permanente par rapport à des prises en charge beaucoup plus séquentielles, ponctuelles. Elle offre une solution globale pour la journée et la nuit.

Les auteurs insistent cependant sur le fait qu'il n'est pas de solution de prise en charge transposable *a priori*. Les besoins et les attentes ne sont pas en effet homogènes, même au sein d'un même pays. Il n'y a pas un modèle universel d'entourage ou de soin. Pour la planification comme pour le bien-être, l'interrogation ne devrait plus porter sur les réponses à donner quantitativement mais sur la notion de « clientèle cible ». La nécessité d'une diversité raisonnée de la gamme proposée demeure donc. Il n'existe pas d'option qui puisse absolument être mise en avant par rapport à une autre⁴⁴.

Si au Danemark et au Royaume-Uni, la tendance est à la réduction des places en établissement, on observe parallèlement une nette tendance à la spécialisation de leurs institutions d'hébergement : la création de petites unités de soins et d'encadrement spécialisés, destinées principalement aux personnes atteintes de troubles cognitifs, en est la marque.

⁴² Pour une présentation plus complète des innovations en matière de prise en charge, voir le rapport de l'OCDE, "Les soins de longue durée aux personnes âgées", Editions OCDE, juillet 2005.

⁴³ Enquête conduite en 2000 sur la prise en charge de malades d'Alzheimer et de malades apparentés dans huit pays de l'Union européenne, en coopération entre l'INSERM et l'Université de Paris-Dauphine, présentée dans l'article d'Alain COLVEZ, d'Agnès GRAMAIN et de Marie-Eve JOËL, "Situation économique et qualité de vie des aidants aux malades atteints de démence sénile de type Alzheimer", Revue Economique, n°51, 2000. Pour une présentation plus complète, voir A. Colvez, M-E Joël et D. Mischlich, La maladie d'Alzheimer - Quelle place pour les aidants ?, Paris, Masson, 2002.

⁴⁴ En termes de protocole et de reconnaissance des attentes diverses, il est nécessaire de garder une gamme de solutions adéquates et d'y adjoindre une capacité en conseil à l'orientation vers telle ou telle option, comme les CLIC en France ou les unités d'évaluation et d'orientation italiennes et britanniques.

En Australie, les services d'hébergement sont limités à deux grandes catégories : les maisons de retraite pour personnes autonomes et en légère perte d'autonomie - en réduction depuis 1997 - et les maisons de soins infirmiers pour personnes non autonomes dont les programmes sont constants. L'Australie a en outre conçu un plan d'action national (*National Care Action Plan, 1996-97*) comprenant une série de mesures qui, outre les services de répit traditionnels, l'allocation financière pour les aidants, l'hébergement temporaire en cas de crise et les centres et hôpitaux de jour, incluent des congés de répit planifiés et la création de soixante-treize centres d'information et d'orientation sur les services offerts au niveau local.

Plusieurs pays ont introduit des systèmes d'allocations aux aidants leur permettant de compenser en partie la perte de revenu résultant d'un arrêt ou d'une réduction de leur activité professionnelle, notamment en Australie, en Irlande, au Royaume-Uni, en Suède et au Canada. En Espagne, dans la Communauté Autonome de Madrid, les aidants qui hébergent une personne âgée dépendante et n'ont pas recours à un centre de jour peuvent prétendre à une prestation en espèces. Le Royaume-Uni et l'Allemagne (voir annexe 7) ouvrent des droits supplémentaires à la retraite aux aidants qui réduisent ou arrêtent temporairement leur activité professionnelle pour s'occuper de personnes âgées dépendantes, à la suite de l'expérience finlandaise qui a fait ses preuves depuis 1993.

Nombreux sont les pays ayant mis en place des dispositifs de « répit » pour les aidants membres de la famille de la personne âgée dépendante, en particulier lorsqu'elle est affectée par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée. Le Danemark propose, par exemple, une « relâche » avec un aidant supplémentaire à domicile ou un « répit » avec un placement temporaire de la personne âgée dépendante, à l'extérieur.

Les aidants peuvent bénéficier d'un soutien « psychologique » par le biais de groupes de parole auprès ou au sein d'institutions, voire d'un soutien méthodologique assuré par des associations de familles, des associations d'aidants etc.

Le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie possèdent actuellement des systèmes de détermination des besoins des aidants familiaux et de la nature des services à leur apporter, en sus des soins et services à apporter aux personnes âgées dépendantes elles-mêmes. En Allemagne, des cours gratuits de formation aux soins sont organisés à l'intention des proches et des tierces personnes bénévoles. La formation des aidants est envisagée par certaines Communautés Autonomes espagnoles les plus innovantes en matière d'assistance aux personnes âgées dépendantes (la Catalogne, en particulier).

Initiatives de soutien aux aidants recensées en France par la Fondation Médéric Alzheimer

L'aide aux aidants concerne notamment les familles de malades d'Alzheimer. La Fondation Médéric Alzheimer recense 632 initiatives d'aide qui se répartissent en :

- groupes de parole (110),
- services d'écoute téléphonique (85),
- services proposant des réunions d'information (80),
- points d'accueil (83),
- possibilités de formations destinées aux professionnels et aux bénévoles (64),
- services de soutien psychologique (65),
- services de documentation,
- une centaine d'initiatives locales de natures variées (ateliers mémoires, soutien matériel, conseils juridiques...)

3.2 Les outils de coordination explicites en France : prévention et orientation

La circulaire DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination gérontologique et aux réseaux de santé gérontologiques spécifie que *“les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma*

gérontologique). Les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS)". Ils doivent fonctionner de manière complémentaire sur un territoire donné.

3.2.1 Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont été mis en place en 2000 à titre expérimental avant d'entrer en phase opérationnelle en 2001. Ils sont chargés de *"promouvoir et d'organiser de façon cohérente les accompagnements des personnes âgées, principalement à domicile. Ils doivent assurer, sur des territoires limités, la coordination de la politique de la vieillesse au sens large du terme. Ils font le lien entre les services de l'État, les collectivités territoriales et les professionnels de santé et d'aide à domicile."*⁴⁵

Ils rassemblent en un lieu unique toutes les informations relatives à l'aide que l'on peut apporter aux personnes âgées. Ils les informent de l'ensemble des dispositifs susceptibles de répondre à leurs besoins. Selon leur niveau de labellisation, ils peuvent orienter les demandeurs auprès des structures, évaluer les besoins des personnes et assurer un suivi de la situation et de son évolution. Ils peuvent proposer une formation à l'ensemble des acteurs incluant également l'aide aux aidants.

Trois niveaux de label de CLIC existent en effet :

- le niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information. Il propose une information sur les aides et prestations disponibles, ainsi que les dossiers de demande nécessaires à leur obtention ;
- le niveau 2 prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette partielle de services, comme des groupes de parole. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique ;
- le niveau 3 prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

En 2004, on recensait 513 CLIC (30 % de niveau 1, 19 % de niveau 2 et 51 % de niveau 3. Les principaux financements de ces structures se répartissent entre l'État, les conseils généraux, les communes, les caisses de retraite et les organismes sociaux.

Les départements ont désormais la responsabilité des CLIC.⁴⁶ Pour eux, ces structures (autorisées au titre de l'article L. 313-3 du CASF) peuvent constituer un outil d'application des actions sociales en faveur des personnes âgées et de coordination des actions menées par les différents intervenants. Les départements ont cependant été des promoteurs prudents des CLIC jusqu'à présent (comme en témoigne le tableau n°7). Ces structures doivent en effet trouver leur articulation avec d'autres outils et en particulier les territoires de gestion de la politique départementale.

Lorsque la PSD a été mise en place, les équipes médico-sociales (EMS) ont été comprises comme des équipes de régulation en amont de la prestation. Par conséquent, quand l'APA a été créée, les EMS ont conservé leur rôle de contrôle et les CLIC ont alors vu le jour. Ceux-ci n'avaient pas pour unique vocation de distribuer de l'information. La hiérarchie des labels CLIC était faite pour reconnaître la vocation des structures de niveau 3 à recevoir des personnes, à réaliser des évaluations multidimensionnelles, des plans d'aides, à suivre les cas...

⁴⁵ Jaeger M., *op. cit.*

⁴⁶ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 art. 56, entrée en vigueur, en l'espèce, le 1^{er} janvier 2005. Article L 113-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour autant, il ne semble toujours pas aujourd'hui que la double fonction de régulation et de gestion des cas individuels soit exercée dans le cadre d'une division du travail claire.

Tableau n°6 : Répartition des financements des CLIC en 2004

Financiers	Part des co-financiers en 2004 (en %)
Etat	41,6
Conseil général	22,6
Communes	14,0
Conseil régional	1,0
Caisses de retraite et autres organismes sociaux	11,2
Hôpitaux	1,9
Divers (Cnasea, etc.)	7,7
Total	100

Source : DGAS - Sous-direction des âges de la vie - Bureau des personnes âgées (enquête réalisée par la DGAS sur le financement des CLIC en 2002 et 2004)

Tableau n°7 : Les organismes promoteurs des CLIC

Promoteurs	Part
Associations	53%
Communes, groupement de communes, CCAS, CIAS	27%
Etablissements hospitaliers	9%
Conseil généraux	8%
Structures diverses	3%

Source : site du ministère des personnes âgées, Bilan CLIC décembre 2004

3.2.2 Les réseaux gérontologiques

Les réseaux gérontologiques, constitués de professionnels médicosociaux et d'institutions de compétences complémentaires, ont pour vocation d'optimiser les réponses apportées aux personnes âgées par les professionnels. Les dispositifs en place associent, de manière variée, la ville et l'hôpital, les médecins généralistes et les autres professionnels de santé, ainsi que les assistants sociaux. La MSA est la principale instigatrice des réseaux gérontologiques et a lancé une expérimentation sur 19 sites. En 2003, la FNORS recensait 74 coordinations et réseaux gérontologiques.

3.2.3 Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale

L'objet des groupements de coopération sociale et médico-sociale est décrit par l'article L312-7 du CASF :

« Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

- a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;
- b) Etre autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;
- c) Etre chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article.

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents. (...) »

Les groupements de coopération sont un des supports de la création d'acteurs polyvalents (évoquée en fin de ce chapitre). La Fédération hospitalière de France décèle dans ce dispositif la possibilité de « construire les maisons de l'autonomie de demain, ouvertes à tous les âges et qui regrouperaient toutes les missions actuellement dispersées, de l'évaluation des besoins individuels de la personne, à l'élaboration de son plan d'aide personnalisé coordonnant non seulement les acteurs sociaux et médico-sociaux mais également sanitaires.⁴⁷ »

3.2.4 La contribution du secteur hospitalier en matière de coordination

3.2.4.1 Pour des filières gériatriques complètes

Au-delà des éléments constitutifs, il importe de décrire les contours d'une filière gériatrique complète, mise en place par territoire de santé de proximité et destinée à permettre une évaluation gériatrique précoce, à développer la prévention et les prises en charge ambulatoires et à assurer l'accès à une hospitalisation adaptée. (sur les filières gérontologiques, cf. aussi annexe 27)

- **Evaluation gériatrique**

Au titre de l'évaluation gériatrique, pour définir l'orientation adéquate et les soins adaptés, il s'agit :

- d'offrir la possibilité d'une expertise gériatrique de la personne âgée sur son lieu de vie et à la demande de son médecin traitant par la mise à disposition de celui-ci d'un numéro d'appel unique pour se voir proposer une expertise gériatrique, et d'un dispositif d'expertise gériatrique diversifié s'appuyant sur un service de médecine aiguë (consultations de gériatres, hôpital de jour, consultations mémoire, etc.) ;
- d'offrir la possibilité d'une expertise gériatrique de la personne âgée à l'occasion de toute hospitalisation. L'équipe mobile gériatrique, équipe pluridisciplinaire de professionnels formés à la gériatrie, s'adosse à un service de médecine et peut intervenir pour une évaluation lors d'un passage dans un service d'urgences (pour orienter de façon pertinente la personne âgée) ou à l'occasion d'une hospitalisation dans un service spécialisé autre que la gériatrie (pour identifier les patients fragiles).

- **Prévention et maintien dans le lieu de vie**

Pour développer la prévention et favoriser le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie, trois actions sont à considérer :

- développer des mesures de prévention secondaire et tertiaire à partir de l'hôpital en lien avec la médecine de ville, tant à domicile que dans les structures d'hébergement. Pour ce faire, des mesures de prévention secondaire (dépistage de la survenue d'éventuelles pathologies) sont à mettre en place, ainsi que des mesures de prévention tertiaire qui permettent de prévenir d'éventuelles complications et de conserver le niveau d'autonomie dans la perspective d'un retour à domicile, lorsque celui-ci est possible ;
- développer des modalités de prise en charge diversifiées à proximité du domicile ou des structures d'hébergement. En d'autres termes, cela signifie une intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) auprès de l'hôpital de jour gériatrique en soutien du retour à domicile ou dans les structures d'hébergement d'aval. L'intervention de l'EMG auprès de l'hôpital local doit permettre d'éviter un transfert inadapté dans un centre hospitalier ou, après une hospitalisation, en

⁴⁷ Note pour la mission du 10 juin 2005.

médecine gériatrique aiguë. Cela sous-tend également la prise en charge en hôpital de jour gériatrique et des interventions en géronto-psychiatrie sur le lieu de vie et en structures spécialisées (centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps complet, hôpital de jour...) et la promotion d'une collaboration étroite entre la gériatrie et la psychiatrie ;

- renforcer la médicalisation des établissements d'hébergement de personnes âgées, en garantissant notamment une permanence et une continuité des soins pour limiter les transferts et les hospitalisations souvent déstabilisants.

- **Hospitalisation adaptée**

Pour organiser l'accès à une hospitalisation adaptée, les enjeux consistent à

- privilégier l'accès direct aux soins de médecine gériatrique. Le passage par les urgences pour une prise en charge de personnes âgées polypathologiques est inadapté à leur fragilité. Le développement de l'admission directe en médecine polyvalente et gériatrique (service de médecine accueillant des malades âgés, polypathologiques, à hauts risques de dépendance physique, psychique ou sociale), en cas de nécessité d'hospitalisation, à la demande du médecin traitant est à privilégier. L'admission programmée peut être développée par l'organisation de contacts directs entre médecins traitants et médecins hospitaliers pour faciliter les entrées directes dans les services de spécialités. Le potentiel d'accueil en médecine polyvalente et gériatrique peut être développé dans chaque établissement de santé par recentrage et redéploiement de lits et de moyens des services de spécialités. L'offre en hospitalisation de semaine et de jour doit être parallèlement développée de même que le recours aux consultations de spécialistes dans les établissements de proximité ;
- organiser l'accès aux soins de suite et de réadaptation gériatriques. Pour ce faire, il convient d'améliorer les conditions d'admission en soins de suite et de réadaptation grâce à l'élaboration concertée d'un projet de soins dès l'entrée du patient âgé en service de court séjour. L'identification et le développement des soins de suite et de réadaptation gériatriques et de leurs conditions de prise en charge dans les hôpitaux locaux sont également nécessaires ;
- organiser l'accès à une hospitalisation en géronto-psychiatrie. Cet effort sous-tend le développement de la collaboration entre la psychiatrie et la gériatrie et, en tant que de besoin, la neurologie, dans le cadre d'un travail de liaison au sein d'un même établissement mais aussi entre plusieurs établissements de santé. Par ailleurs, la mise en place d'unités d'hospitalisation complète dans le cadre d'un dispositif de géronto-psychiatrie assurant une prise en charge gériatrique des personnes qui relèvent d'une compétence psychiatrique est intégrée à cet objectif.

- **Structurer la filière d'aval**

Les études d'adéquation en médecine ou en rééducation le révèlent : les taux d'inadéquation sont élevés, la fluidité du dispositif sanitaire est insuffisante. Compte tenu de l'évolution des techniques et des pratiques médicales, de l'impact probable de la modification de la tarification des établissements (T2A) et de l'effet du vieillissement de la population, l'organisation de l'aval des soins aigus constitue un enjeu majeur dans les années à venir. Au-delà du développement et de la structuration de l'offre de soins de suite évoqués ci-dessus pour une répartition territoriale optimisée de l'offre et une meilleure graduation des soins, cette filière de soins d'aval doit s'appuyer sur l'HAD, les hôpitaux locaux, les réseaux de santé de proximité (gérontologie, soins palliatifs...), les SSIAD, ainsi que sur les établissements médico-sociaux.

Un travail méthodologique doit sans doute être conduit pour mieux évaluer ces besoins de prise en charge des soins aigus, définir les niveaux de prise en charge, les standards d'encadrement.

3.2.4.2 Les éléments de la filière gériatrique

La filière gériatrique définit un cadre d'action. Parmi les éléments à mobiliser, nous insisterons simplement ici sur les hôpitaux de jour et sur les équipes mobiles gériatriques. Nous avons déjà évoqué plus haut le rôle structurant possible des hôpitaux locaux.

- **L'hôpital de jour pour personnes âgées**

Il s'agit d'une structure en milieu hospitalier. Plusieurs formes d'accueil dans les hôpitaux de jour gériatriques sont possibles :

- la plupart assurent en une journée un diagnostic de la personne âgée. Un bilan complet vise à évaluer les troubles de la mémoire, à poser un diagnostic, à proposer ou ajuster un traitement ;
- certains prennent en charge une ou plusieurs journées par semaine des personnes malades, pour mettre en place ou ajuster un traitement ou des soins spécifiques. Ces structures ont pour vocation la réadaptation et la lutte contre la perte d'autonomie. Elles s'adressent le plus souvent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en début de maladie et permettent la mise en place d'un programme de soins global comprenant stimulation, soutien, rééducation ergothérapique et un suivi thérapeutique complet.

L'Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées (APHJPA) a recensé, en 2002, 80 hôpitaux de jour pour personnes âgées, offrant 955 places et accueillant 10.300 patients par an.

Ces structures emploient 58 médecins (ETP) et 498 personnels non médicaux (ETP).⁴⁸

Tableau n° 8 : Les hôpitaux de jour en 2002

Catégories d'hôpitaux de jour	Nombre de structures en France en 2002
Evaluation gériatrique	6
Réadaptation	40
Psychogériatrie	34

Source : APHJPA, 2002

- **Les équipes mobiles gériatriques**

Les équipes mobiles gériatriques permettent de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée. Leurs missions sont multiples :

- conseil, information et formation pour les équipes soignantes ;
- évaluation globale de la personne âgée, c'est à dire évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes ;
- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;
- orientation à la sortie d'hospitalisation ;
- participation à l'organisation de la sortie.

⁴⁸ B. Durand-Casselín, Les hôpitaux de jour gériatriques en France, APHJPA, octobre 2004.

96 équipes mobiles gériatriques ont été recensées au 31 décembre 2004 et 7 étaient alors en projet⁴⁹. 73 % des EMG sont localisées dans des centres hospitaliers. Pour 83 des équipes interrogées, on dénombrait 72,94 ETP médicaux et 136,33 ETP non médicaux. Un rapport de l'IGAS a été consacré aux EMG ; il est synthétisé en annexe 9.

Au-delà de l'enjeu que représente la filière gériatrique et des dispositifs innovants, plus ou moins répandus sur le territoire, l'articulation avec le secteur sanitaire justifie une approche intégrée des planifications hospitalière et médico-sociale et plus généralement l'intéressement du monde hospitalier à la problématique du vieillissement. Ces points seront développés au chapitre 4.

3.3 Innovations et territoires

Nous avons décrit en première partie tout l'intérêt des démarches de construction des projets territoriaux. Entre ces outils génériques, trop peu utilisés dans la réflexion sur l'habitat des personnes âgées et les schémas gérontologiques départementaux⁵⁰, trop souvent cantonnés - quand ils existent - à la mobilisation des dispositifs médico-sociaux standards, certaines expériences montrent tout l'intérêt d'une démarche territorialisée qui parte des attentes des populations, âgées en particulier.

Parmi les dispositifs porteurs d'innovations, nous nous attacherons aux expériences de la DATAR et de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité.

3.3.1 L'appel à projets DATAR - ministère de la Santé

Un appel à projets DATAR - ministère de la Santé, lancé en 2003, a visé à *"valoriser les synergies entre le développement local et les projets de santé et d'insertion sociale tout en donnant un point d'appui local aux politiques sanitaires et sociales, nationales, régionales et départementales"*. (DATAR)

La circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à *"l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement"* précise les modalités d'application de l'appel à projets⁵¹. Parmi les initiatives proposées, la DATAR et le ministère de la Santé ont, en juillet 2004, retenu 61 dossiers portant sur 69 sites d'expérimentation. Les projets sélectionnés ont obtenu un soutien financier conjoint de la DATAR, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, des DRASS et DDASS pour mener à bien leurs études et/ou leurs expérimentations.

Dans sa partie *"cadrage des expérimentations"*, la circulaire de 2003 a également défini *"la prise en charge globale de proximité des personnes âgées et l'amélioration des conditions du maintien à domicile"* comme une des thématiques prioritaires de l'appel à projets. Ainsi, la question des personnes âgées est présente dans de nombreuses initiatives. Soit celles-ci ciblent spécifiquement cette population (9 projets), soit elles l'intègrent dans une démarche globale. Deux de ces projets sont décrits en annexe 10.

3.3.2 La Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité (FCES)

Reconnue d'utilité publique en avril 2001, la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité mène des actions de lutte contre les formes de dépendance et d'isolement. Ses activités se partagent entre la gestion de son réseau d'établissements sanitaires et médico-sociaux (61 en France en 2005), ses actions directes de terrain et le mécénat en faveur de la lutte contre l'exclusion sociale et la perte d'autonomie. Dans ce dernier cas, il s'agit de venir en aide aux personnes fragilisées par le grand âge,

⁴⁹ Bilan de la mise en œuvre des services de courts séjours gériatriques et des équipes médicales de gériatrie au 31 décembre 2004, DHOS, 2005.

⁵⁰ De longs développements sont consacrés au chapitre 4 aux schémas gérontologiques et aux autres outils de planification-programmation territoriale.

⁵¹ Il est précisé que les territoires des projets sont les communautés urbaines, communautés d'agglomération, les pays et parcs naturels régionaux.

le handicap ou les maladies invalidantes. En matière de dépendance et de handicap, la FCES s'est engagée dans cinq domaines :

- la mise en réseau des services : faire émerger de nouvelles approches dans l'évaluation des besoins des personnes, l'élaboration de préconisations, la réalisation de plans d'aide et la coordination de l'offre de services ;
- l'adaptation du logement à la perte d'autonomie : apporter des solutions architecturales, domotiques ou robotiques pour adapter l'habitat aux besoins de la personne ;
- l'évolution de la prise en charge en établissement : permettre l'amélioration de l'accueil en établissement, la création de nouveaux services et le développement des établissements comme lieu ressource ;
- la prise en compte des droits des personnes dans le système de santé : accompagner les personnes dans l'expression de leurs droits et de leurs attentes ;
- les soutiens : accompagner les aidants naturels et professionnels et favoriser les relations intergénérationnelles et le maintien du lien social.

Dans ce cadre, la Fondation sélectionne les projets qui visent à faire émerger des solutions innovantes. Le programme de mécénat 2002/2007 soutient les initiatives en ce sens. Après la mise en œuvre des projets soutenus, la Fondation réalise des évaluations. Lorsque les expériences sont concluantes, elle favorise leur diffusion et, le cas échéant, leur systématisation. La démarche de soutien aux initiatives s'appuie financièrement sur les caisses régionales de Caisses d'épargne qui consacrent une partie de leurs résultats à des actions d'intérêt général.

L'intérêt des initiatives de la DATAR et de la Fondation ne tient pas tant à la qualité des dispositifs susceptibles d'être mis en œuvre, à leur reproductibilité (en cas d'évaluation positive) ou même à leur contribution à la structuration globale de l'offre de prise en charge, qu'en la manifestation de l'importance des démarches centrées sur les attentes de la population, sur ses capacités de participation, sur le territoire et jouant pleinement l'insertion de la problématique de la dépendance dans un ensemble plus large, autant de préoccupations que les démarches « éclairées » de planification gérontologique s'efforcent de porter (cf. chapitre 4).

En tout état de cause, et avant même de considérer la valorisation de ce type de démarche dans la planification gérontologique, ces initiatives méritent d'être démultipliées et diffusées par la promotion et le soutien public aux milieux innovateurs.

La mobilisation des dispositifs d'autorisation en faveur de l'innovation, la clarification de la gouvernance globale, l'activation des outils de planification dans le sens d'une diversification sont le relais indispensable des initiatives des fondations ou des appels à projets susceptibles de stimuler les milieux innovateurs.

Au-delà, il importe de développer significativement les capacités d'observation et d'appui à l'innovation sur le champ de la dépendance des personnes âgées. L'enjeu est de densifier les travaux d'enquête en population générale, de consolider le système d'information sur la perte d'autonomie, d'exercer la veille sur les innovations en France et à l'international, de soutenir les projets innovants, de les évaluer et de diffuser les expériences. Compte tenu du rôle structurant désormais dévolu à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, cette compétence pourrait être explicitement ajoutée aux prérogatives qui sont les siennes (la Caisse en dispose d'ailleurs déjà dans le champ du handicap⁵²). Sur ce terrain de l'observation et du soutien à l'innovation, la Caisse développerait des partenariats avec les institutions pouvant concourir à cet objet, s'inspirerait avec profit des expériences analogues françaises et étrangères et serait un interlocuteur privilégié des collectivités locales et des opérateurs.

⁵² Articles L14-10-1 et L14-10-5 du CASF

3.4 Les plans d'aide APA : un espace théorique de coordination

L'individualisation de l'évaluation est un élément essentiel de la construction des prestations en matière de dépendance des personnes âgées, en France comme dans de nombreux pays. Elle est aujourd'hui un des points forts de la mise en place de la prestation compensatrice en matière de handicap, façon de préparer le terrain à la convergence des prestations quel que soit l'âge prévue par la loi de février 2005.

Le plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale. Il évalue les besoins de la personne âgée et les aides nécessaires à son maintien à domicile, solvabilisées par l'allocation.

Ceci dit, les contraintes quantitatives de la montée en charge de l'APA au cours des années récentes n'ont pas permis de faire jouer complètement et partout les possibilités d'une telle démarche. L'enjeu est bien aujourd'hui de réaliser pleinement les possibilités d'articulation des différentes formes d'aide, dans un cadre territorialisé. Le fait que le département ait la responsabilité de cette allocation et des dispositifs de coordination est assurément un atout en matière d'intégration.

3.4.1 Les plans d'aides dans la pratique

En 2004, une étude monographique a analysé la mise en œuvre des plans d'aide associés à l'APA au moyen d'entretiens menés auprès des bénéficiaires et des fournisseurs de services à domicile⁵³.

La démarche de demande d'APA fait le plus souvent suite à un sentiment de rupture ou de dégradation de la situation de la personne âgée. Dans l'esprit des personnes âgées, la demande d'aide est associée à l'entrée en dépendance, les personnes âgées ne s'y résignent donc souvent que difficilement.

Une typologie de la démarche de définition du plan d'aides a été réalisée à partir de l'étude de quarante cas. Il apparaît que dix-sept personnes ont obtenu un plan d'aide suite à une proposition unilatérale émanant de l'assistante sociale ; vingt personnes ont eu une forme de négociation avec l'assistante sociale dans la réalisation de leur plan ; enfin, trois plans d'aides résultent d'une concertation avec les services d'aide à domicile.

Trois facteurs jouent de façon déterminante dans l'organisation du plan d'aide : la capacité de l'offre de service au moment de la demande, la situation de vie de la personne âgée et les pratiques de travail des équipes médico-sociales et des acteurs des services d'aide à domicile.

L'enquête a mis en évidence des disparités départementales dans les démarches faisant suite à l'élaboration du plan d'aides. La procédure de transmission du plan d'aides dépend des départements. Dans certains cas, les équipes médico-sociales en charge de la réalisation des plans d'aides les transmettent à des plates-formes de services qui mettent en relation les bénéficiaires et les prestataires de services. Dans d'autres, la procédure n'est pas institutionnalisée et il revient aux bénéficiaires et à leur famille de prendre contact avec les services d'aide à domicile.

3.4.2 Les étapes d'une démarche construite⁵⁴

Les visites à domicile de l'équipe médico-sociale du département sont effectuées soit par une assistante sociale, soit par une conseillère en économie sociale et familiale, soit par une infirmière, soit encore par un médecin.

La première étape correspond à la première visite à domicile. L'exercice se fait dans un cadre restreint : les personnes qui ont demandé l'APA, GIR 1 à 4. A cette étape, la demande est une demande d'allocation et non une demande de services. Les demandeurs considèrent l'allocation

⁵³ Arnaud Campéon, Blanche Le Bihan, "Les plans d'aide associés à l'allocation personnalisée d'autonomie - Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants", Drees, Etudes et résultats, n° 461, janvier 2006.

⁵⁴ Cette section s'appuie sur la communication en plénière de Brigitte Croff, membre de la mission.

comme un droit universel couvrant toutes les charges et par conséquent ne se sentent pas engagées vis-à-vis de cette prestation. De gros efforts d'information doivent sans doute être faits pour transmettre aux bénéficiaires l'esprit de la loi, en particulier pour leur expliquer l'implication qu'ils peuvent avoir dans le choix de leur prise en charge. La logique de l'APA n'est en effet pas d'imposer unilatéralement les vues de l'EMS à la famille.

Il s'agit à ce stade d'informer le futur bénéficiaire aussi bien sur l'APA en établissement qu'à domicile. La prise de décision des familles doit être éclairée. Cette visite va permettre de définir le GIR, puis un plan d'aides (notification du contenu et du montant de l'allocation) et d'informer le bénéficiaire sur les services existants. A ce niveau, la question du libre choix est extrêmement importante. Faire comprendre aux familles certains indicateurs concernant la qualité des services est primordial pour orienter leur choix vers un service prestataire, mandataire ou en emploi direct. Il s'agit aussi d'informer sur les qualifications du personnel et ce qui est préconisé en fonction du niveau de dépendance.

La deuxième étape renvoie à l'analyse des conditions de réalisation du plan d'aides et à la mise en place de la prestation. Il est question de la négociation des tâches à déléguer. La visite à domicile est obligatoire en référence à la norme AFNOR, aux certifications (Qualicert ou AFNOR) et à la loi du 2 janvier 2002. Des outils d'évaluation sont parfois mis au point par les structures, comme la grille DESIR (Démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse) préconisée par l'UNA. En comparaison avec la grille AGGIR⁵⁵, elle permet de construire une réponse plus précise.

Les objectifs à ce stade sont de trois ordres : analyser, informer et proposer, négocier.

Analyser signifie comprendre la situation et l'organisation de la vie quotidienne de la famille avant l'intervention ; mesurer le potentiel de la personne âgée : travailler sur les ressources et non d'abord sur les manques ; mesurer la solidité des solidarités familiales : l'état de souffrance familiale et les besoins afin de mettre en place une réponse qui permette de ménager des possibilités de répit à l'entourage familial ; repérer l'état du logement et l'équipement en relation avec les tâches à réaliser, les conditions de travail de l'aide à domicile et la prévention des risques d'accidents domestiques ; repérer les résistances à accepter une personne étrangère, un homme etc...

Informer et proposer consistent à communiquer les tarifs et les différents modes de prises en charge : prestataire et mandataire ; sensibiliser les familles sur ce qui pourrait être financé par elles ; fournir toutes les informations pour que le choix du domicile soit un choix et pour qu'un début de prise de conscience se fasse sur l'acceptation de la nouvelle organisation à mettre en place. Lorsqu'on est aidé chez soi, une modification de l'organisation de la vie quotidienne va se faire, c'est la première prise de conscience pour la personne âgée qu'une aide quotidienne est nécessaire pour vivre ; définir le rôle de l'aide à domicile ; définir celui du référent qui sera l'interlocuteur tout au long de la prise en charge et le garant de la réalisation de la prestation proposée et de ses ajustements au fil du temps.

Négocier équivaut à valider la faisabilité du plan d'aides par rapport à la prestation proposée en tenant compte du délai entre les deux visites ; s'entendre sur les horaires et les modalités de réalisation de la prestation ; négocier ce qui sera délégué ; collecter tous les éléments pour rédiger le document individuel de prise en charge dans un esprit de co-production du service. (Loi du 02/01/02)

La troisième étape correspond au recrutement des aides à domicile en relation avec les prestations définies (la question de l'analyse de compétences à été traitée supra).

Une telle démarche d'ensemble permet un positionnement des aides à domicile au cœur du dispositif de prise en charge. Toutes les tâches accomplies par l'aide à domicile trouvent leur sens autour d'un projet et non pour elles-mêmes, ce qui apparaît essentiel en termes de motivation.

⁵⁵ L'évaluation des situations doit être multidimensionnelle. L'outil AGGIR, qui débouche sur un indicateur, doit être considéré comme un instrument d'éligibilité à une prestation. Cet instrument ne saurait suffire pour élaborer un plan d'aides ; il doit s'insérer dans une démarche d'évaluation multidimensionnelle.

3.4.3 Les problèmes rencontrés

Un certain nombre de difficultés, conjoncturelles ou structurelles, ne permettent pas de tirer tout le parti de la démarche des plans d'aides en termes d'intégration des prestations :

- des écarts très importants existent en fonction des départements et des équipes médico-sociales. On repère en particulier des difficultés à hiérarchiser les besoins et à définir les priorités. Le plan d'aides intègre en théorie aussi bien des aides techniques que des heures d'aide à domicile. La diversité des prestations est pourtant insuffisamment prise en compte comme en témoigne la part des aides humaines dans la valorisation des plans d'aide (94 %) ;
- l'écart est patent entre les faits repérés dans l'enquête mentionnée ci-dessus et la démarche raisonnée d'élaboration des plans, susceptible de rendre compte de l'individualisation de l'évaluation et de la prise en charge : le principe de réalité impose certes de tenir compte de l'offre de services territoriale, cela ne doit pas conduire cependant à dénaturer la démarche d'élaboration des plans en substituant le dialogue avec les prestataires à la concertation avec les familles ;
- la désignation d'un gestionnaire des cas individuels, identifiable par tous, est un autre enjeu. Contrairement à ce que croient parfois les personnes âgées, le médecin généraliste n'est pas en mesure d'être ce gestionnaire de cas ; la division du travail entre les circonscriptions de gestion mises en place par les départements et les CLIC ou d'autres structures remplissant des fonctions analogues n'est pas toujours limpide, on l'a dit ;
- la question de la participation financière des usagers en complément de l'allocation soulève aussi bien des difficultés : cela tient souvent à la culture professionnelle des intervenants mais aussi à la confusion des familles, qui ont parfois la conviction que l'allocation peut financer la totalité de leurs besoins.

3.4.4 L'enjeu de la territorialisation de l'aide à domicile

Encore une fois, il ne saurait y avoir de solutions à ces difficultés si l'on ne reconnaît pas l'importance de la construction territoriale des politiques.

Au sein des collectivités, l'ancrage territorial des politiques se conçoit à toutes les échelles : le département n'est ainsi un échelon de proximité pertinent que pour autant qu'il se dote, pour chaque domaine, d'une implantation infradépartementale adaptée à l'exercice de ses compétences. Cela implique souvent des modifications profondes d'organisation et, en particulier, des changements de logique de travail qui posent parfois des difficultés aux personnels concernés : difficultés de passer d'une logique métier à une logique de transversalité, besoins de formation pour accompagner ce changement, etc.

Même si la démarche du département du Rhône n'est pas forcément reproductible, elle mérite d'être signalée. Le Rhône a fait le choix de s'organiser sur le plan administratif en Maisons du Rhône (MDR), avec une unité territoriale par canton, hors Vénissieux et Villeurbanne (une unité par ville) et Lyon (une par arrondissement). Toute la politique départementale s'exerce à travers ces unités territoriales, sur la base d'une dissociation entre le monde de l' élu et le monde de l'administration départementale. La politique du département s'exerce à partir des remontées de l'unité territoriale et sur celle-ci. Toutes les politiques (personnes âgées, enfance...etc.) sont mises en œuvre au niveau territorial par les directeurs d'unités territoriales. Le Rhône a plusieurs schémas départementaux pour la période 2004-2008 (pour l'enfance, pour le handicap, pour les personnes âgées). S'ils ne sont pas tous cohérents en termes d'agenda, cette construction de projets territoriaux sur plusieurs domaines est assurément une chance pour la transversalité.

L'approche territoriale renforce en effet sensiblement la logique de projet et permet de construire des passerelles entre différents secteurs, différentes branches professionnelles. L'enjeu est de construire des logiques multipartenariales et multiprofessionnelles, un espace de négociation collective entre les habitants et les acteurs, publics et privés. Un exemple parmi d'autres : certains prestataires d'aide à

domicile n'acceptent pas de se déplacer pour des prestations inférieures à deux heures du fait du coût du transport. Une meilleure coordination des interventions, le rapprochement des bénéficiaires de l'aide (au sein d'habitats collectifs par exemple) permet de lever cet obstacle.

A l'instar du Rhône, beaucoup de départements vont aujourd'hui vers la territorialisation de leurs services, prérequis organisationnel de la transversalité des politiques.

3.5 La structuration du secteur de l'aide à domicile

On a vu plus haut l'évolution de l'organisation des opérateurs à la faveur de la mise en œuvre de l'APA et les différentes façons d'accommoder la concurrence (par la spécialisation des publics ou la territorialisation des interventions). Dans un contexte marqué par de nombreuses évolutions législatives ou réglementaires et face au défi du nombre, il importe d'aller plus loin en considérant en détails les évolutions possibles du secteur de l'aide à domicile.

3.5.1 Les caractéristiques du secteur

Même si les acteurs n'en ont pas toujours conscience, la panoplie des aides à domicile est très large en France. Les aides à la vie quotidienne, qui recouvrent les tâches domestiques (ménage...) et l'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette...) sont prises en charge, on l'a dit, selon trois modalités distinctes : l'emploi direct (dit de gré à gré) où le particulier est employeur, le recours à des organismes mandataires (le particulier reste employeur mais la structure assure l'intermédiation entre offre et demande) et des organismes prestataires (l'intervenant à domicile est salarié de la structure). Ces structures sont soit des associations, soit des Centres communaux d'action sociale, soit des entreprises commerciales. L'offre de soins médicaux à domicile est quant à elle prise en charge par le secteur libéral (infirmiers et médecins) et par les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile, qui proposent des soins techniques infirmiers et des soins d'hygiène générale, ainsi qu'une aide à l'accompagnement). Ces derniers sont gérés par des organismes privés à but non lucratif, des hôpitaux ou des CCAS.

Cette offre de services à domicile est peu structurée⁵⁶. Tout d'abord, les liens entre les soins et l'aide à la vie quotidienne, qui font appel à des compétences différentes, restent peu développés. Le rapport de la Cour des comptes évoque la « multiplicité et le cloisonnement des intervenants », notamment entre les infirmiers libéraux et les autres acteurs. Actuellement, il n'existe pas de coordinateur attitré et l'existence de la coordination dépend d'initiatives individuelles. Elle peut aussi être facilitée par des services polyvalents comme les récents SPASAD (SSIAD assurant aussi un service d'aide ménagère ou de portage de repas, par exemple, mais ils sont minoritaires).

Concernant l'aide à la vie quotidienne, les services à la personne sont encore très fortement marqués par l'emploi direct qui représente environ 80 % du total, si l'on s'en tient à l'emploi formel. Même si les organismes mandataires ou prestataires sont assez présents sur le segment des personnes âgées⁵⁷, on note que les plus de 65 ans représentaient en 2003 46 % des employeurs utilisant le CES (chèque emploi service) (ACOSS *Stat n°19*)⁵⁸. Les organismes sont quant à eux assez fortement émiettés (63 % d'entre eux employaient moins de 25 salariés en 1999 selon la DREES) et peu structurés en réseaux.

La fragmentation du secteur se retrouve au niveau du financement puisque l'aide à la vie quotidienne relève de l'aide sociale (APA) alors que les SSIAD dépendent de l'assurance maladie. Enfin, le secteur des services à la personne est couvert par plusieurs conventions collectives (trois dans le secteur associatif et une pour le gré à gré), même si des efforts d'unification sont en cours.

⁵⁶ Pour une présentation plus détaillée des défauts de coordination au sein des dispositifs de maintien à domicile des personnes âgées, on pourra se reporter au rapport de la Cour des Comptes.

⁵⁷ Pour les personnes âgées 46 % des heures sont délivrées en prestations, 18 % en mandatement et 36 % en gré à gré.

⁵⁸ Il est difficile d'avoir une vision chiffrée globale du secteur des services à la personne, en raison de la diversité des sources de données, et encore plus malaisé de fournir des statistiques sur le sous segment des personnes âgées. Pour une vision d'ensemble du secteur, on pourra cependant se reporter à Développer l'offre de services à la personne, Cahier du Plan n°4. Il est désormais du ressort de l'Agence nationale des services à la personne (ANSP), mise en place en octobre 2005, d'assurer le rôle d'observatoire statistique de l'évolution de l'emploi dans le secteur.

L'offre à domicile souffre aussi d'un déficit de places, notamment en SSIAD (une place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes vivant à domicile), déficit préjudiciable au développement d'un scénario équilibré entre établissement et prise en charge à domicile. (voir le chapitre 2)

3.5.2 Les besoins de coordination et le libre choix

Il n'y a pas d'un côté le sanitaire, le social et le médico-social pour des publics « fragiles », sous la responsabilité de politiques publiques se voulant bien planifiées, et de l'autre un marché pour des activités domestiques. Une des clefs pour l'avenir réside dans la façon dont la sphère privée, qui relevait jusqu'alors de l'auto-production familiale, va devenir globalement une donnée essentielle au niveau économique pour le développement des services. La reconnaissance de ces emplois passe par des organisations de travail capables de socialiser toutes ces activités afin de ne pas sombrer dans le travers des sous-emplois. L'orientation actuelle de tous les pays européens d'individualiser les financements au nom du libre choix des familles participe à la non socialisation de ces activités et par conséquent à leur enfermement dans la sphère privée. Face à ce risque, l'individualisation des financements suppose qu'en contrepartie les pouvoirs publics soient garants de la mise en place de régulations allant vers plus d'égalité, plus de partage des tâches et un contrôle par l'utilisateur de la qualité des prestations qui lui seront fournies. Les outils existent le plus souvent ; il faut les diffuser et les faire fonctionner.

Le plan de développement des services aux personnes est un pas en avant vers un travail collectif et une chance pour les professionnels amenés à réaliser ces services de circuler auprès de publics variés et d'effectuer des activités différentes. Construire des passerelles entre plusieurs branches professionnelles sera une nécessité pour la qualité des emplois et la mobilité du personnel qui s'épuiserait trop à ne s'occuper que d'un seul public.

Pour répondre de façon satisfaisante à la demande et au principe du libre choix, il apparaît alors que le maintien à domicile doit encore se renforcer en termes de professionnalisation, de lisibilité, de couverture du territoire et de coordination entre acteurs.

Pour atteindre une meilleure structuration, la professionnalisation du secteur des services à la personne doit encore se renforcer, afin d'enclencher véritablement le cercle vertueux susceptible d'améliorer la qualité du service rendu, l'image du secteur, son attractivité pour les salariés et la demande de la part du public. La professionnalisation concerne la qualité du service rendu mais aussi la qualité des conditions de travail des salariés. Dans cette perspective, certaines fonctions d'intermédiation sont encore insuffisamment assurées par une partie des opérateurs (concernant la rencontre du client et la définition de la mission de service, l'organisation et la gestion des ressources humaines ou le contrôle et le respect des engagements qualité). Ces fonctions sont par définition mieux assurées dans un organisme prestataire, voire mandataire, que dans de l'emploi en gré à gré, car elle reposent plus sur le personnel encadrant que sur les salariés intervenant à domicile. Les procédures de certification (AFNOR notamment) vont dans ce sens.

Les compétences d'ingénierie en matière d'aide à domicile

Les compétences d'ingénierie doivent se renforcer à travers :

- la réflexion sur les modes d'organisation ;
- la formation sur tous les métiers de la chaîne et en priorité l'encadrement intermédiaire ;
- la conception de nouveaux programmes de formation et de méthodes d'apprentissage novatrices ;
- la mise en place de collectifs d'acteurs pour stimuler et développer la qualité des pratiques ;
- le développement de nouvelles relations avec les collectivités territoriales, déjà largement entamé dans certains territoires ;
- la définition d'indicateurs précis d'évaluation qui responsabilisent aussi bien les pouvoirs publics, les usagers que l'organisation du travail ;
- l'intégration des travaux de recherche existants (psychodynamique du travail, analyse systémique, sociologie de la vie quotidienne, études sur les aidants professionnels et familiaux, anthropologie du don, temps partiel des femmes).

L'éclatement du secteur pose aussi un problème de lisibilité. Les personnes âgées dépendantes font face à une trop grande dispersion des acteurs et des modes de financement pour que le libre choix puisse s'exprimer correctement. En attendant une meilleure structuration du secteur qui devrait

améliorer par elle-même la lisibilité, des efforts de clarification sont à mener dans ce cadre. La campagne d'information qui sera menée en 2006 dans le cadre du *Plan Borloo de développement des services à la personne* pourra y contribuer, mais elle ne concerne pas les soins médicaux.

Si le soutien à domicile doit constituer un pilier d'une prise en charge équilibrée des personnes âgées dépendantes dans l'avenir, encore faut-il que la couverture du territoire national soit assurée. Pour l'instant, une large part de l'offre organisée de services à la personne repose sur des initiatives locales, ce qui n'assure pas *a priori* une couverture complète. En ce qui concerne les soins médicaux, le rapport de la Cour des comptes souligne le maillage inégal du territoire national, à la fois pour les infirmiers libéraux et pour les SSIAD.

Enfin, le besoin d'une plus grande coordination des acteurs ressort assez clairement. Cela concerne, comme cela a été dit, la coordination entre soins médicaux et aide à la vie quotidienne, sachant que la frontière entre les deux est parfois ténue. Selon la DREES⁵⁹, un quart des personnes âgées dépendantes est pris en charge par plus de six intervenants. Qui, dans ce cas, est le plus à même de remplir le rôle de coordonnateur ? Les besoins de coordination concernent aussi les liens entre prise en charge au domicile et prise en charge en établissements (hébergement temporaire, accueil de jour...). Là encore, le passage d'un mode de prise en charge à l'autre serait facilité par une plus grande coordination entre types d'opérateurs ou par les opérateurs eux-mêmes.

3.5.3 Les possibilités de structuration du secteur

Nous présentons ici, sous forme d'archétypes, des modes possibles de structuration du maintien à domicile dans les années à venir⁶⁰. Ces différents modes d'organisation ne sont pas incompatibles ; au contraire, la diversité des acteurs et de leur organisation semble bénéfique pour répondre à une demande qui est elle-même diversifiée. Le potentiel de structuration du secteur par chacun de ces modes d'organisation est étudié au vu des besoins définis ci-dessus.

3.5.3.1 Structuration par mise en réseau des organismes de services à la personne existants

Ce mode d'organisation repose sur la mise en commun de ressources (informatiques, comptables, etc.), de gestion de formation, de procédures de certification. Les grands réseaux nationaux (ADMR, UNA) sont déjà dans une telle logique. Elle sera certainement renforcée par la mise en place « d'enseignes » prévue en 2006 *suite au Plan de développement des services à la personne*. On peut aussi prévoir le rapprochement sous un réseau commun (franchises, etc.) d'organismes prestataires locaux indépendants, même si cela paraît moins spontané. La mise en commun de ressources, l'utilisation d'une marque commune sont autant de pas vers une plus grande professionnalisation (attention plus grande portée à la constance de la qualité sur l'ensemble du territoire, gestion facilitée...), même si la rapidité du processus peut varier selon les cas. En revanche, l'initiative provenant d'organismes existants, la couverture nationale n'est pas assurée *a priori*. La coordination des différentes activités est elle aussi incertaine, car elle repose sur la croissance spontanée.

3.5.3.2 Structuration par de grands réseaux génériques nationaux

Ce mode d'organisation repose sur l'entrée dans le secteur de grands acteurs nationaux organisés en réseau (banque, assurance, La Poste...) et qui prendraient en charge la distribution des services, en sélectionnant un certain nombre d'opérateurs locaux. Il peut s'agir de réseaux qui souhaitent vendre des services aux personnes âgées en complément de leurs produits classiques (par exemple, pour les assureurs, une aide à domicile ponctuelle pour personnes dépendantes dont les aidants tombent malades, en complément au contrat d'assurance santé de ces derniers). Dans ce cas, la gamme des services proposés serait circonscrite. Il peut s'agir aussi d'un opérateur qui veut utiliser son réseau pour vendre une large gamme de services à domicile (cas de La Poste par exemple). Le premier cas

⁵⁹ Etudes et résultats n°296

⁶⁰ On s'appuie pour cela, en les complétant, sur les modes d'organisations proposés pour le secteur des services à la personne dans le Cahier du plan n° 4.

est plus probable, comme le montre l'engagement des assureurs dans les projets « d'enseignes » de services à la personne. Dans tous les cas, une grande marque utilise son nom pour distribuer les services et certifier la qualité des organismes locaux, ce qui est plutôt favorable à la professionnalisation. En revanche, là encore, la question de la coordination reste incertaine, de même que celle de la couverture géographique, surtout si le réseau dépend de la préexistence d'organismes locaux de qualité. Au contraire, si l'entreprise en réseau souhaite apporter une offre nationale, elle peut être amenée à inciter à la création d'organismes locaux.

3.5.3.3 Structuration par les établissements d'hébergement et les établissements hospitaliers

Cette approche est plus spontanément territorialisée que les précédentes. Les institutions locales déjà concernées par les questions de personnes âgées dépendantes (hôpitaux, structures d'accueil de jour, EHPAD...) susciteraient ou prendraient en charge le développement d'organismes de soins et d'aide à domicile, en fédérant des intervenants existants ou en suscitant la création de structures nouvelles. Ce mode d'organisation peut permettre un meilleur maillage du territoire. C'est le mode par lequel les liens entre prise en charge à domicile et en établissement ont le plus de chances de se tisser valablement. Le renforcement de la qualité peut provenir d'un effet d'entraînement entre milieu médical et aide à domicile mais n'est pas assuré *a priori*.

Certains obstacles peuvent freiner le développement et la structuration du maintien à domicile, quel qu'en soit le mode d'organisation. Tout d'abord, les opérateurs sont confrontés à des difficultés de recrutement, à la fois de personnel soignant (notamment infirmier) et de personnel d'aide à domicile. Ensuite, les politiques publiques en matière de services à la personne visent souvent à la fois l'amélioration de la qualité et la création d'emplois, en particulier pour des personnes en réinsertion, ces deux objectifs se révélant souvent incompatibles en pratique. Enfin se pose la question de savoir s'il faut se contenter de structurer le secteur en fédérant et/ou agréant des organisations existantes ou inciter plus globalement à la création d'organisations nouvelles quand le déficit est patent.

Les possibilités d'organisation de la prise en charge autour des établissements d'hébergement méritent aujourd'hui d'être approfondies. Cela suppose au préalable de réfléchir à la structure même des établissements, à leur insertion territoriale, à la fabrique des projets d'établissement. On ne saurait en effet répéter à l'envi le besoin de coordination et continuer de traiter les établissements comme autant d'entités "hors-sol", attachées à la prise en charge de segments de clientèle, autorisées, financées et conventionnées à cette fin.

Il faut être conséquent : la France n'a pas fait le choix d'une désinstitutionnalisation massive ou d'un arrêt brutal des créations de places. Les établissements constitueront donc durablement des éléments essentiels de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à condition de participer à l'effort global d'intégration des services.

3.6 Quel modèle optimal de constitution d'un EHPAD ?

3.6.1 Le parti pris de la diversité

Dans le cadre de la commande initiale de Catherine Vautrin, le modèle optimal de constitution d'un EHPAD avait été envisagé à trois niveaux :

- micro : taille, éléments architecturaux, composantes types, taux d'encadrement (compte tenu du taux de dépendance des personnes)⁶¹, qualité de la prise en charge, gamme de services, rôle de la certification, etc. ;
- méso : insertion de l'établissement dans une filière de prise en charge, dans un réseau d'acteurs et d'opérateurs, organisation coordonnée de l'accueil temporaire et de l'accueil permanent, lien avec la prise en charge à domicile, possibilités offertes par les groupements de coopération ;

⁶¹ Cet aspect est traité au chapitre suivant.

- Chapitre 1 -

- macro : insertion dans l'espace urbain ou rural, contribution à la satisfaction des besoins de prise en charge à l'échelle de la planification (départementale et nationale), contribution en termes d'activité et d'emplois...

Les membres et, en particulier, les représentants des fédérations professionnelles ont été invités à faire part de leurs analyses dans le cadre ternaire rappelé ci-dessus⁶². Il a semblé intéressant de restituer ces contributions en les articulant autour d'un certain nombre de thématiques clés.

A juste titre, ils ont d'emblée voulu se démarquer d'une interprétation réductrice de l'optimalité, compte tenu en particulier d'expériences malheureuses de diffusion de « modèles » présentés comme optimaux et donc uniques à leur époque... et rapidement obsolètes.

Plutôt qu'un catalogue de réponses, il convient sans doute de se doter d'un guide de questionnement, d'un ensemble de points à traiter par les maîtres d'ouvrage et les maîtres d'œuvre.

Ce parti pris de la diversité tient tout d'abord aux caractéristiques des populations qui seront accueillies dans les années à venir.

« La génération des « baby boomers » qui va être concernée par le grand âge, pour accompagner ses parents dans un premier temps, puis pour elle-même, est une génération beaucoup plus individualiste que les précédentes, allergique aux règlements intérieurs, consommatrice de soins depuis toujours, qui a bénéficié durant toute sa vie active du système de protection sociale actuel. Cette génération va être beaucoup moins résignée quant au niveau des soins dispensés et à la personnalisation de l'accompagnement de son grand âge que les générations précédentes, marquées par la guerre et les privations, avec un mode de vie beaucoup plus simple. » (FHF)

« Les personnes âgées potentiellement concernées à l'horizon des quinze prochaines années (les personnes âgées de 85-90 ans en 2015-2020) auront l'expérience d'une mobilité géographique et professionnelle supérieure aux générations précédentes. Elles se situeront sans doute davantage comme « acteur décisionnaire » de leur parcours de vie, souhaitant choisir les services et les modalités de leur hébergement comme elles ont choisi jusqu'alors leur logement, leur voiture, leur voyage, etc. conformément à une culture consumériste largement valorisée par leur environnement. » (CCMSA)

« Un postulat de départ en forme de pétition de principe. Face à la diversité des besoins et des situations présentées par une population parfaitement hétérogène, il serait illusoire de prétendre offrir un seul type d'hébergement aux personnes âgées de plus de 60 ans. » (UNIO PSS)

Il tient aussi à la nécessité de territorialiser les réponses.

"Les caractéristiques des territoires de vie, les spécificités liées aux valeurs et cultures d'appartenance des opérateurs et acteurs associés sont autant de variables irréductibles qui font émerger des modèles certes nourris par des principes communs inspirés par l'intérêt général, mais généralement concrétisés selon un agencement original." (CCMSA)

Il tient encore à la nécessité d'éviter les assimilations hâtives dépendance-établissement médicalisé : un nombre croissant de personnes âgées dépendantes, voire lourdement dépendantes, vivent à domicile avec l'aide de leur famille et des services coordonnés autour d'elles ; symétriquement, même si leur pourcentage recule, une part importante des résidents en établissements ne sont pas dépendants. Enfin, certaines structures comme les petites unités de vie (qui se professionnalisent progressivement sans pour autant devenir des unités de soins) accompagnent de mieux en mieux les résidents jusqu'au terme de leur vie.

Enfin, le risque à mettre en avant un modèle optimal d'EHPAD, dans une acception focalisée sur l'entité « établissement médicalisé » est bien entendu de renforcer la dichotomie domicile-établissement.

⁶² Notes pour la séance du 10 juin 2005.

« Cependant, cette exigence de diversité paraît conciliable avec la mise en évidence d'éléments structurants qui fassent référence pour l'ensemble des acteurs et/ou décideurs chargés d'optimiser et de rationaliser cette offre d'hébergement. » (CCMSA)

3.6.2 Idées forces pour les établissements de demain : la vision des organisations

Pour rendre compte des contributions des organisations, il nous a semblé opératoire de les regrouper autour de six thématiques :

- la spécificité des établissements pour personnes âgées et la question des normes ;
- l'importance du projet de vie au sein des établissements ;
- la préservation des liens familiaux ;
- l'importance de l'insertion territoriale et de l'ouverture ;
- la caractéristiques spatiales des établissements ;
- les qualités architecturales.

• La spécificité des établissements pour personnes âgées et la question des normes

« Si l'aide à la personne est une préoccupation centrale de l'établissement, elle ne doit pas pour autant induire une diminution de son autonomie. Une prise en charge surdimensionnée, même si elle résulte d'un souci de qualité, prive en effet la personne de la possibilité de réaliser des gestes quotidiens dont elle a pourtant la capacité et l'envie. Elle diminue sa liberté et ses initiatives, et accélère sa perte d'autonomie. Force est de constater que la structure produit souvent encore la dépendance à laquelle elle cherche à répondre. [...] [Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale] devrait à l'avenir être un puissant vecteur d'engagement des établissements dans de nouvelles modalités de management, de gestion et de prise en charge sanitaire et médico-sociale des résidents afin d'assurer un équilibre entre :

- d'une part, la liberté la plus large possible, en fonction des possibilités de chaque personne. Notamment, la liberté d'aller et de venir qui doit être préservée au maximum, pour ne pas confiner la personne dans un milieu toujours plus étroit,
- d'autre part, l'acceptation des risques dans la vie quotidienne de la personne accueillie, qui constitue la contrepartie nécessaire de la préservation de la liberté. C'est souvent d'une volonté de suppression totale des risques que procède une prise en charge surdimensionnée.

Dans ces conditions, niveaux de liberté et de prise de risque doivent être déterminés de façon individuelle, en fonction des possibilités et de la volonté de la personne accueillie ou de sa famille. La protection civile doit pouvoir y être adaptée. » (FCES)

« Se pose la question des normes techniques en matière de sécurité qui obligent aujourd'hui les établissements à respecter des contraintes très lourdes restreignant la liberté des personnes âgées (exemples : l'obligation de la

⁶³ La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit, pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluation selon deux modalités :

- une évaluation interne réalisée par les structures elles-mêmes ;
- une évaluation externe confiée à des organismes extérieurs habilités.

Pour accompagner cette obligation et promouvoir les démarches d'évaluation et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la loi a prévu la mise en place d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Composé de 66 membres titulaires, il associe des professionnels, des usagers, des personnes qualifiées, des gestionnaires de l'ensemble des institutions et services qui répondent aux besoins des enfants et familles en difficulté, des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en situation d'exclusion. Ce conseil, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale, est chargé principalement de deux types de missions :

- valider, ou le cas échéant élaborer, et diffuser des outils et instruments formalisant les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- donner au ministre chargé de l'action sociale un avis sur les organismes qui sollicitent une habilitation à pratiquer l'évaluation externe.

Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a été installé en avril 2005.

norme non feu interdit souvent l'apport d'un complément de mobilier ou de décoration ; le respect des obligations liées à la restauration supprime certains plats aux menus, etc.) » (FEHAP)

« Il ne s'agit pas de transformer les établissements de demain en "quasi-hôpitaux". Ce n'est pas ce que veulent les personnes âgées qui souhaitent, certes des soins de qualité, mais également un accompagnement social : "quelqu'un à qui parler, qui les aide à aller se promener, à maintenir leur liens sociaux, à tenir leur main lors de leurs derniers moments". C'est pourquoi, à côté d'une médicalisation de qualité, les établissements devront être également en mesure d'assurer un accompagnement social de qualité :

- élaboration d'un projet de vie individualisé qui tienne compte des souhaits des personnes et de leur entourage, y compris d'un certain niveau de prise de risque accepté pour l'exercice de la "liberté d'aller et venir"⁶⁴,
- accompagnement adapté pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, etc. » (FHF)

• Un projet de vie

« La culture du projet d'établissement et du projet de vie apparaît très largement perfectible. Instruments essentiels, il convient de les consolider et de les dynamiser au cours des prochaines années. D'un point de vue architectural, il est difficile de caractériser le bâtiment optimal pour abriter les personnes âgées de demain, sans qu'il s'inscrive d'abord dans son environnement social. A la fois culturel, personnel et citoyen, le cadre de vie des personnes âgées de demain peut se résumer de la manière suivante : un « logement » chaleureux, sécurisant, et probablement moins cloisonné aux sens matériel, social et symbolique. L'établissement deviendrait alors un lieu de (re)socialisation, de partages et d'échanges. Il convient donc de rechercher un nouvel art de vivre permettant également d'illustrer sa propre individualité. Le logement en établissement devrait exprimer plus qu'il ne le fait actuellement, la vie intérieure du résident, sa personnalité, ses valeurs... L'adéquation entre un lieu de vie et les aspirations de ses résidents permettrait ainsi de mettre en lumière leur créativité comme leur identité profonde ; c'est pourquoi, il paraît indispensable d'autoriser voire d'encourager l'installation de mobiliers et d'effets personnels au sein du logement, en bref figurer les détails pour que ceux-ci s'approprient réellement leur espace intime. Sur ce point, la rupture avec les conceptions architecturales hospitalières résonne également de plus en plus comme une évidence. Enfin, sociologues, ethnologues et professionnels du bâtiment s'accordent de plus en plus pour reconnaître que l'aménagement du logement relèvera de moins en moins de la nécessité mais du plaisir. Il n'est donc ni invraisemblable, ni illogique, de repenser totalement l'espace de l'hébergement en établissement et de prévoir des équipements à la carte ou de manière encore plus individualisée des logements vides dans lesquels les résidents et (ou) leur famille laisseraient libre cours à leur imagination, dans le respect d'un règlement intérieur d'établissement par exemple ». (FCES)

«Le projet de vie de l'établissement est une démarche participative (associant les différentes catégories de personnel et les résidents) permettant à partir de l'énoncé des valeurs de référence communes à l'institution et aux acteurs qui la composent de redéfinir :

- d'une part, les finalités et les objectifs assignés aux prestations d'accueil, d'accompagnement et de soins dispensés par l'établissement ;
- d'autre part, l'organisation de ces mêmes prestations et de la vie quotidienne de l'établissement afin de les mettre en conformité par rapport aux intentions affichées.

Les objectifs relatifs à la qualité de vie des résidents à développer dans le projet d'établissement sont de maintenir les liens familiaux et affectifs des résidents, préserver un espace de vie à caractère privatif, concilier sécurité et liberté d'agir et de circuler en particulier à l'égard des personnes désorientées, préserver les repères identitaires, encourager la socialisation, apporter les aides et l'accompagnement nécessaires à la vie quotidienne et à l'épanouissement du projet de vie des résidents, assurer la dispensation des soins requis par l'état de santé des résidents. » (UNIOPSS)

⁶⁴ Cf. la conférence de consensus ANAES – Fédération Hospitalière de France, Novembre 2004 : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». Le texte des recommandations du jury peut être téléchargé sur le site de la Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

- **La préservation des liens familiaux**

« L'objectif à atteindre vise la préservation des relations sociales et familiales. A cet effet, il est préconisé de mettre en place des procédures pour recueillir les attentes des usagers, ouvrir l'institution aux familles, accueillir les familles et favoriser leur participation à la vie de l'établissement, prévoir l'hébergement des familles à proximité, prévoir des actions de soutien psychologique des familles, faire vivre le conseil de vie sociale (conformément aux dispositions du décret du 25 mars 2004)⁶⁵. (UNIOOSS)

« La préservation et l'entretien des relations avec les familles et les amis des résidents qui doivent constituer un objectif déterminant dans le projet d'établissement. L'accueil d'un résident ne doit pas pouvoir être assimilé à une rupture de sa vie affective, sociale et familiale. Dans ce sens, l'engagement des familles dans l'accueil de leur proche pourrait être intégré dans les contrats de séjour à la mesure de leurs capacités et disponibilités. » (CCMSA)

- **Un établissement inséré et ouvert**

« La création d'entités fédérées (public-public) ou coopératives (public-privé associatif) pourra permettre de développer des projets diversifiés, adaptés à chaque situation : pour accueillir des personnes déambulantes ici, des adultes handicapés vieillissants là, ou encore des personnes en fin de vie. Cette dynamique est encore plus fondamentale en secteur rural ou semi-rural : l'offre de services sociaux, médico-sociaux, (dans le domaine du handicap comme de la gérontologie), de même que l'offre de soins médicale ou paramédicale hospitalière et libérale ne seront maintenues dans certaines zones que dans une alliance étroite. » (FHF)

« La proximité entre le lieu de vie et les équipements et services ordinaires constitue un atout majeur pour le maintien des relations entre les résidents et leur environnement familial. L'établissement d'accueil doit, par son aspect architectural, son implantation dans le quartier ou le village, les relations fonctionnelles ou commerciales avec son environnement, trouver une place naturelle au cœur de la vie locale. [...] L'articulation réussie entre le domicile et l'établissement doit permettre à la personne âgée et à ses aidants naturels des séjours adaptés correspondant aux besoins des uns et des autres. Cet accueil temporaire de plus ou moins long terme peut déboucher sur un accueil permanent largement dédramatisé compte tenu de la connaissance progressive de la structure. Par ailleurs, cette articulation donne toute leur place aux services à domicile et intervenants médico-sociaux qui sont encouragés à la fois à permettre un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles et, dans le même temps, à soutenir l'organisation et le fonctionnement des structures d'accueil locales. » (CCMSA)

- **La structure des établissements**

« Le concept d'une prise en charge optimale en établissement à l'horizon 2020, 2025 s'accompagnera sans doute d'une redéfinition de l'espace et des « territoires » autour de la personne accueillie. De même, ces espaces devraient interagir sans doute de plus en plus entre eux. Ils définiraient des principes architecturaux nouveaux et des interventions sans doute différentes des professionnels, à travers la mise en place de protocoles de soins et de prise en charge encore plus individualisés. La définition de ces espaces autour de la personne accueillie pourrait se résumer de la façon suivante :

- un espace privé, individuel et intime conforté qui permettrait de se rapprocher de plus en plus de la notion de logement. Une surface minimum de 25 à 30 m² en type 2 avec une chambre et un séjour semble correspondre de plus en plus en terme de confort aux exigences des personnes accueillies ;
- des espaces spécifiques qui répondraient à des prises en charge diversifiées, temporaires ou permanentes dans l'établissement (ces espaces dédiés devraient apparaître de plus en plus comme des alternatives à l'hébergement permanent et identifiés comme tels au sein de l'établissement) ;
- un espace social qui correspondrait à des lieux de rencontres et d'échanges au sein de l'établissement, et dont bénéficieraient les résidents, les familles et les personnels ;

⁶⁵ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées par l'article L. 31-6 du code de l'action sociale et des familles. Le décret 2005-1367 du 2 novembre 2005 apporte des modifications quant à la représentation des résidents et des familles au sein du conseil de la vie sociale.

- Chapitre 1 -

- un espace sociétal enfin qui adapterait l'ouverture croissante de l'établissement sur la ville ou le village, et des réponses adaptées en termes de « (re)socialisation », d'animation et de liens inter générationnels.

La redéfinition de ces espaces autour de la personne accueillie pourrait enfin s'accompagner d'une logique de mobilité et de diversité entre plusieurs établissements, ouvrant la possibilité pour un résident d'être accueilli dans un autre établissement ou une autre région de façon temporaire (séjour court) ou saisonnière (séjour long). » (FCES)

« La notion de domicile ou quasi domicile, entendu comme un espace personnalisé librement et fortement investi par la personne. La demande est clairement exprimée par les résidents pour que cet espace ne soit pas uniquement structuré en fonction des nécessités du service mais d'abord en fonction des choix et habitudes de vie de la personne (c'est au personnel institutionnel de s'adapter et négocier des aménagements du domicile privatif et non l'inverse). Les espaces collectifs doivent permettre de proposer des services (repas, animation...), d'ouvrir la structure vers l'extérieur (vue sur la rue et passage facile à pieds sans obstacle vers le village ou la ville). Ces espaces doivent également faciliter les rencontres plus confidentielles entre résidents. » (CCMSA)

« L'établissement devra être conçu en petites unités de 12 à 15 personnes pour une capacité totale variant de 80 à 100 lits (80 étant à priori le seuil de rentabilité). L'architecture doit favoriser des lieux différenciés pour des activités, des rencontres, des lieux de détente et d'animation. Les espaces privatifs devront proposer une surface minimum de 25 m² et doivent pouvoir être personnalisés. » (FEHAP)

« La maison de retraite médicalisée d'aujourd'hui, esquisse de cahier des charges idéal type :

- capacité d'accueil : 60 à 80 places dont (à titre optionnel) une unité de 12 places pour personnes souffrant de troubles cognitifs. En alternative à une unité de vie spécifique, les promoteurs objectivent les dispositions prévues dans le projet d'établissement pour adapter les modalités d'accueil aux besoins spécifiques de ces personnes ;
- une structuration par unité de vie d'une vingtaine de places devrait être privilégiée, dans cette perspective chaque unité pourrait être équipée d'une salle de séjour collective dotée d'une cuisine relais ;
- des espaces privatifs de type logement plutôt que chambre d'une surface minimale de 25 m² sanitaires complets compris. En fonction du projet d'établissement, ces espaces pourraient être équipés de kitchenettes ;
- des espaces collectifs polyvalents permettant de diversifier les activités sociales et culturelles et favorisant la convivialité entre les résidents et avec les familles ;
- une restauration complète assurée par une cuisine centrale permettant la production des repas sur place, et d'alimenter les cuisines relais situées dans les unités de vie. » (UNIOPSS)

« En terme architectural, la vision de la FHF est la suivante : les nouveaux établissements devront être autorisés et construits autour d'une double problématique :

- héberger des personnes très dépendantes et souvent désorientées d'une part,
- être conçus comme de véritables plates-formes de services d'autre part, intégrant la dimension du soin au long cours.

Pour répondre au premier enjeu, la réalisation de modules de 8 à 15 lits en chambre individuelle (d'au moins 16 à 20 m² pour que la personne âgée puisse la personnaliser), alvéoles elles-mêmes regroupées dans une entité de gestion commune ou coopérative de 150 à 200 lits et places répartis sur 2 à 3 sites (espace territorial du canton), est le principe retenu par la FHF qui a lancé cette réflexion prospective de longue date⁶⁶. Cette logique de regroupement est indispensable dans un secteur médico-social marqué par un trop grand morcellement, pour permettre des économies d'échelle en terme logistiques – répartir les coûts fixes sur un nombre de résidents suffisants – et recruter du personnel compétent qu'une trop petite structure ne peut ni s'offrir ni attirer ni fidéliser (gériatre, psychologue, ergothérapeute, directeur, animateur, responsable hôtelier...). » (FHF)

⁶⁶ Cf. notamment les actes de Géront'expo-Handicap'expo Mars 2003 : « La maison de retraite de demain » (www.fhf.fr)

- **Qualités architecturales**

« Au plan de la matière. L'idée n'est pas de construire mais bien d'envelopper. Les matières choisies le seront de plus en plus pour leur authenticité, leur qualité au regard du confort (acoustique, thermique...), de l'hygiène (qualité de l'eau, de l'air), de l'esthétique (importance du visuel) et du respect de l'environnement (démarche HQE).

Au plan de la lumière. Qu'elle soit naturelle ou artificielle, elle devrait être plus utilisée au cours des prochaines années, à des fins de bien être et même thérapeutiques. Au regard de la recherche engagée à ce jour, des meilleures performances optiques et énergétiques permettent d'apporter selon les lieux et les moments, la juste quantité et la juste qualité de lumière.

Au plan de la couleur. En harmonie ou en confrontation, selon les besoins, les envies et les moments, la couleur devrait être de plus en plus intégrée au maintien en éveil, à la recherche de la stimulation ou à la volonté de détente. » (FCES)

3.6.3 Dépasser la césure domicile-établissement : le point de vue des concepteurs⁶⁷

- **Une implantation de l'institution en milieu urbain bien desservi**

Les coûts induits par une implantation en ville (immobilier, foncier...) peuvent constituer un obstacle à l'insertion des établissements en milieu urbain. Ceci étant, cette approche est avantageuse puisqu'elle favorise l'autonomie de la personne qui peut ainsi accéder aux commerces, à des services et recevoir régulièrement des visites. Cette implantation facilite le développement de projets intergénérationnels avec par exemple des interactions avec les écoles, les clubs du troisième âge...

- **Des choix programmatiques et techniques qui préservent le futur**

L'expérience montre que les établissements construits et considérés comme « optimaux » à une époque ne le sont plus quelques années plus tard. Pour élaborer une architecture optimale et durable, il importe au préalable de réfléchir à l'évolution des exigences de la population et des normes. Face aux incertitudes en la matière, il faut envisager des solutions programmatiques qui préservent l'avenir, à savoir en l'occurrence des structures modulables, ajustables aux besoins évolutifs de la population. Il peut s'agir de structures porteuses qui permettent des transformations futures, par exemple des cloisons démontables ou des gaines évolutives larges conçues pour développer les réseaux (afin de rajouter des petites cuisines ou des connexions Internet). Des réserves de terrains constructibles doivent aussi être prévues afin de préserver des possibilités d'extension.

Les attentes en termes d'architecture sont difficilement prévisibles. En revanche, si les politiques de soutien à domicile se développent, il est fort probable que les établissements auront de plus en plus à se spécialiser dans la prise en charge des personnes désorientées, d'où l'importance de l'accompagnement des opérateurs dans la création d'unités adaptées.

- **Préservation de l'autonomie et normes programmatiques**

Le modèle hospitalier n'est pas adapté à la préservation de l'autonomie de la personne âgée. Une fois à l'hôpital, le patient encourt le risque d'être confiné dans l'inactivité et de perdre ses repères sociaux. Pour le confort des personnes qui y séjournent, il est important de penser les établissements d'hébergement comme des ensembles de logements offrant des services. La norme de gestion optimale est d'autoriser le résident à amener ses meubles, à garder son animal domestique et à recevoir librement.

La taille des espaces privés est à considérer. Bien entendu, la soutenabilité financière des programmes d'investissement (cf. chapitre 3) est un objectif légitime (tant en termes d'accessibilité individuelle que de dépenses publiques) ; les investissements à consentir pour amener l'essentiel du parc à des normes

⁶⁷ Cette section s'appuie sur l'audition en plénière de Philippe Dehan, architecte.

simplement acceptables sont déjà très importants. On ne peut cependant occulter les conditions d'un hébergement censé préserver l'autonomie en termes de surface privative. Il ne semble pas aujourd'hui que l'augmentation des surfaces utilisées par place dans les programmes de construction se fassent toujours au bénéfice des espaces privés. Dans les arbitrages collectifs à réaliser et dans le portage des projets individuels, cet aspect mérite d'être examiné de près. Il semble également essentiel de laisser plus de liberté dans les déplacements des personnes déambulantes. Ainsi, les personnes malades d'Alzheimer devraient avoir le droit de sortir de chez elles comme elles le souhaitent, conjointement à une organisation du personnel favorable à leur accompagnement dans leurs déplacements.

Pour donner corps à de véritables projets, la commande publique doit enfin sans doute améliorer son processus de sélection des concepteurs, en particulier pour favoriser l'innovation. En France, le panorama des concepteurs se compose d'un tissu de petites agences et d'un réseau de gros cabinets. La sélection se fait souvent en faveur des plus grandes structures (le plus souvent moins innovantes) du fait de la sélection du concepteur selon le nombre de références équivalentes déjà réalisées.

Peut-on habiter une maison de retraite ?⁶⁸ de Colette Eynard et Didier Salon

On vit dans une maison de retraite, mais peut-on l'habiter ? Telle est la question que posent dans leur livre Colette Eynard, gérontologue et Didier Salon, architecte spécialisé dans l'habitat pour personnes âgées, en s'appuyant sur leur expérience commune dans le domaine de la restructuration et de la création d'établissements.

Une maison de retraite ne doit pas seulement être un lieu de « prise en charge des personnes âgées » mais un lieu de vie. Ce livre explique l'importance des territoires de vie pour continuer à se développer quels que soient l'âge et les difficultés. Il donne les moyens d'instaurer un dialogue entre l'architecte et le gérontologue, afin de mieux répondre aux besoins et aspirations des usagers.

Actuellement, les demandes faites par les pouvoirs publics, les institutions, les professionnels, et les familles, concernant l'architecture du grand âge, reflètent les contradictions entre les intentions d'un discours ouvert sur la vieillesse autonome et les réalités marquées par une réglementation stricte. La demande faite aux architectes est une demande de conformité aux réglementations, aux normes en vigueur, quand ce n'est pas aux tendances actuelles, à la mode.

L'usager doit être associé au processus de conception et de programmation, qui doit privilégier la notion d'usage de l'espace plus que sa fonction, les acteurs plus que les experts. Le travail coopératif de l'architecte et du consultant en gérontologie doit aider le porteur de projet à dépasser le stade de la commande technique et à concilier celle-ci avec les exigences et les besoins nouveaux en matière d'accueil des personnes âgées, notamment les spécificités d'accompagnement et de cadre de vie des personnes atteintes de déficiences intellectuelles. La dimension gérontologique donne au projet un véritable sens. Le gérontologue réfléchit sur les valeurs, la mission, la culture de l'établissement ; la place des différents acteurs dans la maison de retraite.

Si les personnes âgées en établissement ont le droit d'y élire domicile, établissement et domicile ne doivent cependant pas être confondus. La conquête de l'espace privé en établissement s'est manifestée de façon visible par l'élévation du niveau de confort et des conditions d'hygiène. Cependant, les espaces privatifs restent implantés dans un espace institutionnel, qui influence fortement les usages et les modes de vie (confusion espaces de vie et espaces de travail pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées). Parallèlement à cette conquête, une réglementation sécuritaire particulièrement dense (incendie, accessibilité, etc.) réduit les variations possibles d'aménagement de l'espace à une version minimale et standard, privant l'occupant de choix. Ainsi la surface minimale nécessaire pour l'application de la réglementation s'élève par chambre à environ 18 m², soit 90% de la surface totale constatée dans bien des cas.

Les auteurs réfléchissent également aux relations à établir entre les espaces privés, collectifs, et de service (logistique, soins, bureaux du personnel), la disposition spatiale de ceux-ci devant contribuer à structurer la vie des résidents et leur accompagnement par les professionnels.

L'ouvrage analyse les modèles traditionnels d'établissements (modèle domestique, fonctionnaliste, etc.), les types d'institutions (cantou, domiciles collectifs, etc.) et leurs limites (manque de structures thérapeutiques, uniformisation et modélisation à outrance, défaut de flexibilité, etc.).

Il suggère enfin quelques solutions pour rendre ces établissements habitables, pérennes et flexibles, grâce à certains détails architecturaux et aux analyses des professionnels.

⁶⁸ Colette Eynard et Didier Salon, *Peut-on habiter une maison de retraite ?*, Collection *La gérontologie en actes*, L'Harmattan, 2006.

3.6.4 Les capacités d'intégration autour des opérateurs en établissement

Les noms peuvent être différents mais tous les acteurs de l'hébergement - privés commerciaux, privés associatifs et publics - mettent en avant l'importance de l'intégration des compétences sanitaires, médico-sociales et sociales pour construire une prise en charge globale de la personne âgée en perte d'autonomie. « Carrefour polyvalent de services à la personne » (Synerpa), « plate-forme » dont les établissements pourraient être les coordinateurs (FEHAP, FHF), « plate-forme de services » : l'unanimité autour du rôle pivot à faire jouer aux établissements dans l'intégration des services mérite d'être soulignée et concrétisée. Faire prospérer ce consensus au profit d'une meilleure coordination est un enjeu déterminant. C'est la raison pour laquelle, après avoir décrit plus haut les différentes options d'intégration, nous développerons particulièrement celle-ci.

- **Quels sont les enjeux ?**

Faute de régulateur ou de planificateur unique, fautes d'innovations déterminantes, faute de volonté parfois de développer les polyvalences, les lignes de fracture perdurent : cloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et les services à la personne ; concurrence domicile/institution ; dichotomie des secteurs public, privé associatif et privé commercial.

Ces fractures ont pour conséquence immédiate la difficulté de construire les formules intermédiaires (accueil de jour ou hébergement temporaire).

Elles ont surtout pour effet de reporter la charge de la coordination sur les personnes âgées et leurs familles. Dans de nombreux cas, une perte d'autonomie modérée est accompagnée à domicile sans trop de difficultés pendant des mois. Et soudainement, parce que la personne âgée ou la personne qui la soutient décompense, la personne âgée est adressée aux urgences et engagée dans un cycle de perte d'autonomie accélérée. Idéalement, on l'a dit, c'est l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux qui doivent se coordonner en filières gériatriques et en réseaux gérontologiques autour de la situation singulière de chaque personne âgée vulnérable et de ses proches, lorsqu'elle demeure encore à domicile et lui assurer par exemple la possibilité de bénéficier d'une évaluation multidisciplinaire précoce en hospitalisation de jour, disposant d'un accès direct à un plateau technique complet (imagerie, biologie) et d'un suivi régulier à la fois social et médical pour prévenir les situations de décompensation aiguë. Une fois entrée en établissement, la personne âgée est aussi en droit d'attendre un accompagnement et des soins de qualité. Là encore, il s'agit d'assurer une prise en charge sanitaire adaptée et d'anticiper les situations de crise par un partenariat avec les établissements de santé.

A domicile comme en établissement, les opérateurs ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des compétences et ressources hospitalières en gériatrie, en hospitalisation et en ambulatoire. Les trajectoires entre hospitalisation, visites, examens, établissements médico-sociaux et domicile doivent être plus fluides et organisées avec un réel partage et suivi d'informations.

L'enjeu est aussi de permettre les interventions des professionnels dans les différents contextes. Face à la raréfaction relative des personnels qualifiés médicaux et soignants (dans certaines zones rurales notamment), il est important de penser à une utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines. Les soignants d'un territoire sont confrontés à une double contrainte : ils doivent en effet répondre aux attentes des personnes soutenues à domicile qui ont besoin d'interventions professionnelles de plus en plus spécialisées pour garantir la qualité et la continuité des soins dont elles ont besoin (sorties précoces d'hôpital, fin de vie à domicile, traitements ambulatoires lourds) ; ils doivent en outre intervenir auprès des résidents des établissements peu médicalisés pour les mêmes actes de soins qu'au domicile et pour lesquels le personnel d'accompagnement social ne dispose ni de la compétence, ni du droit de les réaliser malgré une présence permanente dans la structure.

La mutualisation de ressources entre les structures médico-sociales pourrait contribuer à une rationalisation des équipements sur un même territoire. Il s'agit d'organiser la complémentarité des structures d'hébergement, de soins, d'accompagnement spécialisé, sur un territoire correspondant au bassin de vie. Ces regroupements de moyens permettraient d'organiser plus facilement le soutien et la formation pour les professionnels des équipes, les animations et ateliers de prévention, l'appui

externe de conseils en ressources humaines et en organisation (notamment pour mettre en œuvre la démarche d'amélioration continue de la qualité prévue par le législateur).

L'immersion des établissements dans la culture du maintien à domicile paraît d'autant plus importante, qu'on installe de la sorte une structure d'accueil sanitaire et médico-sociale au cœur d'un territoire de santé, a fortiori dans les espaces ruraux. Les établissements médico-sociaux sont appelés à ce titre, à devenir de plus en plus un vecteur essentiel d'aménagement du territoire.

- **Quels sont les atouts des établissements ?**

Plutôt que de démultiplier les structures *ad hoc* dédiées à la coordination, il apparaît logique de s'appuyer d'avantage sur les établissements pour assumer une partie du travail de coordination des services à la personne âgée. Ceux-ci ont en effet la connaissance de la personne âgée, de ses besoins et des situations spécifiques qu'elle peut affronter. Les établissements sont par ailleurs habitués à la promotion de la démarche qualité et ont montré leurs facultés d'adaptation, notamment à travers le conventionnement. Malgré les défauts de répartition de l'offre, ils assurent enfin un maillage territorial intéressant.

L'ensemble des offreurs de services en établissement est disponible pour une intégration plus forte des services. Il s'agit évidemment là d'un aspect majeur, sauf à recréer des distorsions selon le statut des opérateurs. Même s'il demeure des obstacles (cf. infra), un certain nombre d'évolutions ont en effet permis depuis quelques années la diversification des offres de services : une part significative des initiatives de création d'établissements revient, on le sait, aujourd'hui aux établissements commerciaux ; les opérateurs commerciaux de l'aide à domicile ont par ailleurs bénéficié de la relative homogénéisation des conditions faites aux opérateurs : réduction d'impôts pour les clients des opérateurs commerciaux depuis 1996, application d'un taux réduit de TVA depuis 1999 (alignement sur le secteur associatif), depuis 2004, bénéficie de l'exonération de charges sociales au même titre que les services d'aide à domicile associatifs. Les dispositions du *Plan Borloo sur les services à la personne* poursuivent, on l'a dit, le processus de rapprochement.

- **Quels sont les obstacles ?**

Il demeure un certain nombre d'obstacles à une implication plus forte des opérateurs gestionnaires d'établissements dans les services à domicile et dans les services intermédiaires.

Il ne faut pas méconnaître les différences de culture, d'approche gestionnaire, de pratique des relations avec les financeurs et tutelles ou tout simplement l'absence de volonté individuelle de diversification, quand bien même celle-ci serait reconnue, on l'a dit, par l'ensemble des fédérations.

Le secteur privé commercial (Synerpa) met pour sa part en avant deux obstacles majeurs :

- la condition d'activité exclusive : les dispositions du code du travail (article L 119-1) imposent aux services d'aide à domicile de se consacrer exclusivement à cette activité. Le but était d'éviter que n'importe qui puisse intervenir au domicile des particuliers, surtout lorsqu'ils sont considérés comme vulnérables (personnes âgées, enfants). Un gestionnaire de maison de retraite ne peut dès lors ouvrir un service d'aide à domicile sous la même personne morale. Le Synerpa met en avant le fait que les établissements publics autonomes, les CCAS et les associations intermédiaires bénéficient déjà d'une dérogation en la matière ;
- les obstacles opposés par les CRAM à l'intervention des opérateurs privés commerciaux, en dépit des circulaires de la CNAV.

Le secteur public (FHF) s'attache quant à lui aux problèmes de reconnaissance des qualifications (DEAVS) entre le secteur de l'aide à domicile et la fonction publique hospitalière. « Aujourd'hui, les personnes titulaires de ce diplôme n'ont aucune reconnaissance si elles entrent dans la fonction publique hospitalière et ne peuvent être rémunérées que comme agents des services hospitaliers. Un changement de statut serait nécessaire pour créer un corps intermédiaire entre les aides-soignants et les ASH. »

- **Quels sont les supports de la polyvalence ?**

La participation des établissements à la constitution d'une offre de services diversifiée peut prendre plusieurs formes. Le plus simple, le plus opératoire - mais la formule n'est pas forcément adaptée à toutes les situations - est de permettre à une même personne morale (quel que soit son statut) d'offrir une large gamme de services : hébergement temporaire, accueil de jour, SSIAD, petites unités de vie, EHPAD, portage de repas, téléassistance, aide à domicile, voire HAD, etc.

Une autre solution est de faire en sorte que les établissements travaillent avec les autres prestataires de services dans le cadre formalisé de conventions destinées à coordonner les interventions des uns et des autres ou dans le cadre de groupements de coopération sanitaire ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Il paraît aussi judicieux d'inventer de nouvelles modalités d'implication des acteurs du secteur au sein même de l'établissement. A titre d'exemple, et notamment en milieu rural où la problématique démographique est la plus aiguë, l'implantation de cabinets libéraux pluridisciplinaires dans les locaux d'un établissement pourrait être encouragée et développée.

Le mécanisme de coordination repose enfin sur la concertation de tous les dispensateurs de services impliqués auprès des aînés, assurée par une équipe d'intervenants pivot qui assumerait chacun un secteur territorial autour de l'établissement. L'exemple québécois des « case managers » et des « centres locaux de services communautaires » intègre cette logique d'aménagement du territoire sanitaire et médico-social.

- **Quelles sont les orientations souhaitables ?**

Si les enjeux décrits ci-dessus sont jugés pertinents (pour l'organisation des parcours des personnes fragiles, pour la mutualisation des ressources, pour l'aménagement du territoire), il importe :

- de lever les obstacles à l'émergence d'acteurs polyvalents, en traitant les distorsions qui demeurent entre les opérateurs et en facilitant la circulation entre les secteurs (social, médico-social et hospitalier) des différentes catégories de personnel ; cela suppose de revoir la clause d'exclusivité d'activité pour les interventions à domicile (article L 119-1 du code du travail) quel que soit le statut de l'intervenant et d'harmoniser les dispositions relatives à la qualification des personnels entre les différents milieux, notamment à travers la reconnaissance du DEAVS en milieu hospitalier ;
- d'engager l'ensemble des acteurs à développer la polyvalence et d'insérer plus fortement les objectifs de coordination, de regroupement et de polyvalence dans les procédures d'autorisation, de financement et de conventionnement.

Même si les « cultures » de services et les pratiques de gestion apparaissent aujourd'hui hétérogènes entre les opérateurs intervenant au domicile *versus* en établissement, les uns et les autres sont prêts à bouger et ont commencé de le faire. Le moins que l'on puisse demander aux tutelles est de ne pas entraver ce mouvement et de ne pas dresser, dans les textes ou dans les pratiques, de barrières à l'entrée injustifiées.

Chapitre 2

Prospective du nombre de places et des besoins en personnels

Le premier rapport de la mission en juillet 2005 avait développé trois scénarios principaux de projection de places en EHPAD. La nouvelle commande du ministre suppose de développer un seul scénario et de déployer l'exercice de quantification non pas sur les seuls EHPAD mais sur l'ensemble de la gamme d'équipements et de services.

Les éléments qui sous-tendaient les scénarios du premier rapport en termes d'analyse des besoins sont conservés ici, notamment le caractère discriminant de l'isolement des personnes en ce qui concerne l'entrée en institution. Accréditer un scénario de soutien accru à domicile suppose de traiter les facteurs d'entrée en institution mais aussi de considérer la qualité de cette prise en charge et l'intensité de l'aide professionnelle afférente.

Si la priorité n'est pas donnée à la création continue sur longue période de places nouvelles en EHPAD, en revanche la qualité de l'accueil en institution est clairement affichée comme un objectif. Cela vaut pour les taux d'encadrement professionnel comme pour les caractéristiques du bâti.

Au total, l'élaboration du scénario équilibré se construit à terme sur de développement d'un soutien à domicile plus dense et diversifié et sur "l'intensification" de la prise en charge en établissement.

Deux hypothèses sont présentées pour l'encadrement professionnel en établissement : plus ou moins volontaristes, plus ou moins rapides en terme de montée en charge, elles supposent non seulement des efforts financiers différents (cf. chapitre 3) mais des contraintes plus ou moins fortes en ce qui concerne le recrutement des personnels en faveur de l'accueil des personnes âgées.

Résumé opérationnel

Enjeux

Le déploiement d'une offre diversifiée repose tout à la fois sur les initiatives d'acteurs polyvalents (susceptibles d'organiser eux-mêmes cette diversité) et sur les outils de la régulation publique proactive en la matière (mettre en place les outils réglementaires, les financements, les dispositifs de coordination), accommodante (ne pas entraver le développement d'une offre diversifiée et multi-services) ou garante (s'assurer que les acteurs économiques jouissent des mêmes droits).

L'affichage d'objectifs quantifiés focalise l'attention sur quelques grandes masses, au détriment bien souvent de la diversification. Il est cependant nécessaire aux opérateurs, isolés ou non, qui ont besoin de repères pour entreprendre, aux acteurs territoriaux, qui doivent articuler la planification de moyen terme et la programmation de court terme, et aux pouvoirs publics centraux eux-mêmes en termes de planification et de financement.

Si telle est l'exigence, il ne saurait être question ici de borner l'analyse des besoins en considération des enveloppes existantes ou des personnels disponibles. On ne fera pas face aux problèmes d'attractivité des métiers du médico-social, par exemple, en minimisant *a priori* les besoins en personnel.

Quatre injonctions guident cet exercice :

- prendre acte de la progression inexorable de l'âge et de la dégradation de l'autonomie à l'entrée en établissement médicalisé, sans parler de la charge en soins ;
- considérer la progression des taux d'encadrement (à domicile ou en établissement) nécessaires à la prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes ;
- privilégier en conséquence une plus grande spécialisation des établissements (médicaliser réellement les EHPAD et préserver la vocation d'établissements hors EHPAD) et des prises en charge à domicile (rôle des SSIAD) ;
- reconnaître l'obsolescence ou l'inadaptation d'une part substantielle du parc d'établissements.

L'accent mis sur le maintien à domicile ne saurait être considéré comme une forme de défausse quant aux nécessités de la programmation : les impératifs de formation, l'articulation des différents éléments de l'offre (à domicile et en lien avec les établissements), le souci de la qualité (pour la prise en charge de personnes tendanciellement de plus en plus fragiles), imposent de se préoccuper du déploiement des initiatives et de la structuration du secteur. L'ampleur des besoins et le souci de la performance justifient une « sortie par le haut », la mobilisation de l'ensemble des acteurs potentiels dans un cadre davantage concurrentiel et orienté vers la qualité.

L'existence d'un stock de places en établissement appelle une réflexion ouverte sur la destination de ce parc, les possibilités de reconversion ou de hiérarchisation, en conservant à l'esprit l'impératif de diversité qui amène à se méfier des tendances à la normalisation ; cette réflexion concerne tous les types d'établissements et toutes les catégories d'âge.

Orientations

- **Un effort soutenu de création de places jusqu'en 2010**

Compte tenu de ces éléments et des projections présentées dans le premier rapport, le principe d'ensemble qui pourrait être retenu serait de porter à 680.000 en 2010 le nombre de places en établissement (toutes formules confondues) et de stabiliser le parc à ce niveau à partir de là.

Sur cet ensemble, la composante EHPAD et USLD pourrait représenter 530.000 places. En dehors des créations nouvelles de places en EHPAD sur un rythme soutenu (5.000 par an sur la période 2008-2010, compte tenu de l'acquis 2004-2007) et, à l'inverse, des sorties de parc (pour les établissements les plus obsolètes ou à l'occasion de réductions de places liées aux reconversions), cette composante serait abondée par la reconversion d'une part limitée du parc de logements-foyers en EHPAD (20.000 places seraient concernées, ce qui suppose de limiter le conventionnement des logements-foyers à 10.000 places nouvelles).

Lui serait adossé un volume conséquent de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour (autour d'une cible de 40.000 places en 2010), soit un effort considérable de 19.000 places à créer sur 2008-2010, d'où la nécessité de lever les obstacles à la viabilité des projets en la matière.

D'autres solutions (établissements peu médicalisés de type logements-foyers ou assimilés, petites unités...) complèteraient le parc à hauteur de 110.000 places : résultat de la sortie du parc d'une partie des logements-foyers actuels (pour obsolescence ou du fait de la transformation en EHPAD) et de la reconstitution d'un nouveau contingent de places peu médicalisées.

Une clause de rendez-vous pour un nouvel exercice de quantification globale pourrait être programmée en 2010, qui bénéficierait de l'apport d'enquêtes nouvelles et de la consolidation du système d'information. En cas d'évaluation positive, la restructuration du parc se poursuivrait mais dans le cadre d'une enveloppe globale de places stable.

- **Avoir une cible finale de conventionnement accessible à brève échéance**

La cible finale des conventions tripartites n'est pas aujourd'hui clairement définie alors même que va s'engager le reconventionnement. Les caractéristiques des établissements, les pratiques des différents opérateurs, les disparités au sein des services instructeurs génèrent des distorsions considérables, pas forcément corrélées à la réalité des besoins territoriaux dans une gamme de prise en charge définie.

Fixer une cible accessible à brève échéance, sur les bases indiquées ci-dessus, permettrait de clarifier les conditions dans lesquelles se poursuivra le processus de médicalisation des EHPAD et le développement des métiers de l'animation, de traiter le cas des logements-foyers et d'engager sur des bases saines le programme de restructuration de l'ensemble du parc.

Les efforts affichés pour l'encadrement en établissement (quelle que soit l'hypothèse retenue) invitent à revoir les règles du conventionnement qui ont prévalu jusque-là pour la définition des moyens en personnels (diversifiés) et le financement (cf. chapitre 3).

- **Viser une progression soutenue des taux d'encadrement en établissement**

S'agissant des effectifs en établissement, il convient de tenir compte des acquis de la médicalisation, des efforts à consentir pour l'accueil d'un public de plus en plus dépendant et de la composante non médicale de la prise en charge.

Deux hypothèses de progression des taux d'encadrement sont présentées :

- une hypothèse de montée en charge progressive, qui situe le taux d'encadrement global à 66,3 ETP pour 100 résidents en 2010, à 71 en 2015 et à 75,7 en 2025 (contre 57,4 en 2003) et le taux d'encadrement soignant respectivement à 28,3, 32,8 et 36 (contre 23,8 en 2003) ;
- une hypothèse volontariste de montée en charge rapide, qui situe le taux d'encadrement global à 72,9 ETP pour 100 résidents en 2010, à 77,8 en 2015 et à 81,4 en 2025 et le taux d'encadrement soignant respectivement à 35,3, 39,9 et 43,2.

Dans les deux cas, l'effort est très conséquent sur les personnels d'animation, dont les taux de présence en établissement doublent très rapidement. En revanche, dans la seconde hypothèse, l'effort fait sur le personnel médical et paramédical est beaucoup plus soutenu, rapide et durable.

- **Développer sensiblement les places de SSIAD et les soins infirmiers**

Compte tenu des orientations retenues en matière d'hébergement (une stabilisation du parc d'EHPAD à l'horizon 2010 et un recentrage progressif sur les plus dépendants) et de l'évolution des effectifs de personnes âgées dépendantes aux différentes échéances, compte tenu par ailleurs des lacunes de la couverture actuelle et de la progression du niveau de dépendance des personnes prises en charge par les SSIAD, un effort très conséquent doit être réalisé en matière de soins infirmiers.

Les cibles sont de 111.000 places de SSIAD en 2010, 147.000 en 2015 et 229.000 en 2025 (par rapport à un acquis prévu de 100.000 en 2008).

Le renforcement des structures, l'amélioration de leur performance et un meilleur ciblage des prestations permettront de soulager, mais dans de faibles proportions, la progression des besoins.

- **Renforcer sensiblement les aides à domicile pour les personnes isolées**

Compte tenu de l'évaluation des besoins qui peut être faite et de la nécessité d'accréditer le scénario de moindre entrée en institution des personnes isolées, il paraît légitime d'augmenter sensiblement les volumes d'aides pour les personnes isolées de 47 heures mensuelles pour une personne isolée en GIR1-2 et de 63 heures pour une personne isolée en GIR3-4. Cet effort conduit à une augmentation sensible du nombre d'heures moyen par personne âgée dépendante (+55%) à l'horizon 2025.

- **Renforcer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées**

La croissance des besoins en personnel est, dans la logique de ce qui précède, beaucoup plus forte à terme à domicile qu'en établissement. Le cumul des besoins à l'horizon 2025 atteint, selon les hypothèses, 1.055.000 personnes ou 1.072.500 (contre 610.000 personnes, estimation 2005).

A ces créations nettes, s'ajoutent les besoins liés aux départs en fin de carrière (plus de 150.000 personnes vont quitter leur emploi d'ici 2015, soit 26 % des effectifs concernés).

Au total entre 2005 et 2015, ce sont entre 342.000 et 360.000 postes qui seront à pourvoir, d'où l'importance de renforcer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées, particulièrement si l'on considère la concurrence des autres secteurs.

- **Consolider la planification en ce qui concerne la restructuration du parc**

Plutôt qu'à la création de places nouvelles au-delà de 2010, la priorité est clairement donnée en institution à la fois au renforcement des taux d'encadrement et à la restructuration physique du parc sur les vingt prochaines années. Il n'existe cependant pas d'évaluation consensuelle des besoins en la matière. Ceux-ci dépendent de la problématique propre à chaque type d'établissement et de l'importance donnée respectivement aux impératifs de mise en conformité et à la montée en gamme des établissements (taille des chambres, critères de confort discriminants notamment).

Pour programmer les restructurations lourdes, nous proposons dès lors une fourchette, qui encadre les besoins de renouvellement présents et à venir : 150.000 et 300.000 places à restructurer. Ces deux cibles serviront de base aux calculs ultérieurs.

1 Référents étrangers : la priorité donnée à un soutien à domicile de qualité

1.1 L'orientation des politiques publiques dans les pays de l'OCDE

Nous avons décrit dans le premier rapport un ensemble d'éléments relatifs à la prise en charge en institution dans les différents pays de l'OCDE, en particulier ceux de l'Union européenne. Nous apporterons simplement ici quelques données complémentaires.

La plupart des pays occidentaux affichent clairement la priorité donnée à un soutien à domicile de qualité et diversifié : la Suède, la Finlande, le Danemark, la Norvège, l'Australie - suivie plus récemment par l'Allemagne, le Royaume-Uni et le Canada - ont choisi cette voie.

Les objectifs annoncés des politiques de prestations aux aidants et aux personnes âgées en perte d'autonomie⁶⁹

	Buts politiques
Allemagne	Maintenir les personnes à domicile autant que possible Réduire la demande de places en établissement Alléger les demandes aux régimes de l'aide sociale Libérer les parents et enfants d'une lourde responsabilité financière Stimuler les réseaux sociaux Donner une reconnaissance professionnelle aux soins informels
Australie	Promouvoir le <i>community care</i> et le maintien à domicile <i>Carer payment</i> – reconnaître qu'il s'agit d'un travail <i>Carer allowance</i> – compenser (très partiellement) le coût des soins
Autriche	Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Faire preuve de solidarité sociale envers les personnes en perte d'autonomie Elargir la palette de choix des services Inciter le recours aux soins informels
Danemark	Proposer un congé familial Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Stimuler les réseaux sociaux
Finlande	Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Réduire la demande de place en établissement <i>Omaisloidon</i> – compenser l'aidant pour la perte du revenu <i>Elkensaajien Hoiotuki</i> – compenser le coût de la dépendance
Pays-Bas	Proposer un congé familial <i>Loopaanonderbreking</i> – créer des emplois, réduire le taux de chômage <i>Persoonjebonden budget</i> – maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Réduire la demande de places en établissement Réduire les coûts
Royaume-Uni	Maintenir les personnes âgées à domicile – <i>Community Care</i> Stimuler les réseaux sociaux Inciter à l'utilisation des soins informels <i>Attendance Allowance</i> – pour l'achat des services <i>Invalid Care Allowance</i> – compenser le revenu perdu

L'ensemble des pays mentionnés dans le tableau ci-dessus déploient une stratégie double :

⁶⁹ Jane JENSON, « D'un régime de citoyenneté à un autre : la rémunération des soins » in Claude Martin (dir.), *La dépendance des personnes âgées - Quelles politiques en Europe ?*, Editions ENSP, 2003

- Chapitre 2 -

- une désinstitutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et une réduction du parc d'établissements d'hébergement ou à tout le moins une stabilisation ;
- un renforcement des dispositifs liés à la prise en charge à domicile.

L'exemple australien comporte deux éléments intéressants. D'une part, la mise sur pied du programme « *Community Aged Care Package* » offrant des « places d'hébergement » à domicile à des personnes en perte d'autonomie modérée a remporté un tel succès auprès de la clientèle âgée qu'il a rapidement été bonifié. Malgré son manque de flexibilité, fonctionnant sur la base d'un forfait de soins prédéfini, ce programme répond au besoin de sécurité ressenti par ces personnes. D'autre part, l'expérience australienne se singularise par l'existence de plusieurs modèles d'habitation intermédiaires. Ces logements répondent au besoin de sécurité de la personne et rompent l'isolement des personnes âgées tout en améliorant l'accessibilité pour les services de maintien à domicile.

Ce sont des raisons similaires qui ont incité le Danemark à interdire la construction de nouvelles maisons de soins infirmiers, leur préférant la construction d'appartements adaptés aux besoins spécifiques des personnes dépendantes. Une autre mesure danoise favorise indirectement le maintien à domicile : les visites à domicile préventives. Ainsi, depuis juillet 1998, les municipalités ont l'obligation d'offrir à toute personne de plus de 75 ans une visite à domicile deux fois par an afin de l'informer des services disponibles et de prendre les mesures nécessaires à la prévention des maladies et des incapacités. Le Danemark est aussi un des rares pays où les services de maintien à domicile, entièrement publics et gratuits, sont disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Dans le canton de Genève, suite au vote de la loi sur l'aide et les soins à domicile, le Conseil d'Etat avait décidé, en 1992, un moratoire sur la création de tout nouvel établissement médico-social. Ce moratoire a été levé en 2000 une fois acquis le principe de la diversification. La politique est désormais articulée autour de six objectifs : l'intégration des personnes âgées dans la vie de la cité ; la garantie de disposer, après la période active, des ressources financières nécessaires à une vie décente ; la promotion de logements adaptés aux besoins et aux difficultés des personnes âgées ; un environnement et une aide flexibles et adaptés aux besoins des personnes âgées ; des soins hospitaliers en faveur des personnes âgées ; une information et une organisation efficaces.

Au Royaume-Uni, l'inscription en 1993 sur une seule ligne budgétaire des sommes allouées aux autorités locales pour l'ensemble des services sociaux, y compris l'hébergement et les services de maintien à domicile, avait pour but de favoriser le maintien à domicile par une plus grande flexibilité dans l'allocation des ressources. Les résultats sont aujourd'hui ambivalents car les autorités locales n'ont pas forcément intérêt financièrement à développer le soutien à domicile. En effet, pour le calcul de la contribution de l'usager hébergé, les revenus et les biens immobiliers sont pris en compte tandis que pour la personne bénéficiant de services à domicile, on ne considère que les revenus. Au final, du point de vue de la municipalité, le maintien à domicile est plus coûteux que l'hébergement en institution.

Parallèlement à la priorité donnée au maintien à domicile, de nombreux pays ont fait le choix de la décentralisation de leurs systèmes d'aides aux personnes âgées dépendantes. Le modèle scandinave est actuellement considéré avec attention par l'ensemble des pays de l'Union européenne. La gestion de proximité permet, en effet, d'organiser des équipes d'évaluation des besoins de façon plus efficace, de prendre des décisions plus rapides en raccourcissant les circuits de décision et de financement et de mettre en place un suivi adapté sur la base de référents locaux valables. Le contrôle de la qualité et de l'égalité des prestations demeurant une priorité, la Suède, face à des inégalités notables entre les municipalités responsables des services et des établissements, a renforcé ses services nationaux de contrôle et d'inspection. En outre, les niveaux local et national rencontrent certaines difficultés administratives dans leur collaboration, et les municipalités veulent transférer une partie des soins aux provinces. Par ailleurs, le Royaume-Uni et l'Italie ont défini des standards de qualité de la délivrance des prestations pour le premier, un niveau minimum de prestations devant être présent dans chaque territoire pour la seconde. D'aucuns analysent ce phénomène comme une recentralisation normative.

1.2 Le parc existant chez nos voisins européens

Au-delà des intentions affichées, la situation concrète chez nos partenaires s'apprécie aussi en fonction de l'état du parc existant et du degré d'institutionnalisation.

Selon les données de l'étude conduite par Jean de Kervasdoué (CNAM) pour la Fondation Orpéa, les taux d'équipement français en établissements dans les différentes tranches d'âge sont proches de ceux de la Suède et inférieurs aux taux hollandais mais très supérieurs aux taux observés dans les autres pays de l'étude. (tableau n°9)

Les taux de prise en charge en institution en fonction de l'âge reproduisent par construction cette même hiérarchie (tableau n°10).

La démographie institutionnelle éclaire différemment la situation européenne (tableau n°11). Le taux de médicalisation des établissements (c'est-à-dire la part des établissements médicalisés au sein du parc) est en effet très dispersé : la situation française apparaît relativement équilibrée, entre la très forte médicalisation allemande (plus des trois quarts de places médicalisées) et la « préférence » pour la non médicalisation, tant aux Pays-Bas qu'au Royaume-Uni.

Tableau n°9 : Taux d'équipement en établissement

Au 1 ^{er} janvier	France (2004)	Espagne (2004)	Suède (2002)	Allemagne (2003)	Pays-Bas (2004)	Royaume-Uni (2004)
Pour les plus de 65 ans (‰ hab)	66,3	44,0	77,0	46,8	73,9	47,3
Pour les plus de 75 ans (‰ hab)	135,5	74,8	132,2	108,9	164,3	99,8
Pour les plus de 80 ans (‰ hab)	244,4	143,0	224,4	201,5	305,0	174,7

Source : Cnam, CREGAS-INSERM U537

Tableau n°10 : Part des personnes âgées en institution selon l'âge (maisons de retraite, USLD, logements-foyers)

Au 1 ^{er} janvier	France (1999)	Espagne (2003)	Suède (2004)	Allemagne (2003)	Pays-Bas (2000)	Italie (2001)	Royaume-Uni (2001)
Part des plus de 65 ans	5,7	3,6	6,7	4,0	7,4	2,2	3,7
Part des plus de 75 ans	12,2	nd	12,1	8,1	nd	4,0	6,9
Part des plus de 80 ans	19,2	14,3	17,3	12,6	nd	nd	10,0
Part des plus de 85 ans	25,4	nd	nd	21,1	nd	nd	16,7

Source : Cnam, CREGAS-INSERM U537

Cet ensemble d'éléments ne prescrit évidemment aucune solution à la France. Néanmoins, la distanciation affichée par rapport à la prise en charge en institution marque la plupart des politiques nationales de prise en charge, à partir de situations initiales certes disparates mais où la position française n'apparaissait pas particulièrement en retrait.

En revanche, bien entendu, l'affichage du soutien à domicile comme axe politique majeur se concrétise, chez la plupart de nos partenaires par la densité et la diversité des solutions offertes.

Tableau n°11 : Démographie institutionnelle

Au 1 ^{er} janvier	France (2004)	Espagne (2004)	Suède (2000)	Allemagne (2003)	Pays-Bas (2004)	Royaume-Uni (2004)
Nombre total d'établissements d'hébergement	10 526	4 743	4 100	9 743	1 685	15 673
Nombre total de places en établissement	670 900	265 712	104 787	694 939	164 098	449 446
En section non médicalisée	307 700	113 677	nd	153 789	101 071	274 162
<i>Part dans le total des lits</i>	46%	45%		22%	62%	61%
En section médicalisée	363 200	138 149	nd	541 149	63 027	175 284
<i>Part dans le total de lits</i>	54%	55%		78%	38%	39%

Source : Cnam, CREGAS-INSERM U537

2 Le nombre de places cible à 2010, 2015 et 2025

Dans la ligne du premier rapport, l'hypothèse majeure faite ici tient au choix des taux de prise en charge en institution. Conformément à l'option prise précédemment, ce taux est supposé constant à l'horizon 2010, d'où une hausse du nombre de places en établissements. Par la suite, l'amplification du soutien à domicile permet, en cohérence avec le scénario 3 présenté dans le premier rapport, d'accréditer la baisse du taux d'institutionnalisation des personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), particulièrement pour les personnes isolées. Pour évaluer les effectifs à prendre en charge en établissement, le préalable est bien entendu de se donner des hypothèses en matière de dépendance.

2.1 Effectifs de personnes âgées dépendantes et prise en charge en institution

2.1.1 Hypothèses en matière de dépendance

Aucun élément d'information nouveau ne permet de réactualiser les hypothèses en matière de dépendance présentées dans le premier rapport, sur la base des travaux de l'INSEE et de la DREES. Les chiffres d'ores et déjà atteints par l'APA, dont la croissance est certes freinée mais se poursuit de trimestre en trimestre, nous amènent cependant à privilégier, pour être réaliste ou à titre prudentiel, c'est selon, l'hypothèse haute en matière de dépendance. Cela ne revient pas à assimiler la population en perte d'autonomie à la population bénéficiaire de l'APA mais simplement à considérer que, s'agissant d'un exercice destiné à l'évaluation d'une demande de prise en charge et au calibrage de la réponse institutionnelle, sous quelque forme que ce soit, il est prudent de ne pas instaurer d'emblée un trop fort décalage. Les chiffres retenus dans ce rapport constituent donc plutôt la borne supérieure des évolutions en matière de dépendance et le rendez-vous de réévaluation de 2010, proposé infra, aura notamment pour objet de valider ou non cette hypothèse.

En tout état de cause, la démographie ne montre pas de rupture sur la période considérée même si la marge d'incertitude n'est pas négligeable. L'incidence de la maladie d'Alzheimer est particulièrement incertaine, avec des chiffres variant selon les sources entre 135.000 et 165.000 nouveaux cas par an, selon le rapport de la Cour des comptes.

Tableau n°12 : Nombre de personnes dépendantes - GIR 1 à 4 (en milliers)

		2005	2010	2015	2025
Personnes de 60 ans ou plus	hypothèse haute	863	921	1007	1137
	hypothèse basse	828	862	914	994
dont personnes de 75 ans ou plus	hypothèse haute	682	741	808	920
	hypothèse basse	657	691	732	805

Source : Insee Destinie, hypothèses Drees-Insee.

Tableau n°13 : Nombre de personnes dépendantes de plus de 75 ans GIR 1-2 / 3-4

	Version basse		Version haute	
	Gir 1 à 2	Gir 3 à 4	Gir 1 à 2	Gir 3 à 4
2010	300 000	391 000	324 000	418 000
2015	319 000	413 000	354 000	454 000
2025	351 000	454 000	409 000	511 000

Source : estimations Insee, Destinie, hypothèses Drees-Insee

2.1.2 Hypothèses relatives à la prise en charge en institution

On retient l'hypothèse d'une stabilisation des taux d'institutionnalisation des personnes très dépendantes sur l'ensemble de la période, tandis que les taux pour les personnes moyennement ou peu dépendantes baissent nettement au-delà de 2010. Cette baisse est obtenue essentiellement en permettant la diminution des taux d'institutionnalisation des personnes isolées. A l'horizon 2025, il reste toutefois un écart encore important entre personnes avec conjoint et personnes sans conjoint.

Tableau n°14 : Taux d'institutionnalisation par GIR pour les personnes de 70 ans et plus

	GIR1-2	GIR3-4	GIR5-6
2004	67%	35%	1%
2010	67%	34%	1%
2015	67%	30%	1%
2025	67%	23%	0,3%

Calculs : Centre d'analyse stratégique

2.2 Quantification du nombre de places et encadrement

2.2.1 En établissement

2.2.1.1 Rappel de la situation fin 2003 (enquête EHPA)

Tableau n°15 : Répartition des résidents d'établissements hébergeant des personnes âgées selon l'âge et la catégorie de l'établissement au 31 décembre 2003

	Moins de 60 ans	60 – 74 ans	75 ans ou plus	Ensemble
Logements foyers	2 410	24 000	122 480	148 890
Maisons de retraite	8 200	56 530	342 700	407 430
USLD	2 670	10 250	63 500	76 420
Hébergement temporaire *	110	1 150	8 000	9260
ensemble	13 390	91 930	536 680	642 000

* Cette catégorie comprend l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit dans les résidences d'hébergement temporaire ou dans d'autres structures (maisons de retraite, etc.)

Dans un environnement mouvant, il paraissait particulièrement utile d'actualiser les données de l'enquête EHPA de la DREES à partir de données plus récentes. Hors la mesure du processus de médicalisation (cf. infra), une telle intention n'a pu être concrétisée faute d'éléments robustes sur une base suffisamment large.

Dans la suite du propos, nous nous attacherons à distinguer, chaque fois que cela paraîtra nécessaire, la situation fin 2003 (enquête EHPA) et les acquis récents, les places déjà financées (20.000 places d'EHPAD, 13.000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sur la période 2004-2007). La difficulté en termes d'actualisation ne tient pas tant à ces effectifs visés par le plan *Vieillesse et solidarités* et ses suites qu'aux places autorisées et financées avant 2003, qui ont pu voir le jour sans être recensées ici ; ceci dit, ce mouvement peut être compensé par des phénomènes d'attrition que nous ne savons pas davantage mesurer.

Les USLD justifient pour leur part un traitement spécifique compte tenu des évolutions en cours (cf. la mission de Michel Thierry évoquée au chapitre 1). Faute de pouvoir aujourd'hui assumer une cible de répartition entre les établissements ou parties d'établissements qui resteront dans le domaine sanitaire et ceux qui basculeront dans le médico-social, nous avons maintenu fictivement les effectifs sur

l'ensemble de la période, sachant qu'il s'agit avant tout de repérer là des besoins de prise en charge dans une gamme définie plutôt que des établissements proprement dits.

2.2.1.2 Cibles

- **Un effort soutenu de créations de places nouvelles d'ici 2010**

En 2010, compte tenu des éléments ci-dessus, la cible des places en établissement est décrite dans le tableau 16.

Tableau n°16 : répartition cible des places en établissement à l'horizon 2010

	Personnes de plus de 75 ans	Personnes de moins de 70 à 74 ans
Logements foyers et autres formules peu médicalisées	90.000	20.000
EHPAD (y compris LF conventionnés, MR « conventionnables » et petites unités, hors USLD)	420.000	40.000
USLD (y compris conventionnées ⁷⁰)	60.000	10.000
Accueil temporaire	40.000	
Total	610.000	70.000

Calculs : Centre d'analyse stratégique

S'agissant des EHPAD, les 420.000 places pour les plus de 75 ans s'obtiennent en ajoutant :

- les 340.000 places répertoriées fin 2003 ;
- les 20.000 places déjà prévues sur 2004-2007 ;
- la poursuite de l'effort sur 2008-2010 : 15.000 places à raison de 5.000 par an ;
- la reconversion en EHPAD de 20.000 places de logements-foyers (acquis août 2005 : 160 structures conventionnées pour 9700 places), soit un taux de conventionnement cible faible dans cette gamme, dans la logique des assouplissements prévus par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
- une plus forte concentration sur les plus de 75 ans : 25.000 places dégagées.

La quantification des places en USLD et EHPAD (480.000 places pour les plus de 75 ans), est conforme à l'évaluation des besoins du premier rapport (445.000 - 460.000). il convient en effet de tenir compte ici des personnes de plus de 75 ans non considérées dans cette première projection (celles hébergées en logements-foyers, qui se partagent désormais entre les structures conservant leur vocation initiale et celles transformées en EHPAD) .

S'agissant des logements-foyers, outre la conversion en EHPAD, l'hypothèse sous-jacente est un déclassement d'une partie du parc à hauteur de 20.000 places (fermeture ou changement de destination).

S'agissant de l'accueil temporaire, au-delà des efforts consentis sur 2004-2007, ce sont 19.000 places qui seraient à créer sur la période 2008-2010.

- **Stabilité globale du nombre de places et redéploiements au-delà de 2010**

⁷⁰ 399 structures conventionnées, pour 30.979 places à l'été 2005.

Compte tenu des besoins identifiés qui justifient les cibles à 2010, une clause de rendez-vous programmée à cette échéance permettrait de vérifier la pertinence des objectifs fixés, compte tenu, d'une part, de l'évolution des effectifs de personnes dépendantes et des pratiques de prise en charge, d'autre part de la montée en charge des équipements et services sur la période 2006-2010. A cette échéance, un certain nombre d'enquêtes d'ores et déjà programmées et le renforcement revendiqué du système d'information permettront de dresser ce bilan.

En cas d'évaluation favorable, au-delà de 2010, l'hypothèse centrale est celle de la stabilisation du nombre de places au niveau alors atteint. Cela ne signifie pas que les places et les établissements en question, référencés ici dans la grille de 2005, correspondront à la réalité actuelle de ces équipements. Les logements-foyers, par exemple, recouvrent d'ores et déjà une gamme diversifiée d'équipements. Si nous stabilisons les places en « logements-foyers » au-delà de 2010, ce n'est pas en référence au parc actuel, qu'il s'agirait de geler, mais au contraire pour que soit prise en compte dans la programmation ces équipements peu médicalisés, dans toute leur diversité. Il en va de même pour les USLD, on l'a dit, où l'on cherche avant tout à repérer un certain type de prise en charge pour envisager par la suite les moyens afférents.

Tableau n°17 : Répartition des résidents en MR et USLD

	GIR1-2	GIR3-4	GIR5-6	Total
2004	239 000	172 200	72 700	483 900
2010	260 700	183 300	84 100	528 200
2015	284 800	173 600	57 200	515 600
2025	319 000	152 000	32 000	503 000

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Tableau n°18 : Répartition cible des places en établissement à l'horizon 2010, 2015 et 2025

	Personnes de plus de 75 ans			Personnes de moins de 70 à 74 ans		
	2010	2015	2025	2010	2015	2025
Logements foyers et autres formules peu médicalisées	90.000	90.000	90.000	20.000	20.000	20.000
EHPAD (y compris LF conventionnés, hors USLD)	420.000	402.000	392.000	40.000	40.000	40.000
USLD (y compris conventionnées)	60.000	60.000	60.000	10.000	10.000	10.000
Accueil temporaire	40.000	58.000	68.000			
Total	610.000	610.000	610.000	70.000	70.000	70.000

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Tableau n°19 : Répartition des personnes âgées de 70 ans et plus à domicile

	Chez elles en couple ou logées chez un tiers			A domicile, vivant seules			Total
	GIR1-2	GIR3-4	GIR5-6	GIR1-2	GIR3-4	GIR5-6	
2004	96 800	213 100	3 748 500	22 700	108 200	2 575 400	6 764 600
2010	102 100	223 900	3 990 400	25 000	126 000	2 846 200	7 313 600
2015	110 600	247 700	4 070 300	27 300	162 900	3 039 700	7 658 600
2025	128 100	298 200	5 586 900	30 300	209 400	3 985 100	10 238 000

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Dans la suite du propos, les personnes en logement-foyer ou bénéficiant des services d'hébergement temporaire ou de jour, ainsi que des autres formules peu médicalisées, sont conventionnellement considérées à domicile.

A l'horizon 2025, les personnes âgées dépendantes seules à domicile représentent 36 % des personnes à domicile (contre 30 % en 2004). Parallèlement, le niveau de dépendance des personnes en institution (MR + USLD) augmente nettement : la part des GIR1-2 passe de 49 % en 2004 à 63 % en 2025.

2.2.1.3 La prise en charge en établissement et les besoins en personnels

- **Une évaluation nécessairement prudente**

La fixation d'un taux d'encadrement cible constitue une convention théorique commode pour parvenir à une approximation des besoins en personnels et des coûts. Il convient cependant d'être extrêmement prudent dans l'interprétation d'un tel taux et des conséquences financières qui en résultent (cf. chapitre 3).

En particulier, en établissement, le taux affiché ne rend pas forcément compte des objectifs de diversification et d'évolution qualitative de l'offre. En outre, la fixation d'un taux cible pour l'ensemble des établissements (même distinct en fonction des grandes catégories usuelles) ne prend pas en considération la nécessaire diversité de ces structures, saluée par ailleurs comme une richesse essentielle du secteur, et des publics qu'elles abritent. Le taux d'encadrement cible devrait donc, en pratique, être modulé sur le terrain en fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies et de l'évaluation de la charge en soin. Le besoin de présence humaine auprès de la personne dépendante requiert, au demeurant, des compétences très variées qu'un taux agrégé d'encadrement technique retrace manifestement mal.

En outre, des comparaisons internationales et interdépartementales pourraient utilement aider à préciser les niveaux réels d'encadrement nécessaires en fonction des spécificités des territoires.

Enfin et surtout, les contraintes d'offre de travail qui prévalent actuellement dans le champ médico-social rendent la fixation d'un objectif d'encadrement quelque peu théorique.

Si la prise en compte fine de ces divers éléments n'a pas été possible dans les limites imparties au présent rapport, la mission a cependant souhaité souligner cette forte incertitude en étudiant deux scénarios en matière d'encadrement et en insistant sur les recrutements afférents, compte tenu des besoins nouveaux repérés dans ce rapport et des perspectives de cessation d'activité dans le secteur.

- **La situation au 31 décembre 2003**

Au 31 décembre 2003, un peu moins de 485.000 personnes âgées sont résidentes en maisons de retraite ou en USLD. A cette même date, les personnels de ces établissements pouvaient se répartir ainsi :

Tableau n°20 : Effectifs et taux d'encadrement dans les maisons de retraite et les USLD fin 2003
Effectifs en ETP au 31/12/2003

	Effectifs en ETP au 31/12/2003	Nombre d'ETP pour 100 résidents
1- Personnel administratif et de direction	19 100	4,0
2- Services généraux (hors ménage)*	23 700	4,9
3- Personnel éducatif, social et d'animation	14 000	2,9
4- Personnel médical et paramédical	13 500	2,8
5- Personnel infirmier	23 800	4,9
6- Personnel aides-soignants (y compris AMP)	77 900	16,1
7- Personnel agent de service et d'entretien**	106 000	21,9
TOTAL	278 000	57,4
<i>dont taux pour personnel de contact (3 à 7)</i>		48,6

<i>dont taux personnel soignant (4+5+6)</i>	23,8
---	------

* : préparation des repas, entretien des bâtiments

** : nettoyage des locaux, distribution des repas, entretien du linge

Source : Enquête EPHA – Drees, Enquête Emploi – Insee, calculs Centre d'analyse stratégique

• Les effets du conventionnement

Le recueil des données relatives au conventionnement fournit des éléments d'actualisation intéressants, par rapport aux données d'enquêtes.

Une synthèse de quelques éléments significatifs est ainsi donnée dans le tableau n°21 (situation en août 2005).

Le conventionnement a marqué l'entrée des établissements dans une nouvelle époque de la prise en charge. Les contraintes de régulation des dépenses, la dispersion des situations initiales, les assouplissements consentis, le développement des tarifs partiels ont cependant éloigné les principes initiaux de la réforme de la tarification et l'objectif de convergence à coût maîtrisé (ceci dit, sans porter de jugement sur le réalisme de ces principes originels). Une « opération vérité », sur la cible, sur le terme et sur les moyens à consacrer pour achever le processus, est aujourd'hui nécessaire pour contrecarrer les tendances à la dispersion et la perte de lisibilité (notamment quant aux dépenses de ville). Plutôt que d'espérer atteindre, à travers les arcanes du conventionnement, tel ou tel taux d'encadrement cible, nous avons préféré tenter une évaluation directe des besoins en personnels.

Tableau n°21 : Chiffres du suivi du processus de conventionnement : emploi AS/AMP et IDE créés par la réforme tarifaire (assurance maladie) (août 2005)

Strate Type d'établissement	Nombre de struc- tures conven- tionnées	Nombre de places conven- tionnées	GMP	Ratio de personnel avant conven- tion (IDE+AS/ AMP)	Total des emplois créés dans la strate	Ratio après conven- tion	Moyenne des emplois créés par conven- tion	Nombre de places par conven- tion
MR rattachées à un hôpital public avec section de cure médicale (SCM)	482	45872	625	0.15	2491	0.199	5,17	95
MR publiques non rattachées avec SCM	1149	92496	624	0.11	6033	0.179	5,25	81
MR privées avec SCM	1038	81123	628	0.09	6919	0.173	6,67	78
MR sans SCM publiques et privées non lucratives	418	23604	552	0.03	3174	0.163	7,59	56
MR sans SCM privées commerciales	581	39547	668	0.04	5337	0.178	9,19	68
Sous total MR	3668	262442			23954		6,53	71,5
Logements-foyers	160	9711	571	0.05	1155	0.173	7,22	61
Services de soins de longue durée	399	30979	760	0.21	2183	0.282	5,47	78
Total	4227	323332		0.098	27292	0.192	6,46	76

• Une évaluation des besoins en personnels en établissement

Il n'existe pas, à notre connaissance, de grille universellement reconnue pour définir les besoins en personnel auprès de personnes âgées en établissement. Il existe, au contraire, une multiplicité d'outils d'évaluation qui cherchent à appréhender les différentes facettes de cette prise en charge. Faute d'une conférence de consensus, comparable à celle tenue en 2004 pour les besoins à domicile, nous avons

retenu la grille MAC XI⁷¹, mise au point par l'Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS, Canada), qui présente l'intérêt majeur d'être facilement transposable à la grille AGGIR. Son utilisation dans le cadre de cet exercice ne signifie nullement que cet outil soit un bon outil d'évaluation des besoins, mais il peut permettre de définir un ordre de grandeur pour les cibles à retenir. L'outil MAC XI consiste en la construction d'une échelle de dépendance à onze classes sur les échelles Confinement et Indépendance pour les actes de la vie quotidienne de la classification internationale des déficiences, incapacité et handicaps :

- la notion d'indépendance fait référence à la capacité de l'individu à mener à bien, sans l'aide d'autrui, les activités de base (hygiène personnelle, alimentation, etc.) et les activités instrumentales (ménage, repas, etc.) de la vie quotidienne ;
- le confinement se définit comme l'incapacité de l'individu à se déplacer efficacement dans son environnement.

Chaque classe permet alors de définir un besoin d'aide, à partir d'une durée journalière. Il convient par ailleurs d'ajouter une durée journalière par résident, correspondant à des temps de communication verbale et écrite (entre les personnels et les différents services) et aux autres temps (déplacements des personnels, entretien du matériel et des lieux, administration). En croisant les deux critères et en les comparant à la grille AGGIR, la quantification suivante, qui utilise la répartition par GIR des résidents en MR + USLD peut être proposée :

Tableau n°22 : Une évaluation normative des besoins d'aide

	Durée nécessaire en aide (heures / jour)	Répartition des résidents (MR + USLD)	
		2004	2025
GIR 1-2	3,6	49%	63%
GIR 3-4	1,4	36%	30%
GIR 5-6	0,6	15%	6%
<i>durée moyenne par jour</i>		2,38	2,76
<i>taux d'encadrement théorique</i>		57%	66%

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Remarque : le passage de la durée journalière au taux d'encadrement se fait sur la base d'une durée annuelle de 1534 heures. Ce total prend en compte la proportion (44%) de salariés en EHPA travaillant de nuit ou en brigade, dont la durée conventionnelle a été estimée à 1492 heures et du taux d'absentéisme (arrêts maladie et formation) constatée sur l'année 2003 (1,43%). Ces taux sont issus de l'enquête Emploi 2003.

Une autre évaluation des besoins en soins de base dans les établissements d'hébergement est mentionnée par les docteurs Prévost, Vuillemin et Fender⁷². Elle présente quelques différences avec l'évaluation évoquée ci-dessus, en proposant une durée plus faible pour les GIR1-2 et un peu plus élevée pour les GIR3-4. Globalement, elle conduit à des taux d'encadrement plus faibles : 55% en 2004 et 62% en 2025. A titre prudentiel et en considérant que le contour des soins de base mentionnés dans cette deuxième évaluation est imprécis, nous préférons retenir la première évaluation.

⁷¹ Using the handicap code of the ICDH for classifying patients by intensity of nursing care requirements, *Disabil Rehabil*, Apr-June, 17 (3-4), 1995.

Pour une description simplifiée et opérationnalisable en français, voir le site <http://membres.lycos.fr/papidoc/36pmsimaconze.html>

⁷² « Etude PATHOS : Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national », CNAMTS, février 2003.

Les taux théoriques d'encadrement doivent être comparés aux effectifs de personnels en contact avec les personnes âgées, soit un taux de 49 % fin 2003, indiquant à cette date un écart supérieur à 8 points avec la valeur normative proposée au travers de la grille MAC XI. Ce calcul ne préjuge en rien d'autres besoins qui pourraient être peu ou mal couverts actuellement, que ces actes soient réalisés par le personnel des établissements ou par des structures externes. Il s'agit des besoins pour les actes de la vie sociale des personnes âgées, des besoins en actes médicaux techniques et des besoins administratifs.

Au vu de ces éléments, le choix a été fait de présenter deux hypothèses de progression des taux d'encadrement : dans les deux cas, la progression des effectifs d'animation est rapide et forte ; les deux hypothèses se distinguent en revanche par l'intensité de l'effort consenti en ce qui concerne le personnel médical ou paramédical.

- **Les hypothèses retenues en matière d'encadrement en établissement (maisons de retraite + USLD)**
- **Une hypothèse de croissance progressive des effectifs soignants en ligne avec la progression de la dépendance des personnes hébergées et un effort soutenu sur l'animation**

Les évolutions des taux d'encadrement correspondent à deux phases distinctes :

- Sur la période 2005-2010, un effort soutenu est fait pour rattraper le retard en matière de taux d'encadrement, particulièrement sur le taux d'encadrement soignant. On fait par ailleurs progresser les taux d'encadrement en personnel de service et en personnel d'animation afin de rattraper d'ici 2008 le taux théorique. Cette phase de rattrapage passe par :
 - la poursuite du processus de médicalisation : le nombre de postes supplémentaires correspond à 26.000 ETP, sans compter les postes liés aux ouvertures de places. Cet effort permet d'atteindre un taux de 0,28 en 2010 pour le personnel soignant (y compris AMP) ;
 - un effort pour améliorer la prise en compte des besoins pour les actes de la vie sociale des résidents en augmentant le taux de personnel d'animation (11.300 ETP supplémentaires).

Tableau n°23 : Evolution des taux d'encadrement en MR et USLD - Hypothèse basse

	Effectifs en ETP	Nombre d'ETP pour 100 résidents			
	31/12/2003	2003	2010	2015	2025
1- Personnel administratif et de direction	19 100	4,0	4,6	4,9	5,2
2- Services généraux (hors ménage)*	23 700	4,9	4,9	4,9	4,9
3- Personnel éducatif, social et d'animation	14 000	2,9	5,0	5,0	6,2
4- Personnel médical et paramédical	13 500	2,8	2,8	2,8	2,8
5- Personnel infirmier	23 800	4,9	4,8	5,7	6,6
6- Personnel aides-soignants (y compris AMP)	77 900	16,1	20,7	24,3	26,7
7- Personnel agent de service et d'entretien**	106 000	21,9	23,4	23,4	23,4
TOTAL	278 000	57,4	66,3	71,0	75,7
<i>dont taux pour personnel de contact (3 à 7)</i>		48,6	56,8	61,2	65,6
<i>dont taux personnel soignant (4+5+6)</i>		23,8	28,3	32,8	36,0

* : préparation des repas, entretien des bâtiments

** : nettoyage des locaux, distribution des repas, entretien du linge

Source : Enquête EPHA – Drees, enquête Emploi – Insee, calculs Centre d'analyse stratégique

- Prospective du nombre de places et des besoins en personnels -

- Sur 2010-2025, les évolutions des taux d'encadrement reposent sur un effet structurel lié à la hausse du niveau de dépendance des résidents. Le taux d'encadrement en personnel soignant atteint 36% en 2025. Parallèlement, le nombre de personnels en charge de l'administration augmente avec le nombre de personnels à gérer.

- **Une hypothèse de croissance rapide, diversifiée et durable**

Les évolutions des taux d'encadrement correspondent, à nouveau, à deux phases distinctes.

- Sur la période 2005-2010, un effort très conséquent est mis en œuvre pour rattraper le retard en matière de taux d'encadrement, particulièrement sur le taux d'encadrement soignant. Le taux de personnel en contact avec les personnes âgées atteint 63 %, soit 6 points de plus que le taux théorique. Cette phase de rattrapage passe par :
 - la poursuite et l'accélération du processus de médicalisation : le nombre de postes supplémentaires correspond à 62.600 ETP, dont 6.000 pour les infirmières et 11.600 pour les personnels médicaux et paramédicaux. Cet effort permet d'atteindre un taux de 35 % pour le personnel soignant (y compris AMP) ;
 - un effort pour améliorer la prise en compte des besoins pour les actes de la vie sociale des résidents en augmentant le taux de personnel d'animation (15.300 ETP supplémentaires) ;
- Sur la période 2010-2025, les évolutions des taux d'encadrement reposent sur un effet structurel lié à la hausse du niveau de dépendance des résidents. Le taux d'encadrement en personnel soignant atteint un peu moins de 42 %. Parallèlement, le nombre de personnels en charge de l'administration augmente avec le nombre de personnels à gérer.

Tableau n°24 : Evolution des taux d'encadrement en MR et USLD - Hypothèse haute

	Effectifs en ETP	Nombre d'ETP pour 100 résidents			
	31/12/2003	2003	2010	2015	2025
1- Personnel administratif et de direction	19 100	4,0	5,1	5,4	5,6
2- Services généraux (hors ménage)*	23 700	4,9	4,9	4,9	4,9
3- Personnel éducatif, social et d'animation	14 000	2,9	5,8	5,8	5,8
4- Personnel médical et paramédical	13 500	2,8	5,0	5,0	5,0
5- Personnel infirmier	23 800	4,9	6,0	7,0	7,7
6- Personnel aides-soignants (yc AMP)	77 900	16,1	24,3	27,9	30,4
7- Personnel agent de service et d'entretien**	106 000	21,9	21,9	21,9	21,9
TOTAL	278 000	57,4	72,9	77,8	81,4
<i>dont taux pour personnel de contact (3 à 7)</i>		48,6	63,0	67,6	70,9
<i>dont taux personnel soignant (4+5+6)</i>		23,8	35,3	39,9	43,2

* : préparation des repas, entretien des bâtiments

** : nettoyage des locaux, distribution des repas, entretien du linge

Source : Enquête EPHA - Drees, enquête Emploi - Insee, calculs Centre d'analyse stratégique

2.2.2 La prise en charge des personnes âgées à domicile

2.2.2.1 La prise en charge à domicile en matière de soins

- **La situation actuelle**

S'agissant des SSIAD, la première question est celle des taux d'équipement à retenir. Le nombre de places de SSIAD financées était de 81.870 au 31.12.04 (places autorisées à la même date : 84.751). Ces chiffres intègrent les premiers effets du plan Vieillesse et solidarités : au total, entre 2004 et 2007, ce sont 17.000 places nouvelles qui auront été créées.

La confrontation des différentes sources disponibles⁷³ permet de retenir les ordres de grandeur suivants, représentatifs de la situation à la fin de l'année 2002 :

- 15 % des personnes âgées dépendantes à domicile reçoivent régulièrement la visite d'une aide-soignante dans le cadre d'un SSIAD. Le taux de recours est deux fois plus important pour les personnes classées en GIR1-2 (24 %) que pour celles en GIR3-4. Le nombre moyen d'heures passées au domicile des personnes âgées est d'un peu plus de 26 heures par mois ;
- 40 % des personnes âgées dépendantes reçoivent la visite d'une infirmière libérale à domicile. Avec une durée d'un peu plus de 19 heures par mois, cela représente actuellement plus de 30 % du volume horaire de travail des infirmières libérales.

Il est toutefois difficile de définir précisément les actes réalisés dans le cadre des interventions à domicile de ces professionnels, s'ils concernent les mêmes personnes ou non et comment ils se coordonnent entre eux et avec les autres aides à domicile. Dans le même ordre d'idée, il n'existe aucun élément normatif permettant de définir ce que devrait être la prise en charge sanitaire à domicile.

- **Les hypothèses retenues en matière de soins à domicile**

Les différentes mesures récentes vont permettre de porter le nombre de places de SSIAD financées à 100.000 à l'horizon 2008. Le financement de ces places nouvelles permettra d'élargir sensiblement le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile bénéficiant de la visite régulière d'une aide-soignante, qui passerait ainsi de 15 à 20 % début 2008, soit environ un tiers des personnes classées en GIR1-2 et 16 % de celles en GIR3-4. Dans l'hypothèse retenue d'un maintien accru à domicile particulièrement pour les personnes moyennement dépendantes, ce taux de recours peut paraître faible.

Au-delà des efforts récents, peut-on dès lors dégager un chiffre cible qui tienne compte des évolutions attendues des effectifs à domicile et des caractéristiques des publics pris en charge par ces structures ?

S'agissant des SSIAD, la Cour des comptes met en avant deux hypothèses : d'une part, celle d'un maintien du taux d'équipement (compte tenu des effectifs à domicile qu'elle considère), soit 30.000 places supplémentaires à l'horizon 2020 ; d'autre part, celle d'un doublement, qui supposerait de créer 140.000 places.

Nous avons considéré que l'évolution du nombre de places financées en SSIAD devrait permettre, à l'horizon de 2025, à une personne classée en GIR3-4 sur trois de bénéficier des services. Cette hypothèse, très volontariste, conduirait à un volume de 229.000 places de SSIAD à cet horizon, soit l'hypothèse haute retenue par la Cour des Comptes.

⁷³ L'enquête auprès des bénéficiaires de l'APA comporte un volet sur la visite régulière d'une professionnelle de santé (aide-soignante, infirmière) ; l'enquête auprès des SSIAD.

- Prospective du nombre de places et des besoins en personnels -

Pour les visites d'infirmières au domicile des personnes âgées, nous avons choisi, faute d'éléments plus probants, de maintenir le taux de recours actuel. En effet, il est vraisemblable qu'une partie importante des actes réalisés actuellement par les infirmières libérales relève des actes infirmiers de soins (AIS), susceptibles éventuellement d'être pris en charge, à moindre coût pour la collectivité, par un SSIAD. Toutefois, 82 % des infirmières intervenant à domicile réalisent aussi des actes médicaux plus techniques. A ce titre, il nous a semblé préférable de maintenir les taux de recours actuel, même si le cadre dans lequel pourraient s'inscrire ces visites d'infirmières pourrait fortement évoluer dans les années à venir et passer du système libéral actuel à un cadre plus régulé.

Tableau n°25 : Evolution cible du nombre de places en SSIAD

2004	81 900
2010	110 800
2015	147 000
2025	229 000

calculs : Centre d'analyse stratégique

Dans un souci de quantification des besoins à des fins de planification, nous avons raisonné dans ce qui précède à partir des catégories existantes (SSIAD, exercice libéral des soins infirmiers, dichotomie aide/soins). Il est néanmoins nécessaire de rappeler ici les possibilités d'évolution du cadre d'emploi de ces ressources. Nous avons insisté plus haut sur l'intérêt des services polyvalents d'aide et de soins à domicile intégrant des interventions d'auxiliaires de vie sociale pour les actes de la vie quotidienne et une prise en charge en soins techniques ou d'hygiène. Sur un plan plus qualitatif, on ne saurait trop rappeler l'importance de mettre en place des organisations souples et innovantes permettant par exemple à des infirmiers libéraux de constituer des équipes d'intervention avec des aides soignantes sans reconnaissance formelle d'une structure de type SSIAD.

Pour ce qui est de la prise en charge ambulatoire, il convient de distinguer plusieurs niveaux :

- des prestations réalisées par chaque professionnel de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) dans le cadre d'actes définis par voie conventionnelle et réglementaire ;
- la mise en œuvre d'actes plus complexes, plus fréquents, plus longs faisant intervenir un plus grand nombre de professionnels qui nécessitent une coordination entre eux ;
- à un stade plus complexe encore, se pose la question de l'hospitalisation et de l'HAD en l'absence de recours à des techniques diagnostiques et de soins, lourdes ou invasives.

C'est par rapport à ces catégories nouvelles, aux modes d'organisation innovants et à l'importance d'une gradation explicite des interventions que doit se concevoir la mise en œuvre des moyens humains évoquée ci-dessus.

2.2.2.2 *La prise en charge à domicile en matière d'aides*

- **La situation actuelle**

- **Pour les personnes âgées dépendantes**

Les volumes d'aides distribués au titre de l'APA, connus au travers de l'enquête de la Drees auprès des bénéficiaires, permet de connaître la répartition de ces aides selon le niveau de dépendance et la situation familiale des personnes âgées.

Tableau n°26 : Volume mensuel consommé dans le cadre de l'APA - 2003

Niveau de dépendance	Personnes vivant seules	Personnes vivant chez elles avec un tiers	Personnes vivant chez un tiers	Moyenne
GIR 1-2	71	56	65	60
GIR 3-4	34	31	43	33
Moyenne				40⁷⁴

Source : enquête auprès des bénéficiaires de l'APA – Drees, calculs Centre d'analyse stratégique

- Pour les personnes non dépendantes

Pour les personnes non dépendantes à domicile, les volumes d'aides reçues sont plus délicats à calculer. Il existe en effet deux formes différentes d'aide reçue par les personnes non dépendantes.

La première concerne l'aide ménagère, relevant très massivement des caisses de retraite dans le cadre de leur action sociale. Avec la mise en place de l'APA, l'aide ménagère s'est recentrée sur les personnes non dépendantes. La Drees estime que 451.000 personnes sont bénéficiaires de l'aide ménagère (versée par les caisses de retraite ou les départements dans le cadre de l'aide sociale), soit environ 7 % des personnes âgées de 70 ans non dépendantes à domicile, dont environ un tiers des personnes classées en GIR5. Les volumes attribués, ainsi que les profils de bénéficiaires ne sont pas connus avec précision. En confrontant différentes sources, nous avons retenu un volume moyen de 11 heures⁷⁵ mensuelles par bénéficiaire et un taux de recours beaucoup plus important pour les personnes vivant seules (14 %) que pour les personnes non isolées (2,7 %).

L'autre type d'aide reçue correspond à l'embauche directe, ou par mandatement, par le ménage où se trouve la personne âgée, d'une personne en charge des travaux domestiques, la frontière entre l'aide aux personnes et l'aide pour les tâches domestiques étant parfois ténue⁷⁶. Ces embauches bénéficient d'aides fiscales communes à l'ensemble des ménages employant un salarié à domicile, mais elles sont complétées par des exonérations partielles de cotisations pour les employeurs de plus de 70 ans. A la fin de l'année 2003, l'ACOSS recensait 530.000 ménages employeurs⁷⁷, soit encore 715.000 personnes bénéficiaires. Faute d'informations plus précises, nous avons considéré que le recours à ce type d'aide à domicile ne concernait que les personnes non dépendantes, soit 11,5 % des personnes classées en GIR5-6 à domicile. Le volume moyen rapporté par bénéficiaire est de l'ordre de 16,6 heures mensuelles.

• La prise en charge actuelle paraît insuffisante pour les personnes dépendantes isolées

Quand on considère l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, les volumes moyens donnés par des professionnels et par l'entourage correspondent à peu près aux données établies par la conférence de consensus de 2004⁷⁸, soit de l'ordre de 150 heures par mois.

⁷⁴ Cette moyenne est un peu plus faible que celle publiée dans Etudes et Résultats n°293. En effet, l'enquête auprès des bénéficiaires de l'APA a été réalisée en novembre 2002, à une date où la proportion de GIR4 au sein des bénéficiaires était faible.

⁷⁵ Ce volume correspond à celui calculé par le rapport "Vieillir en France" de 1999.

⁷⁶ Dans les procédures de classement des professions réalisées par l'Insee, une personne déclarant "faire le ménage chez une personne âgée" sera classée en « Femme de ménage employée par un particulier ». En revanche, si elle déclare « aider une personne âgée pour son ménage », elle sera classée dans avec l'ensemble des aides à domicile.

⁷⁷ Une fois éliminés les doubles comptes : employeurs ayant recours à la fois à une embauche classique avec déclaration simplifiée et employeurs dans le cadre d'un chèque emploi-service. Les employeurs dans le cadre de l'APA sont considérés à part, le régime d'exonérations étant distinct.

⁷⁸ SFES - Conférence de consensus 2004- Pampalon R. Colvez A. Bucquet D. 1991 : Établissement d'une table de passage de la dépendance des personnes âgées au besoin d'aide à domicile. Rev. Epidemiol Sante Publique. 39 (3) : 263-73.

En revanche, ils apparaissent insuffisants pour les personnes isolées, quand on prend en compte l'ensemble des aides reçues, c'est-à-dire celles attribuées dans le cadre de l'APA, les soins à domicile et les aides de l'entourage.

Tableau n°27 : Volume mensuel d'aide reçue de la part d'une aide professionnelle et de l'entourage

Niveau de dépendance	Personnes vivant seules	Personnes vivant chez elles avec un tiers	Personnes vivant chez un tiers	Valeurs consensus 2004
GIR 1-2	135	197	209	212
GIR 3-4	70	131	202	138

Source : enquête auprès des bénéficiaires de l'APA - Drees

- **Hypothèses d'évolution de la prise en charge à domicile en matière d'aide**

Ainsi, même en faisant l'hypothèse d'une prise en charge sanitaire accrue, le volume global d'aide reçue par les personnes âgées dépendantes isolées resterait insuffisant. C'est pourquoi nous proposons d'augmenter sensiblement les volumes d'aides pour les personnes isolées de 47 heures mensuelles pour une personne isolée en GIR1-2 et de 63 heures pour une personne en GIR3-4 isolée. Cet effort conduit à une augmentation sensible du nombre d'heures moyen par personne âgée dépendante (+55 % à l'horizon 2025). Il convient de noter par ailleurs que ces volumes distribués se situeraient au-delà des plafonds définis actuellement dans la grille APA. Enfin, il faut garder à l'esprit que ces volumes ont été déterminés en supposant que l'aide reçue de l'entourage par une personne isolée⁷⁹ resterait à son niveau actuel, ce qui est loin d'être acquis.

Tableau n°28 : Volumes mensuels distribués au titre de l'APA - 2003 et 2025						
	Personnes vivant seules		Personnes vivant en couple	Personnes vivant chez un tiers	Total	
	2003	2025	2003 et 2025	2003 et 2025	2003	2025
GIR1-2	71	118	56	65	60	69
GIR3-4	34	97	31	43	33	59
			moyenne globale		40	62

Calculs : Centre d'analyse stratégique

2.2.3 Les projections de besoins de personnel

2.2.3.1 Evolution des effectifs

La stabilisation du nombre de places en établissement, assortie d'une progression des taux d'encadrement, entraîne une hausse relativement soutenue des effectifs, variable selon l'hypothèse retenue. A domicile, la progression des effectifs est comparativement beaucoup plus forte, particulièrement pour les aides à domicile et pour les aides-soignantes. Le volume ainsi cumulé atteint près de 609.000 personnes en 2005, soit 2,5 % de l'emploi total. Il atteindrait entre 1.055.000 et 1.072.500 personnes en 2025, soit un rythme de croissance de l'ordre de 2,8 %⁸⁰ par an.

⁷⁹ Actuellement, 43 heures mensuelles pour un GIR1-2 et 25h mensuel pour un GIR3-4.

⁸⁰ Soit une hausse conséquente si on la rapporte aux projections retenues par le COR dans le cadre de son scénario de retour au plein-emploi. Ces projections évaluent la croissance de l'emploi à +0,2 % par an et celle du PIB à 2,1 % à l'horizon 2025.

**Tableau n°29 : Besoins en personnels pour la prise en charge des personnes âgées (dépendantes ou non)
- Hypothèse basse s'agissant de la prise en charge en établissement**

	2005	2010	2015	2025
En établissement*				
Agents de service et d'entretien	118 800	138 500	139 900	140 100
Aides-soignantes	89 000	113 600	126 400	139 900
Infirmières	25 600	27 900	30 300	35 500
A domicile				
Aides à domicile	335 200	365 700	438 700	648 900
Aides-soignantes	21 200	28 700	38 000	59 300
Infirmières **	19 200	21 100	24 700	31 300
Total - Effectifs physiques	608 900	695 400	798 100	1 055 000

* : les personnels en établissement pris en compte comprennent non seulement les personnels en maisons de retraite et USLD mais aussi les personnels travaillant dans les autres EHPA ; sont également inclus l'hébergement temporaire et l'accueil de jour

** : les infirmières libérales sont comptabilisées au prorata de leur temps de présence auprès des personnes âgées.

Calculs : Centre d'analyse stratégique

**Tableau n°30 : Besoins en personnels pour la prise en charge des personnes âgées (dépendantes ou non)
- Hypothèse haute s'agissant de la prise en charge en établissement**

	2005	2010	2015	2025
En établissement				
Agents de service et d'entretien	118 800	130 500	132 200	132 500
Aides-soignantes	89 000	126 600	145 200	158 900
Infirmières	25 600	32 900	36 300	41 500
A domicile				
Aides à domicile	335 200	365 700	438 700	648 900
Aides-soignantes	21 200	28 700	38 000	59 300
Infirmières	19 200	21 100	24 700	31 300
Total - Effectifs physiques	608 900	705 500	815 200	1 072 500

Calculs : Centre d'analyse stratégique

2.2.3.2 La prise en compte des départs en fin de carrière

A ces créations nettes d'emplois, il convient d'ajouter les recrutements qui seront liés dans les années à venir aux départs en fin de carrière, que ceux-ci soient liés aux départs vers la retraite, vers des mécanismes de préretraite, vers le chômage avec dispense de recherche d'emploi ou encore vers l'inactivité pour raisons de santé. De telles estimations ont été réalisées à l'horizon 2015 dans le cadre d'un travail commun entre la Dares et le Commissariat général du Plan⁸¹.

⁸¹ Chardon O., Estrade M.-A., « Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom », Premières Synthèses, n°50.1, décembre 2005.

Tableau n°31 : Nombre total de postes à pourvoir entre 2005 et 2015 - Hypothèse basse en établissement

	Créations nettes d'emploi	Départs en fin de carrière	Nombre de postes à pourvoir
En établissement			
Agent de service et d'entretien	21 100	31 800	52 900
Aides-soignantes	37 400	20 800	58 200
Infirmières	4 700	6 900	11 700
A domicile			
Aides à domicile	103 500	83 600	187 200
Aides-soignantes	16 900	4 800	21 700
Infirmières	5 600	5 200	10 800
Total	189 200	153 200	342 300

Source : Centre d'analyse stratégique, modèle Profilage pour les départs en fin de carrière

Tableau n°32 : Nombre total de postes à pourvoir entre 2005 et 2015 - Hypothèse haute en établissement

	Créations nettes d'emploi	Départs en fin de carrière	Nombre de postes à pourvoir
En établissement			
Agent de service et d'entretien	13 300	31 800	45 200
Aides-soignantes	56 200	20 800	77 000
Infirmières	10 700	6 900	17 700
A domicile			
Aides à domicile	103 500	83 600	187 200
Aides-soignantes	16 900	4 800	21 700
Infirmières	5 600	5 200	10 800
Total	206 300	153 200	359 500

Ainsi, près de 160 000 personnes vont quitter leur emploi d'ici à 2015, soit environ 26 % des effectifs de 2005.

Au total, le nombre de postes à pourvoir⁸² sera compris entre 342.000 et 360.000 dans les dix ans qui viennent, soit près de 4,6 % du nombre total de postes à pourvoir dans l'ensemble de l'économie française, les créations nettes au profit de la prise en charge des personnes âgées représentant à elles seules 11 % du total des créations nettes d'emplois.

⁸² Le nombre de postes à pourvoir ne correspond pas au nombre de personnes à recruter, car au-delà des créations nettes et des remplacements liés aux départs en fin de carrière, il conviendrait d'ajouter tous les postes ouverts suite au départ des salariés en place pour une autre raison que la fin de carrière (démission, licenciement, fin de CDD,...).

2.2.3.3 De forts risques de difficultés de recrutement pour les métiers de la prise en charge des personnes âgées

Ce nombre important de postes à pourvoir dans les années qui viennent risque d'induire de fortes difficultés de recrutement pour les employeurs du secteur. En effet, sur la même période, d'autres secteurs chercheront eux aussi à recruter sur des profils éventuellement proches.

- **Les risques de concurrence entre métiers proches**

Tableau n°33 : Les postes à pourvoir dans les métiers de la prise en charge des personnes âgées et dans les autres métiers proches (2005-2015)

	Nombre total de postes à pourvoir*	dont dans les métiers de la prise en charge des personnes âgées ** selon les versions retenues en établissement
T2 Assistantes maternelles, aides à domicile	348.300 / 349.200	170 300 / 171.700
T4 Agents de services et d'entretien	373.400 / 380.200	41.300 / 48.100
V0 Aides-soignantes	269.500 / 288.300	79.800 / 96.700
V1 Infirmières	201.000***	22.400 / 28.400
T1 Employés de maison	139.600	20 800

Source : Dares, Centre d'analyse stratégique

* : Les totaux de ce tableau diffèrent légèrement des données publiées par la Dares et le Plan, car ces estimations intègrent les projections présentées ci-dessus et ne se calent pas sur le modèle Flip-Fap.

** : Les intitulés des professions de ce tableau sont un peu différents de ceux présentés plus haut : en effet, certaines professions se retrouvent réparties entre plusieurs familles professionnelles. Ainsi, certaines aides à domicile sont classées en employés de maison (voir note 76) ; certains agents de service sont classés en aide à domicile, vraisemblablement quand ils opèrent dans des logements-foyers, etc.

*** : le nombre total de postes d'infirmières à pourvoir est le même quelle que soit la version retenue pour les taux d'encadrement en établissement car il dépend uniquement de l'ouverture des quotas.

Par exemple, au sein de l'ensemble de la famille professionnelle « T2 : assistantes maternelles et aides à domicile », les métiers de la petite enfance et les aides aux adultes handicapés auront un nombre de postes à pourvoir équivalent à celui des métiers d'aide aux personnes âgées à domicile.

On peut ainsi d'ores et déjà repérer les points de tension prévisibles entre ces différents secteurs. Pour les aides à domicile, des risques forts de concurrence sont à envisager avec :

- les métiers de la petite enfance, les assistantes maternelles ;
- les postes d'agent d'entretien en établissement ;
- éventuellement, les postes d'aides-soignantes.

Ces concurrences seront d'autant plus probables que se mettra en place la montée éventuelle en qualification des personnes par la formation initiale ou la VAE ou la formation initiale (par exemple, le titre "assistante de vie" délivré par le ministère du Travail est conçu pour permettre aux personnes d'accéder aussi bien aux métiers d'aide aux personnes âgées qu'aux métiers de la petite enfance).

S'agissant spécifiquement des établissements, le processus de rattrapage des taux d'encadrement soignant sur la période 2005-2010 soulèvera de nombreuses difficultés de recrutement, particulièrement vives dans l'hypothèse volontariste. Ce processus de rattrapage suppose en effet que les flux d'entrées sur les métiers d'aides-soignants et d'infirmières soient massivement orientés vers les EHPA et les soins à domicile, au détriment des structures hospitalières. Trois éléments peuvent rendre cette réorientation des flux difficile :

- le secteur sanitaire est traditionnellement plus attractif en termes d'image que les soins aux personnes âgées ;
- les flux de départs en fin de carrière vont fortement augmenter sur la période 2005-2010, conduisant à des concurrences encore plus fortes entre secteurs ;
- pour les infirmières, la hausse des quotas est *a priori* suffisante pour couvrir les besoins supplémentaires d'IDE d'ici à 2015 pour l'ensemble des domaines. Il y a toutefois un risque important que le nombre d'élèves infirmiers soit insuffisant, les quotas n'étant pas remplis (les situations les plus préoccupantes se situant en Ile-de-France et dans le Nord Pas-de-Calais⁸³).

- **La disparition du vivier « traditionnel » de recrutement des aides à domicile**

Concernant les aides à domicile, une autre dimension mérite d'être prise en compte : actuellement, la plupart des recrutements sur ces postes s'adressent à des femmes entre 35 et 50 ans, sans diplôme⁸⁴ et qui reprennent une activité, généralement après être restées chez elles pour s'occuper de leurs enfants. Or à l'avenir, cette catégorie de femmes va fortement diminuer : les taux d'activité féminins vont continuer à progresser et les arrêts pour s'occuper des enfants seront plus courts. Par ailleurs, le niveau de formation initiale s'est fortement élevé : les femmes ayant actuellement 40 ans ont terminé leurs études au début des années 1980, donc avant l'explosion scolaire de 1985-95. A l'avenir, les femmes de 40 ans seront en moyenne beaucoup plus diplômées qu'actuellement.

Ces évolutions viendront se cumuler aux difficultés de recrutement existantes (voir premier chapitre). Au final, et particulièrement pour les aides à domicile, on peut craindre une véritable pénurie de main d'œuvre sur ces métiers. Un des enjeux centraux des prochaines années sera donc de construire l'attractivité de ces métiers.

2.3 La restructuration du parc

Plutôt qu'à la création de places nouvelles au-delà de 2010, la priorité est clairement donnée en institution à la fois au renforcement des taux d'encadrement et à la restructuration physique du parc sur les vingt prochaines années.

Le principe d'une spécialisation plus nette des différents établissements, dans une gamme diversifiée, a été affiché d'emblée. Il s'agit d'un élément déterminant de la restructuration du parc. Il n'est pas question de conduire la restructuration sur un modèle unique, solution *a priori* ruineuse. La reconversion d'une part limitée du parc de logements-foyers en EHPAD conduira à des investissements sur cette fraction conventionnable, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas traiter la partie restante mais dans un autre registre.

La mise en conformité, la constitution d'une offre d'hébergement tout simplement décente, les attentes légitimes des usagers sont autant de motifs d'engager la restructuration. Le conventionnement et la restructuration en continu des établissements hospitaliers constituent des opportunités.

Le conventionnement a, en effet, non seulement permis d'accroître les moyens humains mais aussi les moyens matériels et très souvent les espaces privatifs, professionnels ou collectifs.

Les restructurations hospitalières invitent elles à considérer l'intérêt pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes des hôpitaux qui se trouveraient privés de l'activité MCO. Avec la rénovation des USLD, l'adaptation de ces hôpitaux de proximité est un chantier important.

A enveloppe globale stabilisée en nombre de places en établissement, il est essentiel de faire évoluer en permanence le parc. Des établissements disparaîtront du fait des coûts de la mise aux normes ou de l'absence de marché localisé (il est important de ne pas préserver inconsidérément la rente

⁸³ Voir DREES, Etudes et Résultats, n°458, janvier 2006 : « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 ».

⁸⁴ Même sur les embauches récentes, la proportion d'aides à domicile femmes n'ayant aucun diplôme dépasse les 60 %.

attachée à ces établissements) ; des initiatives nouvelles se feront jour sur des territoires peu denses en offre de services ou dans une logique concurrentielle.

Les nécessités de la mise en conformité s'imposent aux opérateurs... même s'ils ne sont pas toujours en mesure de suivre. Les exigences liées à la montée en gamme des équipements - éléments de « confort », taille des chambres, espaces collectifs – sont beaucoup moins facilement saisissables.

La montée en gamme des équipements n'est pas calibrée *a priori*. Nous avons largement décrit, dans le premier rapport, les éléments d'information disponibles sur l'état du parc, les caractéristiques du bâti, la taille des chambres, les facteurs discriminants du confort moderne, etc.

Il est très difficile d'afficher une cible en matière de restructuration du parc, d'autant que si l'on considère le long terme, s'ajoutent aux besoins actuels ceux liés au vieillissement du parc d'ici 2025 et à l'évolution des attentes de la population.

L'étude déjà citée de Jean de Kervasdoué met en avant un critère classique, celui du nombre de lits par chambre : de ce point de vue, la situation française apparaît relativement correcte. Il n'en serait pas forcément de même si l'on considérait la taille des chambres : 30 % de chambres de moins de 16 m² (EHPA fin 2003).

Tableau n°34 : Nombre de lits par chambre dans les établissements d'hébergement en Europe

Au 1 ^{er} janvier	France (2003)	Espagne (2004)	Suède (2000)	Allemagne (2003)	Pays-Bas (2000)	Royaume-Uni (1996)
1 lit par chambre	82%	nd	98%	50%	22%	46%
2 lits par chambre	17%	nd		47%	35%	44%
3 lits et plus par chambre	1%	nd	2%	3%	43%	10%

Source : Cnam, CREGAS-INSERM U537

La Cour des comptes, à la suite d'autres travaux, avance le chiffre de 30⁸⁵ % des lits à rénover partiellement et 10 à 15 % totalement ; la CNAVTS a pu faire état d'un besoin de rénovation à hauteur de 480.000 lits (en liaison avec les perspectives de conventionnement).

Compte tenu de l'enjeu financier, il convient de se donner des cibles précises sur la base desquelles travailler. Pour l'évaluation financière, nous nous concentrerons au chapitre 3, sur deux hypothèses cibles de restructurations lourdes : une hypothèse a minima de 150.000 places à restructurer – ou à remplacer ; une hypothèse à 300.000 places, permettant de traiter sur la durée une part substantielle des besoins actuels et des besoins futurs.

Il importe encore une fois de considérer dans un même mouvement les possibilités de reconversion et les initiatives nouvelles. Les calendriers respectifs de la création de places nouvelles et de la reconversion (en particulier en milieu hospitalier), qui plus est différents selon le statut des opérateurs, ne sauraient tenir lieu de ligne de conduite pour la programmation, sous peine de multiplier les effets d'aubaine, de reporter les ajustements et, au total, d'aller à l'encontre des objectifs de diversification et de coordination entre les différents éléments de la gamme.

⁸⁵ Chiffre non lié *a priori* au précédent.

Chapitre 3

Accessibilité financière, emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance

Efforçons-nous de résumer les enjeux de ce chapitre en quelques questions simples :

- le libre choix étant lié, entre autres dimensions, aux possibilités financières d'accéder aux différents éléments de l'offre, que peut-on dire des ressources présentes et à venir des usagers ? De quelles aides bénéficient-ils ? Celles-ci sont-elles adaptées et équitables ? Comment renforcer l'accessibilité financière et tendre vers la neutralité des choix pour l'utilisateur ?
- si les besoins, tels qu'envisagés au chapitre précédent sont avérés, quelles sont les conditions financières de la montée en charge des projets d'équipements et de services ?
- globalement, quelles ressources devons-nous consacrer demain à la prise en charge de la dépendance ?
- quels sont aujourd'hui les financements ? Que seront-ils ou que peuvent-ils être demain ?

Les questions sont simples, les réponses infiniment plus complexes ou difficiles à élaborer. Autant le reconnaître. Cette complexité vient en partie de ce que l'on inverse ici la perspective habituelle. Il est en effet plus fréquent de débiter par la quatrième question (les possibilités de financement) pour remonter aux besoins, dans une logique classique d'administration de la pénurie, dont nous entendons aujourd'hui sortir.

Résumé opérationnel

Enjeux

Dans le cadre d'un scénario équilibré, l'amélioration de l'accessibilité financière des différentes composantes de l'offre, voire la neutralité des choix en termes financiers pour les usagers, sont une cible pour les pouvoirs publics. Un tel objectif peut conduire à renforcer parallèlement la sélectivité des prestations solvabilisées par la collectivité.

En ce qui concerne les établissements, le reste à charge pour l'utilisateur est un motif de non recours injustifié et de défaut de destination (lorsqu'on est amené à "choisir" un établissement en fonction du prix et non des prestations offertes) ; cette composante doit donc être une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de répartition des charges entre les différentes sections tarifaires. Cette question entre en ligne de compte aux côtés d'autres : l'équilibre du marché et l'existence de pratiques concurrentielles, l'efficacité des formules d'administration des prix et des mécanismes d'habilitation à l'aide sociale, la surveillance des motifs de dérive des coûts, la performance des opérateurs, l'engagement des financeurs potentiels.

Cette question du reste à charge en établissement croise évidemment celle de l'aptitude à évaluer les capacités contributives des personnes âgées et de leurs familles, aujourd'hui et à terme ; elle doit être pondérée par l'évolution de la durée moyenne de séjour (durée considérablement réduite pour les personnes récemment entrées dans les établissements les plus médicalisés).

L'appréciation des besoins individuels (en matière d'aide à domicile, de soins à domicile, de prestations en établissement) est *a priori* le critère le plus pertinent pour hiérarchiser le taux d'effort de la collectivité. Cela suppose de traiter les désajustements, sauf à laisser les opérateurs accommoder les prestations (en ajustant la clientèle aux moyens ou en lui faisant supporter un reste à charge trop important) ; cela suppose aussi de vérifier régulièrement la pertinence des critères d'éligibilité et du périmètre des prestations.

Le principe d'équilibre concerne aussi la répartition des efforts entre les différents financeurs (pour l'essentiel, l'Etat via les dépenses fiscales, les crédits d'investissement et la politique du logement, l'assurance maladie, les départements et les usagers).

En dehors d'une gestion par la pénurie (qui néglige d'ailleurs les effets externes sur les aidants et les reports de charges sur les soins de ville), il n'y a pas de solution de qualité (domicile versus établissement) intrinsèquement moins coûteuse. La traduction financière du scénario, présenté en termes physiques au chapitre précédent, le prouve.

Globalement, les coûts de personnel (quel que soit le financeur, y compris l'utilisateur) pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes passeraient, à domicile, de 2005 à 2025, de 4.305 M€ à 13.232 M€ (hors inflation) et, en établissement, de 9.206 M€ à 17.386 M€ (dans l'hypothèse basse) et 19.274 (dans l'hypothèse haute). Les coûts à domicile augmenteraient de 5,8 % par an, ceux de la prise en charge en établissement de 3,2 % à 3,8 % par an.

D'ici 2010, la hausse des coûts à domicile serait de 4,6 % par an ; celle des coûts en établissements serait comprise, selon l'hypothèse, entre 5,9 % et 7,9 % (hors inflation). Entre 2010 et 2025, le profil s'inverse : la hausse des coûts à domicile s'établit à 6,2 % ; celle des coûts en établissement est comprise entre 2,3 % et 2,4 %.

Au total, les besoins globaux de financement liés à l'investissement peuvent, quant à eux, être estimés sur la période 2006-2025, dans une fourchette 14.1456 M€ HT - 29.219 M€ HT. L'ordre de grandeur n'est évidemment pas le même : l'investissement de restructuration consomme sur vingt ans environ une année de dépenses de personnel.

Si l'on s'attache plus spécifiquement à la période 2006-2010, ces besoins (création de places nouvelles EHPAD + restructurations) se situent dans une fourchette 2.941 M€ HT - 5.923 M€ HT.

Rapportées à la trajectoire prévue du PIB de la France, cet ensemble de dépenses représente un effort de la nation d'environ 1,1 % du PIB en 2010, 1,2 % en 2015 et 1,5 % en 2020.

Cet effort conséquent n'est pas insurmontable pour autant que soient engrangées par ailleurs des économies (exemple des dépenses de médicament), que les mécanismes de régulation permettent de contenir strictement les dépenses et qu'une partie substantielle des ressources nouvelles consacrées aux dépenses de personnel dans le secteur médico-social soit gagée sur des redéploiements à partir de l'enveloppe hospitalière.

Le financement de la prise en charge de la dépendance est d'une complexité sans pareille. La difficulté d'établir un compte global de la dépendance (le rapport de la Cour des comptes marque de ce point de vue un progrès sensible), la responsabilité diffuse des procédures d'autorisation et de financement (et les reports de charges afférents), les modalités de tarification, l'existence conjointe sur un même secteur, voire pour les mêmes prestations, de dispositifs d'autorisation et de droits de tirage sur les ressources collectives, les lacunes du système d'information, etc. tout concourt à ce défaut de visibilité.

Envisager les contributions des uns et des autres, sur chaque segment de l'offre, de façon cloisonnée, est pourtant clairement insuffisant. Il vaut mieux là encore afficher quelques principes et tenter d'élaborer les dispositions susceptibles d'en rendre compte : globalement, après la période de montée en charge de l'APA, contrainte très lourde pour les départements, il convient de mettre en perspective, dans la transparence, la contribution des différents financeurs et les possibilités de dégager des mesures nouvelles de financement du secteur médico-social (par un effort d'assurance individuelle, par des prélèvements nouveaux ou par redéploiement) doivent être examinées dans ce cadre global.

Orientations

- **Mettre en œuvre un compte de la dépendance et assurer un meilleur suivi des dépenses**

Cet exercice est essentiel pour mesurer la contribution des différents financeurs, en instantané et en perspective, révéler les reports de charges d'un opérateur à l'autre ou d'un segment de l'offre à l'autre, révéler aussi les gains potentiels d'une meilleure articulation de l'offre et les coûts des cloisonnements, des défauts de coordination et d'organisation des filières de prise en charge. Au moment où il est beaucoup question de convergence avec le secteur du handicap, il paraît essentiel d'être en capacité d'établir ce compte de la dépendance comme il en existe pour le handicap.

Le suivi de la dépense en faveur de l'autonomie est actuellement éclaté entre plusieurs directions d'administration centrale (DGAS, DSS, DREES, DGCL, DGCP) et établissements publics (INSEE, CNSA, caisses de sécurité sociale) et un émiettement similaire se retrouve au niveau local. La CNSA, acteur-pivot du secteur, a vocation à constituer la tête d'un tel réseau d'information dans le cadre de sa Convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat. Au niveau territorial, des tableaux de bords devront être mis en place pour permettre un suivi et un pilotage plus fin de la dépense dans ce secteur.

- **Construire un système d'information complet sur les coûts et les tarifs des équipements et services**

La gestion par la qualité, la liberté de choix, la montée des préoccupations consuméristes (au bon sens du terme) chez les usagers et leurs familles, les préoccupations des régulateurs, les principes de transparence démocratique et de gestion de la performance, etc. tout impose le développement d'un système d'information, sur le territoire de prise en charge et au niveau national : informations sur l'offre disponible, sur les initiatives innovantes, sur les tarifs des différents équipements et services, sur les prestations, sur les coûts de déploiement des équipements.

Des initiatives sont prises par un certain nombre d'acteurs privés pour informer les usagers et les familles (guides à l'échelle d'une région, palmarès, etc.) et pallier ainsi les carences de l'information publique en la matière. Elles doivent être relayées sur une échelle large par les tutelles. Si le principe

de libre choix devient la marque de la politique de prise en charge, les opérateurs centraux (DREES, CNSA, DGAS, ODAS) et départementaux doivent engager la concertation pour mettre en place rapidement le recueil des données et les supports d'information du public, en premier lieu sur les tarifs.

- **Etudier la possibilité d'une unification des dispositifs d'aide à domicile sous la responsabilité des départements**

La question de l'unification des dispositifs d'aide à domicile quel que soit le niveau de GIR mérite d'être posée. Une telle unification serait cohérente avec la responsabilité donnée aux départements en matière de coordination gérontologique, qui ne saurait se limiter à la prise en charge des personnes reconnues comme dépendantes au sens de la grille AGGIR. Elle permettrait en outre aux collectivités de déployer plus efficacement les nécessaires efforts de structuration de l'offre de services. Un tel transfert devrait naturellement être intégralement compensé. La dispersion actuelle des institutions offrant des prestations d'aide à domicile à un public non dépendant (notamment les caisses de retraite complémentaire) pose à cet égard des difficultés particulières.

- **Traiter les distorsions entre les opérateurs et promouvoir l'accessibilité financière de l'ensemble du parc**

Il convient de poursuivre la rationalisation des procédures d'autorisation et de financement, de traiter les distorsions fiscales entre les différents opérateurs (véritable maquis), de promouvoir les dispositifs innovants permettant d'accélérer la prise d'initiative par les opérateurs publics (à travers la mise en œuvre de partenariats public-privé adaptés, notamment le bail emphytéotique administratif) et d'articuler davantage les programmations en matière de restructuration hospitalière et en matière gérontologique (cf. infra, chapitre 4).

En contrepartie de la suppression des distorsions existant entre les opérateurs, l'accessibilité des usagers, via le mécanisme d'habilitation à l'aide sociale, éventuellement aménagé (cf. infra), devrait être garantie dans tous les établissements.

- **Consolider la régulation des dépenses au niveau des établissements**

Plusieurs évolutions méritent d'être envisagées pour faire de la tarification un instrument de régulation des dépenses, de respect des engagements relatifs à la création de places et à la médicalisation et de répartition équitable des charges.

- **Promouvoir un forfait global élargi**

Le mécanisme du forfait partiel s'est répandu au fil du temps : il concerne aujourd'hui plus de quatre cinquièmes des EHPAD. Dans le but de gager une partie des dépenses nouvelles sur des redéploiements à partir de l'enveloppe de soins de ville, il apparaît aujourd'hui impératif de restaurer le dispositif de forfait global et d'y inclure l'ensemble des dépenses de soin consacrées aux personnes hébergées (médicaments⁸⁶, examens et analyses et honoraires médicaux).

- **Réguler les dépenses pharmaceutiques**

Les dépenses de médicaments doivent être contenues. En dehors de leur intégration dans le forfait, susceptible de responsabiliser les opérateurs, les marges appliquées aux médicaments achetés en officine méritent d'être revues pour tenir compte des caractéristiques d'un marché captif. Les mécanismes de mise en concurrence devraient par ailleurs être plus systématiquement recherchés.

⁸⁶ Que l'établissement dispose d'une pharmacie interne ou pas.

- **Mettre un terme aux dispositifs d'allocation basés sur les "dotations historiques" des établissements**

Un certain nombre de dispositifs, dont le clapet anti-retour, ont été mis en place pour garantir la montée en charge de la réforme de la tarification en incitant les établissements à s'y engager. A l'instar de la Cour des Comptes, le présent rapport recommande la suppression du clapet anti-retour à la faveur de l'achèvement du processus de conventionnement de façon à asseoir l'allocation des ressources sur la seule évaluation des besoins liés au niveau de dépendance des personnes et à la charge en soin afférente.

• **Contenir les coûts supportés par l'utilisateur par une action sur plusieurs fronts**

- **Conduire des études d'impact sur le coût de la réglementation**

L'évolution des normes, les exigences des tutelles, la montée en gamme, les choix des opérateurs retentissent sur les coûts de l'hébergement. Les évolutions de la réglementation devraient être accompagnées d'études d'impact sur les coûts supportés par l'utilisateur.

- **Mettre en place une base de données nationale sur les caractéristiques et les coûts des programmes d'investissement**

Alors qu'est en cours ou se trouve programmé un vaste effort d'équipement et de restructuration, la mise en place d'une base de données nationale sur les caractéristiques et les coûts des programmes s'impose à court terme ; cette mission pourrait être confiée par extension de ses compétences à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, laquelle dispose de relais au niveau régional.

- **Revoir la répartition des charges entre les financeurs**

La répartition des charges entre les sections tarifaires mérite d'être revue pour que l'utilisateur n'ait pas à supporter la plus grande part des efforts d'amélioration de la qualité de la prise en charge (en dehors de la médicalisation). Il est donc proposé de revoir la prise en charge des fonctions d'animation au sein des établissements et de prévoir sur l'ONDAM la prise en charge d'une part des investissements de restructuration

- **Remettre à plat la question de l'aide sociale en établissement**

La question de la convergence de l'APA à domicile et en établissement mérite d'être posée mais en considérant l'ensemble des aides apportées en établissement. On ne saurait en effet laisser de côté la question de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) : distinguer un secteur contraint (quand bien même les personnes concernées ne représentent qu'une minorité des résidents de l'établissement) et un secteur libre (auquel sont obligés de recourir des usagers pas forcément privilégiés faute d'alternative de proximité) n'est pas vraiment rationnel. L'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 traite la première contradiction.

L'ASH entre aussi en ligne de compte lorsqu'est évoquée la mobilisation des éléments de patrimoine. Il serait sans doute plus clair de considérer dans des ensembles cohérents, d'une part les différentes possibilités de solvabilisation de la prise en charge en institution à la charge des départements (quelles que soient les sections tarifaires et en prenant en compte la solidarité devant s'exercer envers les personnes démunies), d'autre part les possibilités de mobilisation du patrimoine, qui plus est si devait se développer la formule du prêt viager hypothécaire (cf. infra).

C'est donc à une remise à plat globale de l'aide sociale en établissement qu'appelle ce rapport.

• **Aider les aidants et reconnaître leur contribution**

Des formules de répit sont actuellement développées. Au-delà, la prochaine Conférence de la famille sera immanquablement appelée à examiner les possibilités de reconnaître plus

concrètement la contribution des aidants familiaux. Différentes formules existent à l'étranger. Il peut être légitime de s'en inspirer, en particulier à travers l'exemple allemand de prise en charge des cotisations retraite des personnes cessant complètement ou partiellement de travailler pour s'occuper d'un ascendant.

- **Faire en sorte que le développement de l'offre médico-sociale soit soutenable pour les finances publiques**

Les contributions de l'assurance maladie, en grande partie portées par la CNSA (dans le périmètre partiel défini par ce rapport) passeraient de 2005 à 2010 de 7.080 M€ à 9.445 ou 10.530 M€ (selon les hypothèses retenues en matière de taux d'encadrement en établissement et d'effort de restructuration). En 2025, elles s'établiraient dans une fourchette de 16.749 M€ à 18.800 M€ (toujours en euros constants). La seule évolution de l'assiette de prélèvement en ligne avec la croissance de l'activité économique ne suffira pas à combler ce différentiel.

A partir de là, deux solutions sont possibles : recourir à des prélèvements nouveaux et procéder par ciblage et redéploiement.

Avec une hypothèse de progression de l'assiette de 2 % en termes réels sur 20 ans, les coûts assurance-maladie / CNSA mentionnés ci-dessus pourraient être assumés par un prélèvement additionnel de l'ordre de 0,5-0,6 point de CSG. D'ici 2010, l'effort peut être évalué à 0,3 point de CSG. Il ne servirait à rien de prévoir un déploiement ambitieux et diversifié de l'offre médico-sociale sans considérer la soutenabilité de cet effort pour les finances publiques. Les contraintes en la matière sont connues ; la prise en charge de la dépendance est un défi en "concurrence" avec d'autres.

Il semble donc pertinent, pour crédibiliser sur le plan financier le scénario du libre choix, de prévoir (hors prélèvements nouveaux) une action sur plusieurs fronts :

- **Renforcer la sélectivité des dispositifs de solvabilisation publics en faveur des publics les plus fragiles**

Cette orientation est mise en avant par la Cour des comptes sans que le contenu précis en soit donné. On peut sans doute avancer deux principes : hiérarchiser le bénéfice des aides publiques davantage en fonction des caractéristiques médico-sociales et des besoins afférents qu'en fonction de la distribution des revenus et actualiser régulièrement les avantages dont bénéficient les personnes en fonction de l'âge.

Cela suppose de mieux articuler les possibilités offertes par les plans d'aide en fonction de la réalité des besoins : la hiérarchie de l'APA à domicile pour les GIR 1 et 2 n'apparaît pas forcément adaptée à la prise en charge des personnes atteintes de détériorations intellectuelles sévères (personnes confinées au lit *versus* personnes déambulantes). Une analyse précise des plans d'aides pour les personnes désorientées, respectivement classées en GIR 1 et 2, devrait permettre d'étudier l'opportunité d'une évolution en la matière. Plus globalement, la question du périmètre de l'APA mérite d'être régulièrement évaluée, en particulier en considérant les pratiques étrangères en la matière.

Le financement des SSIAD n'apparaît pas non plus pleinement satisfaisant. L'effort affiché au chapitre précédent est très conséquent en la matière. Il importe à la fois de faire en sorte que l'allocation de ressources aux structures soit plus conforme au profil des personnes prises en charge et de fluidifier les entrées et les sorties du dispositif.

Enfin, les marges de manœuvre qui pourraient résulter d'un meilleur ciblage des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées dépendantes devront être chiffrées avec précision. Les phénomènes de cumul entre aides fiscales et aides budgétaires sont nombreux et devront être examinés en priorité.

- **Organiser le redéploiement des enveloppes hospitalière et ambulatoire au profit du médico-social**

S'agissant des dépenses de sécurité sociale, des redéploiements depuis l'enveloppe « soins de ville » sont possibles, on l'a dit, notamment par une plus forte intégration des coûts au sein des dotations des EHPAD et sur le poste "médicaments".

Des redéploiements importants sont également à programmer entre l'enveloppe hospitalière et l'enveloppe médico-sociale, via la reconversion de lits hospitaliers occupés par des personnes âgées dépendantes qui seraient alors prises en charge dans un milieu mieux adapté à leurs besoins spécifiques et moins coûteux unitairement pour la collectivité. Cet objectif de transfert de lits vers les structures appropriées (rendu possible par l'effort décrit dans ce rapport en faveur du secteur médico-social) est crucial : le maintien des personnes âgées en lits de court et moyen séjour à l'hôpital n'est souhaitable ni pour l'utilisateur, ni pour la collectivité.

La mise en œuvre d'une restructuration de grande ampleur permettrait, selon certaines estimations, de dégager 1,8 milliards d'euros (aux prix 2005). Elle suppose une démarche volontariste d'amélioration des prises en charge, incluant notamment l'affirmation d'une priorité nationale concrétisée par un plan d'action, relayé en région par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ; une réorganisation du pilotage régional de l'offre, consistant à unifier la compétence sous l'égide des ARH (cf. infra) ; un calendrier de mise en œuvre prévoyant un transfert par tranches du sanitaire vers le médico-social ; un effort de formation et de valorisation des métiers liés au médico-social.

- **Mobiliser les départements en faveur d'une prise en charge performante en expérimentant la gestion par les collectivités volontaires d'une enveloppe soins déléguée**

Les départements ont aujourd'hui la responsabilité d'articuler les différents éléments de la gamme de prise en charge de la dépendance. Ils n'ont pas cependant la maîtrise des enveloppes soins (SSIAD et section soin en établissement). Responsabilité tronquée donc. La question de la gestion par la collectivité départementale d'une enveloppe globale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie se reposera à terme. Sauf à envisager une responsabilité complète, y compris sur la perception de la ressource, la gestion par des départements volontaires d'une enveloppe globale déléguée (par la CNSA) sur la base d'une péréquation nationale mérite à tout le moins d'être expérimentée.

- **Mettre en œuvre des ressources nouvelles : prévoyance individuelle, accès au crédit et développement de l'assurance dépendance**

La mobilisation des éléments de patrimoine pour acquitter les frais liés à la dépendance est une question sensible. Les pratiques de recours sur succession en matière d'aide sociale à l'hébergement sont d'ailleurs disparates selon les départements. Autre signe : les familles préfèrent parfois s'acquitter des charges pour ne pas entamer le patrimoine. Il n'empêche, le débat mérite d'être repris. Le prêt viager hypothécaire ouvre une voie. Les stratégies patrimoniales au grand âge, qui révèlent des efforts de prévoyance individuelle, peuvent aussi être plus directement encouragées.

Au-delà de la mobilisation des ressources publiques, sous le faisceau de contraintes indiquées plus haut, de l'auto-assurance, par un effort d'épargne, l'ampleur des besoins de financement pour une prise en charge diversifiée et de qualité plaide pour une exploration large des possibles et donc pour la mobilisation d'une couverture assurantielle du risque dépendance, en particulier dans une perspective de long terme.

Ce marché est d'ores et déjà relativement développé en France. Cela tient sans doute à la conscience qu'a la population de la nécessaire diversification des moyens de faire face au risque dépendance, à la relative simplicité des produits et à l'existence de formules de contrat collectif.

Les imperfections de ce marché légitiment cependant une intervention de l'autorité réglementaire afin de garantir la protection tant des souscripteurs que des assureurs : encadrement de la sélection médicale, de la négociation des primes, des révisions de cotisations, renforcement des règles prudentielles en matière de provisions, des obligations d'information des assurés, labellisation du marché dans le cadre d'un contrat-type négocié entre l'Etat et la FFSA.

Des mesures fiscales pourraient également avoir un rôle à jouer. Ceci peut notamment concerner des incitations à une souscription relativement précoce. La souscription entre 40 et 55 ans, par exemple, procure un bénéfice à l'assureur comme à l'assuré mais se heurte à la difficulté des personnes à anticiper leur éventuelle dépendance à un horizon très éloigné. Une autre piste est d'inciter au développement des contrats collectifs dans le cadre de l'entreprise, spécificité française qui présente l'avantage d'un moindre coût pour l'assuré.

Au-delà de l'amélioration du marché et du cadre concurrentiel et des incitations fiscales, il appartient bien à l'Etat de préciser la manière dont l'assurance privée dépendance pourrait s'insérer parmi les dispositifs publics et privés de compensation de la perte d'autonomie et en particulier s'articuler avec l'APA. Plusieurs points sont à étudier, notamment la définition du périmètre respectif du financement collectif et du financement individuel, le lien éventuel entre l'assurance dépendance et l'assurance maladie complémentaire, la réorientation de certaines mesures fiscales bénéficiant aux personnes âgées en faveur d'une incitation au développement de l'assurance dépendance.

Afin d'envisager les différentes options d'intervention pour l'Etat, une mission conjointe IGF-IGAS pourrait être utilement mise en place.

1 L'évolution des revenus et du patrimoine des retraités et des familles

Eu égard au coût des prestations (cf. infra), ou plutôt au reste à charge pour l'utilisateur des services, en établissement ou à domicile, la question est souvent posée de la soutenabilité individuelle de ces dépenses : elle l'est aujourd'hui, elle l'est aussi en prospective.

Les analyses trop lapidaires pèchent selon les cas par excès de pessimisme ou d'optimisme.

Dans le premier cas, on mettra en avant le différentiel constaté entre les revenus de pension des usagers actuels et les coûts, particulièrement en établissement. En instantané, le constat n'est pas faux : une part significative de la génération actuellement hébergée, particulièrement les femmes les plus âgées, ne bénéficie pas de revenus de pension suffisants pour faire face. En même temps, il faut considérer l'évolution des pensions entre cette classe d'âge et celles qui suivent et l'élévation globale du niveau de vie des retraités au cours des dernières décennies.

Dans le second cas, la tendance est de s'appuyer sur ces données pour extrapoler l'amélioration continue du pouvoir d'achat des retraités, qui en l'occurrence s'exprimerait en capacité d'acheter des prestations de prise en charge. C'est faire fi de l'évolution attendue des pensions, compte tenu des besoins de financement et des réformes en cours, mais aussi de l'importance de la dispersion des revenus des retraités et de l'incidence des phénomènes de précarisation à l'entrée dans la vie active mais aussi à la sortie de l'activité. Cela revient également à négliger les évolutions respectives des pensions et des salaires, dimension essentielle de la détermination du pouvoir d'achat des usagers en termes de prestations.

En contrepois de ce qui précède, l'analyse ne saurait non plus méconnaître les données de patrimoine et les stratégies de gestion patrimoniale des personnes âgées, qui bien souvent constituent par elles-mêmes des dispositions individuelles de prévoyance.

Cette présentation est faite en amorce du chapitre sur le financement au titre de l'analyse des capacités contributives présentes et à venir des retraités. Elle est également déterminante en termes de soutenabilité globale du financement de la dépendance (cf. infra : partie 5)

1.1 La dynamique des revenus⁸⁷

1.1.1 La comparaison des niveaux de vie

Au milieu des années 1980, le constat général suivant a été fait : l'ensemble des ménages retraités ont un niveau de vie comparable à celui des ménages d'âge actif. Ce constat se vérifie encore aujourd'hui si l'on raisonne en moyenne et à condition d'intégrer dans l'appréciation des niveaux de vie les revenus du patrimoine.

1.1.1.1 Comparer les niveaux de vie des actifs et des retraités

Comparer les niveaux de vie revient à analyser la totalité des revenus disponibles avant impôt d'un ménage, c'est-à-dire le revenu qu'il perçoit. On y inclut les prestations sociales et on déduit les cotisations sociales payées. Ce revenu dit "disponible" est rapporté à un nombre d'unités de consommation, c'est-à-dire à un quotient représentatif du nombre de personnes à charge du ménage⁸⁸.

⁸⁷ Cette section reprend les éléments développés par Anne-Marie Brocas, Secrétaire générale du Conseil d'orientation des retraités, lors de son audition en séance plénière.

⁸⁸ Actuellement, dans les calculs de l'INSEE, on considère que le premier adulte compte pour 1, le deuxième adulte pour 0,5 et les enfants pour 0,3 unité de consommation. En faisant ce calcul, on tient compte des économies d'échelle réalisées dans un ménage, par exemple par la mutualisation des frais de logement.

Dans ces circonstances, même si le revenu disponible d'un ménage de retraités est inférieur à celui d'un ménage d'âge actif, il peut y avoir parité en termes de niveau de vie en raison du nombre supérieur de personnes à charge pour les ménages actifs.

Ce constat est vérifié en tenant compte des revenus du patrimoine. Dans les revenus des retraités, les revenus du patrimoine représentent en moyenne environ un quart du revenu total. Cette part dans le revenu est deux fois plus importante qu'elle ne l'est dans le revenu des actifs. Il s'agit d'un élément fondamental dans la comparaison des deux catégories.

Les revenus du patrimoine sont extrêmement dispersés. La dispersion est beaucoup plus remarquable qu'entre les pensions ou entre les revenus d'activité des actifs. Cette dispersion est liée à la catégorie sociale d'appartenance. Un autre élément entre en ligne de compte : le fait d'avoir été travailleur indépendant ou pas. Il existe en effet un lien du niveau de revenu du patrimoine non seulement avec le niveau de revenu durant la vie active mais également avec le type d'activité professionnelle. Pour les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales et exploitants agricoles), le patrimoine constitué est un élément qui sert au moment de la retraite comme complément des revenus tirés de la retraite, qui sont assez faibles. Encore aujourd'hui, même si cela est de moins en moins vrai, le patrimoine constitue pour les travailleurs indépendants une sorte d'assurance retraite. Au moment du passage à la retraite des salariés, il n'y a ainsi quasiment pas de liquidation de patrimoine. En revanche, beaucoup de travailleurs indépendants liquident une partie de leur patrimoine. Cela leur permet d'avoir un revenu monétaire durant leur retraite. Il y a bien une fonction différente du patrimoine dans les deux catégories de ménage.

La comparaison des niveaux de vie hors patrimoine est plus facile à appréhender statistiquement.

Les chiffres les plus récents sont tirés des enquêtes fiscales de 2001. Le revenu annuel par unité de consommation des ménages de retraités est de 15.900 euros, pour un revenu par unité de consommation des ménages d'actifs de 17.800 euros⁸⁹.

L'écart de 2.000 euros a eu tendance à s'accroître depuis les années 1990. En euros constants, il n'était en début de période que de 1.000 euros. On perçoit là les effets, d'une part, des politiques qui ont consisté à freiner la revalorisation des pensions en les indexant non plus sur l'évolution des salaires mais sur celle des prix et, d'autre part, de la hausse de certains prélèvements sociaux pesant sur les retraites, comme la CSG.

1.1.1.2 Distribution des revenus selon les classes d'âge

Quand on regarde la distribution des revenus par classe d'âge, on constate que le découpage pertinent serait probablement un découpage en trois classes : les moins de 40 ans, les 40-70 ans et les plus de 70 ans.

La vision de la comparaison actifs/retraités se fait alors différente. Aux deux extrêmes, c'est-à-dire les moins de 40 ans et les plus de 70 ans, se trouvent des personnes qui ont un niveau de vie plutôt inférieur à la moyenne de la population. Les 40-70 ans ont un niveau de vie relativement supérieur à la moyenne. Parmi les moins de 40 ans, ces observations se vérifient particulièrement pour les moins de 30 ans. Le niveau de vie des moins de 40 ans est tiré vers le bas par les difficiles entrées dans la vie active des jeunes. Ainsi, pendant longtemps, ceux-ci ont des revenus monétaires faibles. Le niveau de vie des individus va augmenter et être maximal entre 50 et 59 ans, puis il va peu à peu diminuer. Après 70 ans, les personnes ont un niveau de vie comparable à celui des moins de 30 ans. Souvent, ce sont des femmes veuves, âgées, qui sont essentiellement titulaires d'une pension de réversion ou qui bénéficient des revenus issus du patrimoine légué par le mari.

⁸⁹ Les préretraités sont comptés parmi les actifs et non parmi les retraités. Dans les actifs, sont englobés les salariés et les chômeurs. Sont en effet actifs les actifs occupés avec un emploi et ceux qui recherchent un emploi. Si on distingue ces deux catégories d'actifs sur la même période, on constate que les retraités sont, en termes de niveau de vie, mieux lotis que les chômeurs et en dessous du niveau de vie des salariés occupés.

Ce constat, fait dans des travaux de l'INSEE à la fin des années 1990, reste tout à fait exact aujourd'hui, alors même qu'il aurait été erroné il y a vingt ans. A cette époque, les retraités avaient des revenus monétaires plus faibles et les plus jeunes ne formaient pas les bataillons de la pauvreté.

La comparaison des différentes classes d'âge semble donc plus intéressante, particulièrement pour notre propos, que l'opposition classique entre actifs et retraités.

1.1.1.3 *L'aisance financière des diverses classes d'âge*

En ce qui concerne les éléments de dispersion, les cas les plus fréquents de pauvreté se retrouvent chez les plus jeunes, les moins de 30 ans. Certains ne rencontrent aucune difficulté à trouver un emploi, se marient avec des personnes dans la même situation et ont immédiatement un niveau de vie convenable. D'autres jeunes cumulent durant de nombreuses années des difficultés d'insertion avec pas ou très peu de revenus monétaires et se retrouvent en situation de pauvreté.

Chez les plus de 70 ans, on observe également une très forte hétérogénéité. Le Conseil d'orientation des retraites estimait en 2001 qu'il y avait environ 440.000 personnes retraitées en dessous du seuil de pauvreté, soit 4 % de la population des retraités à comparer aux 6 % de personnes en dessous du seuil de pauvreté dans l'ensemble de la population. Ceci montre que le mécanisme de redistribution chez les retraités est un peu plus puissant que pour les autres catégories de population.

Dans la tranche d'âge relativement plus aisée, celle des 50-60 ans, il existe aussi une forte hétérogénéité des situations : d'une part, des personnes qui terminent leur carrière avec un emploi et une rémunération associée à leur ancienneté, d'autre part, des personnes qui terminent leur carrière au chômage, en préretraite ou, dans le pire des cas, au chômage dispensés de recherche d'emploi, en invalidité, voire pour certaines femmes, en inactivité en attendant de pouvoir percevoir leur retraite.

Deuxième nuance à apporter : qu'appelle-t-on un bon niveau de vie ? L'INSEE a réalisé des enquêtes il y a quelques années. Elles consistaient à interroger les ménages sur leur aisance ressentie. Les ménages ont dû répondre à cette question : "Vous sentez-vous en situation de bonne aisance financière ou connaissez-vous des difficultés ? Vous considérez-vous comme pauvres ?"

Il existe une distorsion entre l'aisance financière mesurée par les indicateurs de revenus monétaires et l'aisance financière déclarée par les ménages.

Deux constats significatifs en sont ressortis. Les retraités se déclarent en général dans une meilleure situation financière qu'un ménage plus jeune qui aurait le même revenu. Ceci peut s'expliquer par la satisfaction d'arriver à la retraite et la conscience de voir son niveau de vie baisser, cette baisse étant de plus considérée comme normale. Un autre facteur explique peut-être ce résultat : arrivé à la retraite, certaines charges disparaissent. Or celles-ci ne sont pas prises en compte dans la comparaison des niveaux de vie. Les retraités n'ont généralement plus les charges de remboursement d'emprunts que les ménages d'âge jeune peuvent avoir. De plus, ils sont beaucoup plus fréquemment propriétaires de leur logement. Ils n'ont ainsi plus de loyers à payer. Avec le même revenu, ils ont une plus grande aisance financière.

En dehors des veuves en situation précaire, les retraités ont donc un sentiment d'aisance financière plus élevé que ce que laisserait penser le simple constat du niveau de vie mesuré par le revenu par unité de consommation.

Bien que le niveau de vie moyen de la classe d'âge 50-59 ans apparaisse important par rapport au reste de la population, on y mesure le plus grand écart entre le niveau de vie mesuré et le sentiment d'aisance financière. Nombreux sont ceux qui ont le sentiment d'être en difficulté financière. Certains touchent en effet des allocations chômage ou des pensions d'invalidité. Deuxième facteur important : les charges que l'on doit assumer. On retrouve ici le problème de la "génération pivot". Les 50-59 ans ont encore souvent des enfants à charge mais ne touchent plus d'allocations familiales. De plus, ils commencent à assumer la charge de leurs parents qui peuvent avoir des difficultés notamment liées à la dépendance. Cette génération peut se trouver en difficulté en raison des charges importantes qui pèsent sur elle.

Ce concept de génération pivot est un élément important à prendre en compte pour l'avenir car il ne risque pas de disparaître. Il faut donc le garder à l'esprit, notamment si l'on envisage de demander à cette classe d'âge de cotiser pour sa dépendance.

1.1.2 Le niveau des pensions

Les pensions et les retraites représentent, on l'a dit, les trois quarts des revenus des personnes âgées.

Concernant les pensions, on peut se référer au dernier échantillon « inter-régime des retraités » géré par la DREES. Il permet périodiquement d'avoir connaissance du montant total des pensions des retraités en additionnant toutes les retraites perçues venant des différents régimes de base et complémentaires.

Les dernières données disponibles sont de 2001. Elles aboutissent au résultat suivant. En moyenne, la retraite totale⁹⁰ brute par personne est pour les hommes de 1.450 euros par mois et pour les femmes de 850 euros. La retraite des femmes représente en moyenne 60 % de la retraite des hommes. Le chiffre moyen homme-femme est de 1.126 euros par mois.

Ces moyennes recouvrent de grandes disparités entre générations, en fonction de l'âge et selon les catégories socio-professionnelles.

L'écart entre générations est beaucoup plus fort pour les femmes que pour les hommes. En moyenne, la retraite totale des femmes entre 60 et 65 ans est d'environ 1.000 euros par mois. Les femmes de 85 ans et plus ont approximativement 835 euros mensuels. Pour celles-ci, les pensions de réversion et les éléments du minimum vieillesse représentent une part prépondérante du revenu global.

Des disparités sont également observées en fonction du statut socio-professionnel. Les montants moyens des avantages principaux des régimes de base et complémentaire pour les hommes sont les suivants :

- anciens salariés : 1.617 euros par mois ;
- anciens non salariés : 614 euros par mois ;
- agriculteurs : 528 euros par mois ;
- professions libérales : 1.000 euros par mois.

Il y a donc une grande dispersion entre les indépendants et les salariés et au sein de la population des non-salariés. Le faible montant de leur retraite ne signifie pourtant pas qu'ils sont pauvres. Pour certains d'entre eux, les éléments de patrimoine prennent, on l'a dit, une place importante.

Au-delà de la moyenne, il existe également de grandes disparités, qui justifient que, lors du débat de la réforme des retraites en 2003, la question des faibles pensions ait été particulièrement à l'ordre du jour.

Enfin, cette dispersion se double de fortes disparités territoriales (tableau n°35).

⁹⁰ On additionne ici les pensions de droit direct que la personne perçoit car elle a cotisé, les pensions de réversion, ainsi que les éléments du minimum vieillesse.

Tableau n°35 : Montant mensuel moyen de la retraite globale (en euros chez les 60 ans et plus)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Part des femmes (%)
Alsace	1 527	792	1 116	55,9
Aquitaine	1 388	815	1 078	54,1
Auvergne	1 230	821	1 004	55,1
Basse-Normandie	1 237	752	973	54,4
Bourgogne	1 376	826	1 080	53,7
Bretagne	1 291	774	1 000	56,2
Centre	1 402	819	1 091	53,3
Champagne-Ardenne	1 384	801	1 065	54,7
Corse	1 280	798	1 037	50,5
Franche-Comté	1 343	781	1 042	53,7
Haute-Normandie	1 495	802	1 119	54,3
Ile-de-France	2 049	1 150	1 525	58,3
Languedoc-Roussillon	1 427	821	1 112	52,0
Limousin	1 208	819	995	54,8
Lorraine	1 432	776	1 090	52,1
France métropolitaine	1 475	854	1 136	54,6
Midi-Pyrénées	1 294	801	1 037	52,1
Nord-Pas-de-Calais	1 454	777	1 084	54,7
PACA	1 607	879	1 217	53,5
Pays de la Loire	1 322	752	1 002	56,1
Picardie	1 378	809	1 083	51,7
Poitou-Charentes	1 293	748	1 010	51,9
Rhône-Alpes	1 495	857	1 143	55,1

Source : DREES, *Études et résultats* n°249, juillet 2003.

1.1.3 Éléments de prospective

1.1.3.1 Les termes globaux du problème

Avant la réforme de 2003, il y avait un besoin de financement estimé des régimes de retraites de l'ordre de 4 points de PIB à l'horizon 2050 et 2 points à l'horizon 2020. Aujourd'hui, les dépenses de retraite représentent 12 % de la richesse nationale. Si aucune nouvelle mesure n'avait été prise, ces dépenses auraient représenté 14 % en 2020 et 16 % en 2050. Il fallait donc trouver un moyen de financer - ou d'économiser - 2 % de cette richesse nationale en 2020 et 4 % en 2050. Ces constats constituaient le point de départ des débats sur la réforme des retraites.

Il existe trois moyens d'équilibrer les régimes de retraite : augmenter les recettes de ces régimes en augmentant les cotisations sociales ou d'autres recettes, par exemple fiscales, reculer l'âge de la retraite, l'âge auquel les personnes liquident leur pension et si possible l'âge auquel elles cessent leur activité et agir sur le niveau des pensions.

Dans les réformes récentes de 1993 et 2003, pour tenter d'assurer l'équilibre des régimes de retraite à long terme, un premier axe a consisté à freiner l'évolution du niveau des pensions. Un des outils a été l'indexation des pensions sur les prix plutôt que sur les salaires. Deuxième levier mis en œuvre : le

recul de l'âge de départ en retraite avec l'allongement progressif de la durée d'assurance requise pour bénéficier de la retraite. Depuis 1993, quelques hausses de cotisations sociales sont en outre intervenues. Il est prévu, dans l'économie de la réforme de 2003, que le retour au plein emploi⁹¹ permette de redéployer des cotisations chômage vers le risque vieillesse, ce qui représenterait 3 points de hausse de cotisations d'ici 2020.

Quels sont les effets des réformes de 1993 et 2003 sur l'évolution future des revenus de pensions ? Concernant les salariés du privé comme du public, les mesures principales sont la modification des règles de calcul des pensions, le passage pour les salariés du privé à un calcul sur les vingt-cinq meilleures années et surtout l'indexation sur les prix qui devient la règle pour tous les salariés. Dans les régimes complémentaires des salariés du privé existent également des règles d'indexation des conditions d'acquisition des points qui freinent aussi l'augmentation future des droits des retraités.

Si l'on se projette à 2020 ou 2050 en gardant les mêmes règles, en se référant uniquement aux prix, et en faisant l'hypothèse que les salaires bruts augmentent de 1,8 % par an et les salaires nets de cotisations de 0,9 % par an, les résultats sont les suivants :

- en termes de pension brute des salariés du privé, si le rapport pension moyenne sur salaire moyen d'activité est aujourd'hui à l'indice 100, ce qui correspond à un taux de remplacement de 85 %, l'indice est en 2020 à 76 et en 2050 à 62 ;
- pour les salariés du public, la baisse est un peu plus faible : passage de l'indice 100 à 78 en 2020 et 68 en 2050.

Dans le cas d'une indexation non pas sur les prix mais sur les salaires nets, la diminution est plus faible. En 2050, on passerait de l'indice 100 à l'indice 79 pour les salariés du privé. Il n'y aurait alors que l'effet du calcul sur les 25 meilleures années et non plus de la moindre indexation des pensions.

Tableaux 36 a, b, c : Incidence de l'indexation sur la pension moyenne dans trois régimes

CNAV⁹²

Incidence de l'indexation sur la pension moyenne du stock de retraités

	Indexation	2003	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total des pensions (en millions d'euros 2003)	Prix	62 757	76 110	87 436	99 874	132 321	170 779	205 916
	Prix + 0,9%	62 757	78 050	93 050	109 705	153 240	207 899	262 761
Pension moyenne de droit direct (en euros 2003)	Prix	5 881	5 970	6 019	6 151	6 622	7 454	8 579
	Prix + 0,9%	5 881	6 121	6 395	6 736	7 627	9 012	10 866
Pension moyenne de droit direct rapportée au SMPT*Base 100 en 2003	Prix	100	88	81	76	68	64	62
	Prix + 0,9%	100	91	86	83	79	78	79

*) Salaire moyen par tête

MSA

Incidence de l'indexation sur la pension moyenne du stock de retraités

	Indexation	2003	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total des pensions (en millions d'euros 2003)	Prix	4 540	4 745	4 903	5 187	5 937	6 471	6 683
	Prix + 0,9%	4 540	5 012	5 348	5 810	6 965	7 931	8 525
Pension moyenne de droit direct (en euros 2003)	Prix	2 017	2 030	2 048	2 090	2 145	2 151	2 157
	Prix + 0,9%	2 017	2 147	2 241	2 353	2 545	2 688	2 830
Pension moyenne de droit direct rapportée au SMPT*Base 100 en 2003	Prix	100	88	81	75	65	54	46
	Prix + 0,9%	100	93	88	85	77	68	60

*) Salaire moyen par tête

⁹¹ Dans les projections du COR, le plein emploi correspond à un taux de chômage de 4-5 %. Ceci revient à diviser par deux le taux de chômage actuel. Cette baisse du chômage est prévue pour 2015. Dans le même temps, on suppose aussi une diminution par deux des effectifs de préretraités et de chômeurs dispensés de recherche d'emploi dans la classe d'âge des plus de 55 ans. Le COR présente ces hypothèses non pas comme des hypothèses tendanciennes mais volontaristes, correspondant à la mise en œuvre de politiques ou d'actions distinctes des pratiques actuelles dans les entreprises ou le secteur public. Différentes variantes ont été élaborées avec un chômage à 4 %, à 7 % ou encore à 9 %. Le prochain rapport du COR présentera toutes ces variantes.

⁹² Source Conseil d'orientation des retraites. Dans les trois projections ci-dessus, le scénario macro-économique est le suivant : taux de chômage de 4,5 % à partir de 2015 ; l'impact de la réforme de 2003 est estimé à + 400.000 actifs en 2050.

Fonction publique

Incidence de l'indexation sur la pension moyenne du stock de retraités

	Indexation	2003	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Total des pensions (en millions d'euros 2003)	Prix	32 917	41 661	46 729	52 680	65 614	79 996	94 091
	Prix + 0,9%	32 917	44 162	50 995	58 354	74 666	92 116	108 882
Pension moyenne de droit direct (en euros 2003)	Prix	20 319	20 728	21 143	21 941	24 218	27 731	32 623
	Prix + 0,9%	20 319	21 833	22 791	24 116	27 352	31 628	37 279
Pension moyenne de droit direct rapportée au SMPT*Base 100 en 2003	Prix	100	89	83	78	72	69	68
	Prix + 0,9%	100	94	89	86	82	79	78

*) Salaire moyen par tête

1.1.3.2 Questions particulières

• **Pensions et précarité**

Quelles seront les répercussions sur les futurs niveaux de retraites des situations de précarité connues par les jeunes générations qui éprouvent des difficultés à entrer dans la vie active ? Des études sur cette question sont en cours. En analysant les cinq premières années professionnelles de la génération entrée sur le marché du travail en 1992, l'une des années les plus difficiles en termes d'insertion professionnelle, deux constats ont été faits :

- il existe une forte hétérogénéité. Ceci récuse le raisonnement parfois tenu sur les "générations sacrifiées", consistant à dire par exemple que toutes les personnes entrées sur le marché du travail en 1992 et nées en 1970 auraient de très mauvaises retraites en raison des difficultés de leur début d'activité. Ceci ne vaut pas pour une génération entière. Une majorité de personnes ont eu un début d'activité "normal". Dans ces catégories observées, environ 20 % des personnes se trouvaient en situation très difficile. Ces personnes avaient cumulé durant de nombreuses années des difficultés. Même pour ces personnes, on constate néanmoins des validations des droits à la retraite pour des stages ou des situations d'emploi aidé. En termes de durée d'assurance, elles ne perdent pas autant d'années que d'années d'emploi précaire. Pour cinq ans de « petits boulots », elles valident environ trois ou quatre ans de cotisations ;
- en revanche, les répercussions en termes de salaire pris en compte pour calculer la retraite sont plus importantes. On ne peut savoir si ces générations vont rattraper le retard pris. Pour beaucoup, on peut penser que le rattrapage ne sera pas intégral.

Le problème posé dépasse l'horizon temporel du présent rapport, y compris pour les générations d'aidants potentiels mais il se posera immanquablement aux futures "générations pivots".

• **Le pouvoir d'achat de prestations de prise en charge**

En ce qui concerne les nouveaux retraités – précédemment, on ne raisonnait pas sur les nouveaux retraités mais sur une moyenne de revenus de retraités à une date donnée comparée à une moyenne de revenu d'activité – pour un indice 100 aujourd'hui, la pension moyenne avec une stricte indexation sur les prix passe en 2020 à l'indice 111, en 2050 à l'indice 190. L'indice des salaires augmente plus vite que l'indice des pensions. Les pensions augmentent bien entre aujourd'hui et 2020 mais moins vite que les salaires. Ceci explique que le rapport pension/salaire baisse.

Concernant les pensions du stock qui comprend les nouveaux et les anciens retraités à une date donnée, nous passons de 100 aujourd'hui à environ 105-110 en 2020.

S'agissant de prendre en charge des services qui consomment beaucoup de main d'œuvre, le problème principal en termes de prospective est ce décrochage du montant des pensions en termes de capacité contributive, par rapport à des salaires bruts qui augmentent de 1,8 points plus rapidement.

1.2 Patrimoine et gestion patrimoniale des personnes âgées

La question du patrimoine des personnes âgées intéresse la présente réflexion à plusieurs titres :

- nous avons insisté plus haut sur les revenus du patrimoine, vu l'importance de ces revenus en termes de prévoyance pour certaines catégories de population, les indépendants en particulier, vu aussi l'extrême dispersion de ces ressources ;
- par ailleurs, l'importance de la problématique du logement dans le cadre d'une politique volontariste de soutien à domicile impose d'identifier les caractéristiques de la propriété immobilière, en fonction de l'âge et des catégories sociales ;
- le patrimoine immobilier est en outre un actif mobilisable pour faire face aux risques de l'existence, actif en concurrence avec d'autres, du point de vue de la liquidité et de la sécurité ;
- de façon très concrète enfin, si l'APA n'est pas récupérable sur succession, il n'en est pas de même de l'aide sociale à l'hébergement dans la mesure où les conseils généraux récupèrent tout ou partie des sommes engagées sur les successions. Le patrimoine transmissible fait donc partie des capacités contributives des personnes, que la récupération soit exercée ou que les familles participent au coût de l'hébergement pour éviter cette récupération.

1.2.1 Patrimoine immobilier

Dans les enquêtes sur les revenus fiscaux, les indications relatives aux revenus du patrimoine apparaissent extrêmement partielles car ne sont communiqués par construction que les éléments donnant lieu à déclaration. On peut aussi s'appuyer sur l'enquête « *Patrimoine* » de l'INSEE. Cependant, cette enquête est déclarative et la sous-déclaration y apparaît massive. L'enquête "*Logement*" est une autre source.

Selon les données disponibles, 76 % des ménages de retraités sont propriétaires d'au moins un logement contre 60 % pour l'ensemble des ménages. Le taux de propriétaires est maximum à 70 ans puis diminue (cf. infra). (tableau n°37)

Parmi les actifs de plus de 50 ans, la proportion des ménages propriétaires d'au moins un logement est de 72 %. La période 50/65 ans est ainsi, statistiquement, encore une période soit d'accession à la propriété, soit d'investissement locatif en vue de se constituer un patrimoine ou des revenus complémentaires, pour une petite fraction de futurs retraités, soulevant le problème des conditions d'accès à l'emprunt et de leur garantie, pour les primo-accédants tardifs.

Tableau n°37 : Proportion de ménages retraités propriétaires selon le type de logement possédé (en %)

Type de logement possédé	
Résidence principale seule	55
Résidence principale et un autre logement	19
Un autre logement seulement	3
Ménages propriétaires d'au moins un logement	76
Ménages ne possédant aucun bien immobilier	24
Ensemble	100

Source : *Enquête Logement 2002* – INSEE

19 % des ménages de retraités ont à la fois une résidence principale et un deuxième logement. Ce taux correspond à la moyenne générale et n'a pas de singularité chez les retraités. Un tiers seulement de ces seconds logements sont des résidences secondaires. Ceux-ci sont donc, dans de nombreux cas, une source de revenu d'appoint pour le retraité.

La valeur moyenne des logements des retraités est plus faible que celle des actifs car ces logements sont plus anciens, souvent plus vétustes et ont donc une valeur moindre.

Parmi les retraités, les ménages non propriétaires (un quart) sont en moyenne plus âgés (+ 2 ans) et 70 % d'entre eux sont d'anciens ouvriers ou employés (contre seulement 42 % chez les retraités propriétaires). Ils appartiennent ainsi aux catégories sociales disposant de revenus relativement faibles (1er au 4ème décile).

Autre caractéristique : les ménages propriétaires sont beaucoup moins mobiles que les ménages locataires.

Enfin, les cadres, détenteurs des revenus en moyenne les plus élevés, consacrent une part moindre de ce patrimoine à la détention d'actifs immobiliers. Ils pourront exprimer une demande « plus mobile » face à l'offre de services à domicile. Moins liés par la propriété immobilière, ils pourraient plus aisément s'orienter vers des produits de type résidences-services, ou, comme ils le font actuellement, se porter acquéreurs de produits locatifs de type de Robien, prévoir leur retour en ville dans des logements de taille moyenne, proches des commerces et des services médico-sociaux.

Tableau n°38 : Part du patrimoine immobilier dans l'ensemble du patrimoine (en %) des ménages retraités, en fonction de leur catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Part du patrimoine immobilier
Agriculteur	63,4
Ouvrier	76,9
Employé	68,4
Profession intermédiaire	65,4
Artisan commerçant	65,4
Cadre	57,6
Ensemble	65,8

Source : *Enquête Patrimoine*, 1998 – INSEE⁹³

1.2.2 Attentes et stratégies patrimoniales des personnes âgées, différences entre les jeunes retraités et les retraités plus âgés⁹⁴

La montée de la préoccupation de la retraite dans les motivations d'épargne s'est affirmée depuis la fin des années 1980. Face à l'incertitude relative quant au niveau des retraites futures et au risque de devoir faire face financièrement à une situation de dépendance, les seniors accentuent leurs efforts d'épargne et s'efforcent de faire fructifier leur patrimoine. La défiance envers la capacité des systèmes de prévoyance collective à prendre en charge la dépendance et le refus de peser sur la famille renforcent cette tendance.

L'anticipation des risques de dépendance (recours à un aidant extérieur ou placement en institution) s'effectue de plus en plus tôt dans le cycle de vie (entre 50 et 60 ans). L'effort d'épargne est d'autant plus important que les risques ne sont pas clairement identifiables, prévisibles et mesurables.

Par ailleurs, le comportement de consommation du capital, non pas à la retraite mais en fin de vie, bien qu'il demeure encore limité, se diffuse dans la société. L'utilisation du capital est d'autant plus fréquente que les personnes concernées sont en institution ou présentent un fort degré de dépendance.

L'autonomie devient donc un moteur essentiel de l'épargne des seniors, qui gardent au-delà de 75 ans un taux d'épargne positif et même supérieur à la moyenne. Elle influe sur leurs stratégies

⁹³ Données citées in INSEE Première n° 984 – sept. 2004.

⁹⁴ Source : *Observatoire Caisse d'Épargne 2004*, Seniors : parcours de vie, parcours d'épargne.

patrimoniales. Ces dernières, plus ciblées et concrètes, doivent répondre aux besoins de sécurité, de prévoyance et de protection du capital mais aussi de liquidité.

L'acquisition d'une résidence principale demeure bien sûr la pierre angulaire de la constitution d'un patrimoine en vue de la cessation d'activité. L'immobilier répond à une attente de sécurisation des revenus (du moins des charges), de garantie d'autonomie du lieu de vie et de disponibilité d'un capital en cas de nécessité. 65 % des actifs âgés de 50 à 59 ans mentionnent ainsi l'immobilier comme une modalité de préparation financière à la retraite, contre environ 50 % pour l'assurance vie et les livrets d'épargne. La faible rentabilité relative de l'immobilier (en termes de revenus locatifs) s'est muée en une garantie de stabilité.

Les seniors recherchent des placements sûrs, même s'ils sont moins rémunérateurs. A l'exception des patrimoines importants qui conservent des valeurs mobilières, ces actifs jugés risqués sont vendus au profit d'assurance vie, d'assurance dépendance ou de livrets d'épargne. Au-delà de 65 ans, l'épargne-logement semble elle aussi perdre de son attrait en raison de son image de produit de préparation immobilière. La diminution des intentions de placements à long terme (6 ans et plus) au bénéfice des placements à court terme est révélatrice d'un raccourcissement progressif de l'horizon des seniors.

Enfin, on observe des différences importantes de comportements patrimoniaux entre les générations des retraités nés entre 1930 et 1945 et leurs aînés. Les premiers ont connu un parcours patrimonial optimisé par les circonstances économiques des Trente Glorieuses. Les seconds ont accédé à la propriété plus tardivement (moindre disponibilité des biens et du crédit) mais ont largement tiré profit du fonctionnement du système de retraite et des bienfaits du système de santé.

1.2.3 Evolution des stratégies patrimoniales au sein d'une même génération : le cas des plus de 75 ans

Au sein d'une même génération, on observe que les stratégies patrimoniales des seniors évoluent avec l'âge. Les préoccupations d'épargne des seniors à partir de 70 ans portent majoritairement sur la préservation de leur autonomie et moins sur l'amélioration de la qualité de vie. L'immobilier voit son périmètre réduit au profit d'actifs financiers plus liquides, plus commodes à gérer et à transmettre aux conjoint et ascendants, soit de manière anticipée par des donations, soit *post mortem*. En effet, compte tenu des coûts matériels et financiers de gestion et d'entretien, les biens fonciers peuvent devenir trop contraignants.

L'ampleur des ventes de biens immobiliers, en croissance au-delà de 75 ans, est révélatrice d'un processus de réorganisation du patrimoine. Entre 60 et 64 ans, 18 % des seniors ne disposent pas de bien immobilier contre 32 % entre 75 et 79 ans. Si pour les moins de 75 ans, les intentions de vente s'accompagnent souvent d'un projet de nouvelle acquisition plus adaptée aux besoins, les plus de 75 ans se réorientent vers un logement locatif ou en institution. Cette situation se renforce pour les personnes veuves : seuls 52 % des plus de 75 ans vivant seuls sont propriétaires. Cette tendance à la baisse du taux de propriétaires doit cependant être nuancée dans la mesure où parallèlement on assiste à une forte progression du taux d'usufruitiers.

Au-delà de 70 ans, les seniors recherchent des actifs divisibles, liquides, facilement mobilisables et stables. La dégradation de l'image des placements d'actions explique aussi, au-delà de 70 ans, la réduction des placements en valeurs mobilières au profit des livrets et de l'assurance vie. Les placements à court terme de moins de 2 ans s'accroissent considérablement. Autre caractéristique, pas forcément intuitive : au-delà de 70 ans, la transmission d'un héritage aux descendants apparaît moins préoccupante. Près de 50 % des personnes interrogées anticipent de ne transmettre que « ce qu'il restera lorsqu'on aura bien vécu ». L'épargne en vue de la valorisation-transmission du patrimoine et de projets cède en partie la place à une recherche de liquidité et de sécurité.

Sans qu'il soit question de "récupérer" ces évolutions comportementales, force est de constater que :

- les seniors n'ont pas attendu que les pouvoirs publics se préoccupent du financement futur de la dépendance pour accentuer leur effort de prévoyance individuelle ;

- Accessibilité financière, emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance -

- ces comportements constituent certes une réserve de ressources pour la prise en charge mais ne sont pas évalués en termes plus globaux : cette épargne de précaution ne serait-elle pas mieux employée si la consolidation des ressources publiques affectées permettait de la libérer ?

En ces matières, il convient de distinguer les choix de solvabilisation (que veut-on prendre en charge sur ressources collectives ?) et les possibilités contributives (réelles chez certaines catégories de retraités mais marquées par une évolution potentiellement défavorable en terme de pouvoir d'achat de prestations).

2 Prestations, dépenses fiscales et tarification

Les objectifs d'une réflexion conjointe sur la tarification, les prestations et les dépenses fiscales sont nombreux :

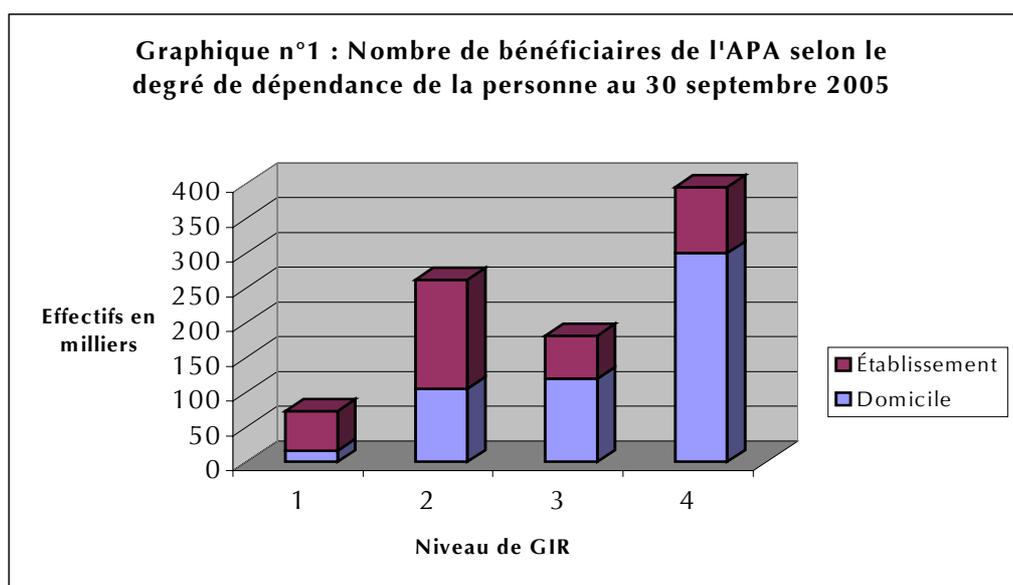
- étudier le reste à charge pour les usagers (et leurs familles) et, par là, différentes caractéristiques quant à la neutralité des formules de prise en charge et aux possibilités de choix des usagers, à l'équité par rapport à la distribution des ressources, à la soutenabilité des évolutions de charges supportées par les usagers et, partant, aux évolutions envisageables ;
- analyser les caractéristiques de l'administration des prix dans le secteur, ses conséquences pour les usagers, pour les opérateurs et sur l'évolution des dépenses, la qualité de la régulation et les possibilités de réforme en la matière ;
- tester en particulier l'impact du mouvement de médicalisation, de l'élévation des normes, de la convergence avec le secteur du handicap et des investissements immobiliers sur les tarifs ;
- envisager enfin les conditions relatives aux tarifs, aux prestations et aux incitations fiscales du développement de l'offre à domicile et de l'offre de services intermédiaires.

2.1 Les prestations dédiées

2.1.1 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

2.1.1.1 Le dispositif APA

Le dispositif APA, présenté au premier chapitre à travers la démarche d'évaluation individuelle et l'établissement des plans d'aide, est bien entendu la pierre angulaire du dispositif français de solvabilisation de la prise en charge de la dépendance. Même si la progression récente des bénéficiaires apparaît toujours soutenue, la montée en charge sur le territoire semble près de s'achever. Pour autant, on n'a pas encore pris la mesure de toutes les conséquences de l'introduction de cette allocation, notamment en termes de possibilités de soutien à domicile. Les dernières données disponibles (au 30 septembre 2005) peuvent être résumées à travers le graphique et les tableaux ci-dessous.



Source : DREES, *Etudes et résultats* n°452, décembre 2005

Tableau n°39 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (en milliers)

	Nombre de bénéficiaires		
	A domicile	En établissement	Ensemble
mars-02	28	103	131
juin-02	101	198	299
sept-02	202	267	469
déc-02	309	296	605
mars-03	337	333	670
juin-03	389	334	723
sept-03	422	336	758
déc-03	455	337	792
mars-04	460	352	813
juin-04	470	358	828
sept-04	494	355	849
déc-04	509	356	865
mars-05	513	360	873
juin-05	524	367	891
sept-05	540	371	911

Source : DREES, *Etudes et résultats* n°452, décembre 2005

Tableau n°40 : Montant mensuel de l'APA selon le degré de dépendance de la personne

A - Montant mensuel à domicile						
	Montant moyen en €	Montant à la charge des conseils généraux en €	Participation financière à la charge de la personne âgée en €	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)	Participation financière des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur en €	Barème national arrêté au 1 ^{er} janvier 2005 en €
Gir 1	913	778	135	63	214	1 148,09
Gir 2	737	623	114	69	166	984,08
Gir 3	550	470	80	68	117	738,06
Gir 4	342	295	47	70	67	492,04
Ensemble	483	413	70	69	101	
B - Montant mensuel en établissement* en €						
	Montant moyen	Part Conseil général	Part bénéficiaire**			
Gir 1 et 2	470	338	132			
Gir 3 et 4	296	170	126			
Ensemble	397	268	129			

* La partie établissement ne concerne que les établissements hébergeant des personnes âgées ne faisant pas l'expérimentation de la dotation globale.

** Y compris tarif dépendance de l'établissement applicable aux Gir 5 et 6.

Champ : France entière. Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux. *Etudes et résultats* n°452, décembre 2005

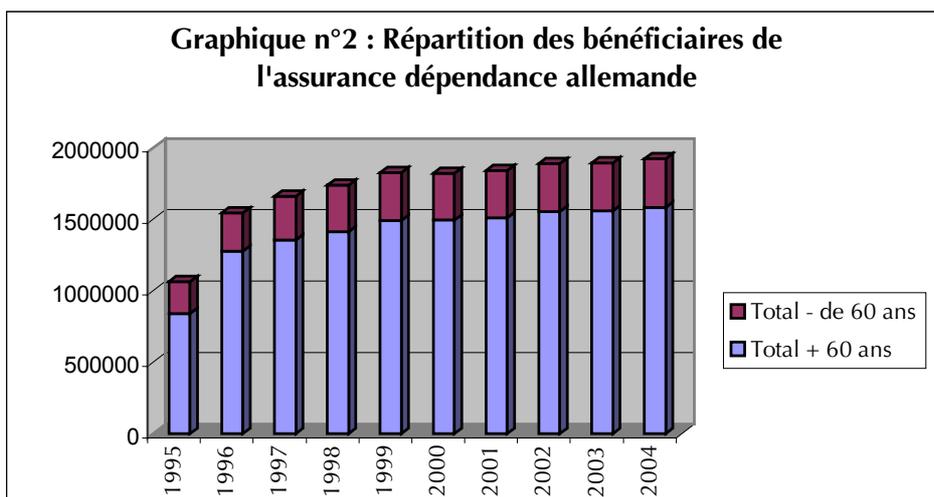
Le nombre de bénéficiaires (911.000 fin septembre) a crû de 2,3 % au troisième trimestre 2005, de 7 % sur un an. Les bénéficiaires directs sont au nombre de 729.000, auxquels s'ajoutent les bénéficiaires en établissements percevant l'APA sous forme de dotation budgétaire globale (182.000, répartis dans les 60 départements ayant fait ce choix pour tout ou partie des établissements). Les bénéficiaires de l'APA se répartissent à 59 % à domicile et 41 % en EHPA. 85 % d'entre eux ont 75 ans ou plus et 44 % 85 ans ou plus.

Les montants alloués dans les plans d'aide à domicile sont en moyenne d'autant plus proches des plafonds nationaux que la dépendance est forte : 79 % du barème pour les GIR 1, 75 % pour les Gir 2 et 3 et 69 % pour les GIR 4. Les aides en personnel représentent 94 % du montant des plans d'aides, ce qui ne laisse que 6 % pour les autres formes. En établissement, l'APA permet d'acquitter en moyenne 68 % du tarif dépendance : 72 % pour les GIR 1 et 2, 57 % pour les GIR 3 et 4.

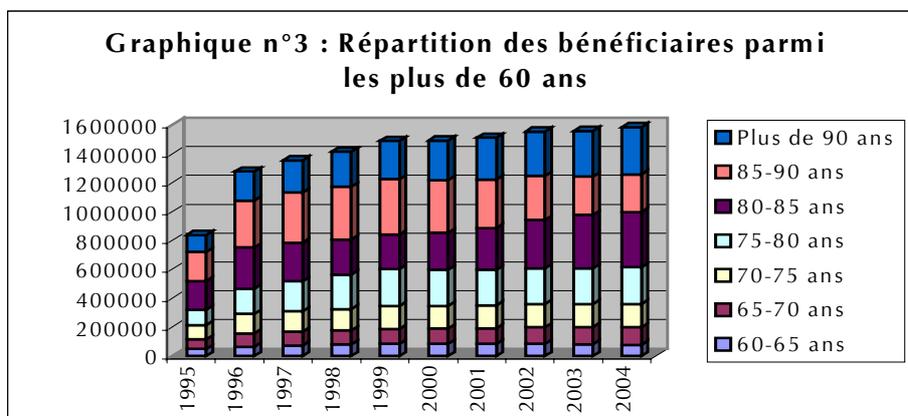
2.1.1.2 *Éléments de comparaison avec nos voisins européens*

- **Le dispositif allemand**

Nous avons présenté en annexe 7 les principaux éléments constitutifs de l'assurance dépendance allemande (il en sera également question à la fin de ce chapitre en termes de logique de financement).



Source : ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale



Source : ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale

Le système d'assurance dépendance allemand n'est pas organisé sur un critère d'âge. La montée en charge des plus de 60 ans dans le dispositif s'est faite dans la deuxième moitié des années 1990, les effectifs croissant plus lentement depuis. La part respective des différentes classes d'âge quinquennales parmi les plus de 60 ans fluctue en particulier en fonction de la chronique des débuts du 20^{ème} siècle. Comme le montre le tableau n°41, à structure comparable, il n'est pas évident que le dispositif allemand soit intrinsèquement plus généreux que son homologue français. Il accueille près de 1,6 millions de personnes de plus de 60 ans, les effectifs décroissant avec le niveau de dépendance (ce qui n'est pas le cas en France où les GIR 3 se trouvent être moins nombreux que les GIR 2). Le dispositif allemand apparaît aussi plus intégré et plus diversifié à la fois, notamment au profit des aidants et à travers les formules de répit. Autre caractéristique : la volonté affichée de limiter l'institutionnalisation ne se traduit pas en termes de moindre solvabilisation pour l'utilisateur.

Tableau n°41 : Principales prestations de l'assurance dépendance allemande

Montants maxima mensuels en euros		Catégorie 1 Dépendance « grande »	Catégorie 2 Dépendance « lourde »	Catégorie 3 Dépendance « absolue » (Cas particulièrement sévères)
Soutien à domicile	Prestations en espèces	205	410	665 (1918)
	Prestations en nature	384	921	1432
Prestation de suppléance de l'aidant (dans la limite de quatre semaines par an)	Par un autre aidant informel	205	410	665
	Par un aidant professionnel	1432	1432	1432
Soins de court terme en établissement	(dans la limite de quatre semaines par an)	1432	1432	1432
Accueil de jour ou de nuit		384	921	1432
Hébergement à plein temps		1023	1279	1432 (1688)
Prise en charge des cotisations vieillesse	Anciens Länder	125	251	376
	Nouveaux Länder	105	211	316

Source : ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale

Tableau n°42 : Nombre de bénéficiaires fin 2004

		Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Ensemble
A domicile	Assurance dépendance sociale	746140	426632	124039	1296811
	Assurance dépendance privée (fin 2003)	40640	29040	10240	80000
En établissement	Assurance dépendance sociale	245327	258926	124639	628892
	Assurance dépendance privée (fin 2003)	9990	16760	10250	37000

Source : ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale

- **L'allocation pour l'aide aux personnes âgées en Belgique : une convergence personnes âgées - personnes handicapées partielle**

Si, en Belgique, la politique en faveur des handicapés est une compétence largement communautaire - et régionale du côté francophone (intégration sociale et professionnelle, soins médico-socio-pédagogiques, etc.), un important volet est resté fédéral : les allocations aux personnes handicapées.

Depuis la loi du 27 février 1987, toute nouvelle allocation prend l'une des formes suivantes :

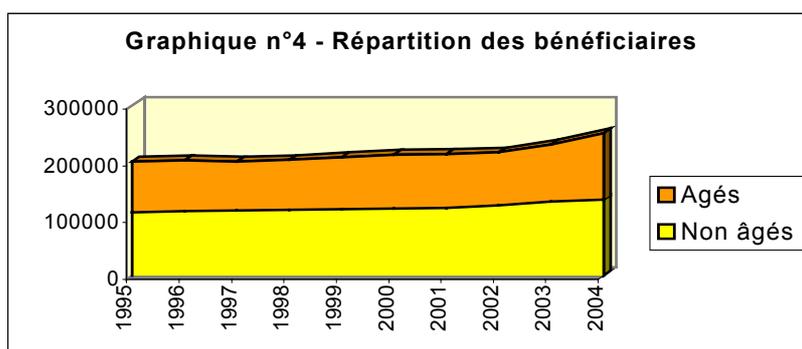
- allocation de remplacement de revenu (ARR) : accordée aux personnes qui, du fait de leur handicap, voient leur capacité de gain réduite⁹⁵;
- allocation d'intégration (AI) : accordée aux personnes qui, en raison d'un manque d'autonomie, éprouvent des difficultés à s'intégrer dans la vie sociale ;
- allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) : accordée pour manque d'autonomie, elle est réservée aux personnes de plus de 65 ans.

L'évaluation, pour ces trois allocations, tient compte de critères médicaux et administratifs : conditions d'âge, de nationalité, de résidence et de revenus. La Direction générale personnes handicapées au sein du Service public fédéral de sécurité sociale, traite les demandes d'octroi d'allocations aux personnes handicapées, gère ces allocations et assure leur paiement.

La loi du 27 février 1987 avait pour objectifs de « simplifier, clarifier et rendre plus efficace le régime des allocations aux personnes handicapées ». L'objectif était de mettre sur un pied d'égalité les personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, à travers les trois régimes mentionnés ci-dessus.

Pour l'évaluation du degré d'autonomie, il est tenu compte des possibilités suivantes : se déplacer ; absorber ou préparer sa nourriture ; assurer son hygiène personnelle et s'habiller ; entretenir son habitat et accomplir des tâches ménagères ; vivre sans surveillance, être conscient des dangers et être en mesure d'éviter les dangers ; communiquer et avoir des contacts sociaux.

L'ARR est calculée en fonction des caractéristiques du foyer. Pour l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, l'analyse médico-sociale réalisée à partir des critères énoncés ci-dessus permet de répartir les personnes en cinq catégories en fonction du nombre de points obtenus.



Source : Service public fédéral de sécurité sociale, Direction générale personnes handicapées, rapport annuel 2004

⁹⁵ Un bénéficiaire de ce régime peut y rester même après 65 ans. Il ne passe dans le régime APA que si celui-ci lui est plus favorable.

Comme le montrent les tableaux n°43 et 44, les allocations servies par le régime APA sont moins importantes : cela tient au caractère "résiduel" du régime des allocations handicapées, au sens où celui-ci n'intervient qu'après que les personnes ont fait valoir leurs droits à d'autres revenus.

La forte hausse intervenue en 2003 pour le régime APA s'explique notamment par le fait qu'à partir du 1er janvier de cette année, l'allocation n'est plus réduite de deux tiers lorsque les personnes résident dans une institution financée par les pouvoirs publics.

Tableau n°43 : Montants annuels des allocations au 31 décembre 2004 (montants maxima en euros avant déduction éventuelle eu égard aux revenus)

ARR		AI		APA		Part des différentes catégories parmi les allocataires APA
Catégorie familiale A	4.909	Catégorie 1	961	Catégorie 1	821	
Catégorie familiale B	7.363	Catégorie 2	3.275	Catégorie 2	3.135	31 %
Catégorie familiale C	9.818	Catégorie 3	5.233	Catégorie 3	3.812	36 %
		Catégorie 4	7.625	Catégorie 4	4.488	16 %
		Catégorie 5	8.650	Catégorie 5	5.514	12 %

Source : Service public fédéral de sécurité sociale, Direction générale personnes handicapées, rapport annuel 2004

Tableau n°44 : Allocations moyennes mensuelles servies dans les régimes ARR / AI et APA (en euros courants)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ARR / AI	464	463	465	468	470	476	493	516	524	533
APA	168	170	175	183	196	207	210	213	294	281

Source : Service public fédéral de sécurité sociale, Direction générale personnes handicapées, rapport annuel 2004

- **Le cas italien**

Si désormais, depuis la loi constitutionnelle de décentralisation de 2001, l'ensemble des politiques sociales dont les politiques de soins de longue durée, ont été transférées aux régions et relèvent de leur compétence exclusive, l'Etat continue d'attribuer au niveau national des allocations aux personnes dépendantes : les indemnités d'accompagnement (IA = « Indennità di accompagnamento »). Instaurées en 1980, ces prestations couvrent toute forme de dépendance et non pas seulement le handicap lié à l'âge. En pratique, on constate cependant que 70 % des bénéficiaires ont plus de 65 ans. Si les pensions d'invalidité pallient l'absence de revenus perçus du fait de l'incapacité, l'IA vise à compenser l'augmentation du coût de la vie due à la dépendance. En 2005, chaque bénéficiaire touche une prestation mensuelle de 440 euros, quel que soit le degré d'incapacité. 1,1 millions de personnes en bénéficient. Les critères d'éligibilité à l'allocation ont été fixés au niveau national. On observe cependant des disparités d'application importantes entre les régions, qui ne peuvent se

justifier uniquement au regard des caractéristiques propres de chaque région (démographie, bassin d'emploi).

Depuis la réforme constitutionnelle, les vingt régions mènent parallèlement leurs propres politiques d'aide aux personnes âgées, dont celles de soins de longue durée. A titre d'exemple, la région de Ligurie a établi un système de « ticket service » : les bénéficiaires se voient attribuer des bons, en échange desquels ils bénéficient de services (aides à domicile, portage de repas, moyens de transport, etc.), et ne bénéficient ainsi pas directement de prestations en espèces. L'échelon municipal est également amené à intervenir, d'une part, financièrement et, d'autre part, dans la mise en œuvre des programmes régionaux, en assurant un certain nombre de services publics.

Tableau n°45 : Indemnité d'accompagnement (IA) : montant et bénéficiaires par classe d'âge (en 2004)

Age	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage du total
60-64 ans	47 342	4.2
65-69 ans	57 978	5.2
70-74 ans	88 570	8.0
75-79 ans	132 522	11.9
80 ans et plus	504 959	45.3
Total	1 114 053	

Source : Istat (Istituto Nazionale di Statistica), décembre 2005

2.1.1.3 Enjeux pour l'APA

Il est difficile de tirer de l'expérience de nos plus proches voisins des enseignements définitifs quant à la plus ou moins grande ouverture ou générosité du dispositif français élaboré à travers l'APA, d'autant que s'ajoutent à cette allocation d'autres dispositions : incitations fiscales, aide sociale à l'hébergement, allocations logement (cf. infra).

Ceci dit, avant même de traiter de ces dispositifs connexes, un certain nombre de questions se posent.

- **Plans d'aide APA et disparités départementales**

Les disparités départementales des plans d'aide APA ont été décrites dans le premier rapport à partir des travaux de la DREES⁹⁶. Elles tiennent pour une large part à la structure socio-démographique des territoires, mais aussi à la pratique des équipes d'évaluation médico-sociale, aux choix privilégiés par les décideurs locaux (en particulier la préférence affichée ou non pour le maintien à domicile et les moyens afférents), aux coûts différenciés des prestations sur le territoire. Sur ce dernier point, l'analyse de la performance des structures n'est pas d'un grand secours dans un environnement peu concurrentiel. Dans un objectif de péréquation, cette question des disparités en matière d'APA est à l'agenda des pouvoirs publics (cf. chapitre 4).

- **Le périmètre de cette prestation**

Selon les pays, l'ouverture des dispositifs est plus ou moins grande, le nombre de catégories prises en compte diffère et la hiérarchie des besoins solvabilisés n'est pas forcément homogène. En ce qui concerne la France, les volumes horaires dont peuvent bénéficier les titulaires de l'APA en fonction des coûts unitaires n'ont que peu de raisons d'être durablement corrélés aux besoins, compte tenu de l'évolution des coûts (on l'a vu avec l'évolution des rémunérations des aides à domicile) ou si l'on

⁹⁶ F. Jeger, "L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003", Etudes et Résultats, DREES, janvier 2005.

considère les besoins afférents à la prise en charge des publics désorientés (qui ne suivent pas forcément la hiérarchie GIR 1 / GIR 2).

Ces différents éléments plaident pour une revue régulière tant des critères de classement entre les différents GIR que de la construction même de ces catégories.

- **La convergence de l'APA avec la prestation de compensation en matière de handicap (PCH)**

L'article 13 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit : "Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés. Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées."

On a déjà décrit précédemment la convergence de l'évaluation en vigueur pour l'APA avec les dispositions se mettant en place pour la PCH. Par ailleurs, les exemples étrangers montrent que la suppression des frontières d'âge est déjà à l'œuvre dans un certain nombre de pays. En Belgique cependant, le système reste compartimenté pour tenir compte du périmètre différent de la prise en charge, selon qu'il s'agit de fournir un revenu de substitution et/ou de compenser des besoins d'aides spécifiques.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

(Partie Législative)

Article L114

(inséré par Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 2 | Journal Officiel du 12 février 2005)

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Article L114-1

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 53 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 2 | Journal Officiel du 12 février 2005)

Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.

Article L114-1-1

(inséré par Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 11 Journal Officiel du 12 février 2005)

La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre 1er du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.

Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis.

L'abaissement des frontières d'âge est, dans le cas de la convergence APA/PCH, présenté comme devant bénéficier aux allocataires de l'APA. Il est sans doute prématuré d'anticiper sur la montée en charge de cette nouvelle prestation et les montants effectivement alloués. Au-delà, quelles que soient les intentions du législateur, l'article 13 de la loi légitime un rapprochement global des prestations liées à la perte d'autonomie, quel que soit l'âge. En dehors même des raisons endogènes de faire évoluer le dispositif APA, il y a là un puissant facteur d'incitation à engager une réforme, qui ne saurait se limiter à quelques aménagements des clefs de répartition tarifaire ou des montants alloués, à domicile versus en établissement.

- **La convergence domicile - établissement**

La convergence de l'APA à domicile et en établissement est une question à deux dimensions : individuelle et collective. La neutralité de l'APA se conçoit en effet non seulement au niveau des possibilités de choix des usagers mais également des incitations données aux départements.

S'agissant des usagers, que veut-on signifier exactement à travers cette hypothèse de convergence ? Veut-on traiter par là la question du ticket modérateur moyen acquitté par les résidents au titre de la section dépendance (28 % pour les GIR 1 et 2, 43 % pour les GIR 3 et 4) ou plus globalement remettre en cause la répartition des dépenses entre les différentes sections tarifaires, singulièrement ici entre la section dépendance et la section hébergement ? Quel que soit le motif, cette revendication justifierait, en toute logique, d'introduire dans la réflexion l'aide sociale à l'hébergement.

Autre question, on l'a dit, mais relevant d'un registre différent : compte tenu des montants respectifs de l'aide à domicile et en établissement, n'y a-t-il pas là un motif de prudence quant aux initiatives de certains départements en matière de soutien à domicile ? En d'autres termes, pour contenir les coûts de l'APA, les départements ne sont-ils pas incités à privilégier l'entrée en institution ?

Les différents financeurs n'ont pas forcément le même intérêt au développement du maintien à domicile : cette solution est incomparablement moins coûteuse pour les usagers, en particulier pour certains d'entre eux du fait des possibilités offertes par les réductions d'impôts et par l'APA ; ce n'est pas le cas pour les départements dans l'état actuel de la tarification et de la répartition des compétences ; quant à l'Etat et l'assurance maladie, le cumul des dispositifs rend l'économie générale quelque peu obscure : il est probable qu'ils n'ont pas le même intérêt pour le maintien à domicile de toutes les catégories de population.

La convergence de l'APA allouée à domicile et en établissement permettrait en tout cas de renforcer l'accessibilité individuelle en institution, tout en désincitant les départements à privilégier cette option : contradiction intéressante, somme toute conforme aux orientations globales de ce rapport.

On ne saurait cependant raisonner sur les seuls montants alloués en fonction du statut de l'usager. Bien d'autres questions entrent en ligne de compte.

2.1.2 Les prestations de la Caisse nationale d'assurance vieillesse

Selon les derniers chiffres communiqués par la DREES⁹⁷, en France métropolitaine, 242.000 personnes bénéficiaient fin septembre 2005 de l'aide ménagère délivrée par la CNAV : un tiers de GIR 5 et deux tiers de GIR 6. Ce chiffre est en recul de 2 % sur un an.

L'enveloppe annuelle consacrée à l'aide à domicile est fixée à 300 millions d'euros pour la période 2005-2008.

⁹⁷ Etude et résultats n°452, décembre 2005. Comme indiqué plus haut, les autres caisses (MSA et caisses de retraite complémentaire) délivrent aussi des aides.

La mise en œuvre de l'APA au profit des personnes classées en GIR 1 à 4 a ainsi amené progressivement la Caisse nationale d'assurance vieillesse à recentrer son action sur les GIR 5 et 6, en particulier les plus fragiles "en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie". Ce recentrage est formalisé dans la Convention d'objectifs et de gestion Etat-CNAV 2005-2008. Cinq actions prioritaires y sont définies : informer, conseiller, orienter ; mieux connaître les attentes et évaluer les besoins des retraités ; organiser des plans d'actions personnalisés pour le maintien à domicile ; concevoir des lieux de vie collectifs adaptés aux retraités fragilisés⁹⁸ ; renforcer l'efficacité des actions de la branche.

Les prestations de la branche retraite relevant du point 3 sont précisées en ces termes : "aides humaines (aide ménagère, autres formes d'intervention), aide au logement, prise en charge des petits travaux d'urgence, aide dans le cadre de la prévention du type "ateliers équilibre", hébergement temporaire, accueil de jour, transport accompagné, etc."

L'évaluation peut aussi conduire à l'orientation vers d'autres modes de prise en charge, financés selon leurs règles d'attribution respectives : SSIAD, APA, actions relevant d'autres régimes de retraite. Un dispositif d'aide au retour à domicile après une période d'hospitalisation est également prévu.

S'agissant des aides à domicile, outre la diversification des contenus de l'aide, la CNAV entend aussi "diversifier les modes de réponse au-delà des seules aides mises en œuvre sous forme prestataire" et proposer aux retraités des "formules plus souples basées sur les services à la personne". Prenant acte de la division du travail entre les Conseils généraux et la CNAV, en fonction du niveau de dépendance des personnes, la branche retraite entend donc déployer auprès des publics moins dépendants les objectifs d'une démarche gérontologique "éclairée". Tout y est : diversification, volonté de coordination et d'intégration, importance des projets de vie, y compris en établissement, liaison avec le sanitaire, importance de l'évaluation et de l'information des usagers. Vu l'ambition de la démarche, on ne peut manquer de pointer le risque, en cas de succès, d'une asymétrie de l'action publique, du moins sur certains territoires... au profit des moins dépendants.

Hors le souci légitime de ne pas surcharger indûment la collectivité départementale (en termes d'effectifs à gérer et de ressources à dispenser), quel sens cela a-t-il de cloisonner ainsi les publics de part et d'autre d'une frontière (GIR 4 / GIR 5), qui plus est évolutive par construction dans le temps, ce d'autant plus que les conseils généraux continuent de dispenser des prestations d'aide ménagère à un public non dépendant ? La question de l'unification des dispositifs d'aide à domicile quel que soit le niveau de GIR mérite d'être posée. Une telle unification serait cohérente avec la responsabilité donnée aux départements en matière de coordination gérontologique, qui ne saurait se limiter à la prise en charge des personnes reconnues comme dépendantes au sens de la grille AGGIR. Elle permettrait en outre aux collectivités de déployer plus efficacement les nécessaires efforts de structuration de l'offre de services. Un tel transfert devrait naturellement être intégralement compensé. La dispersion actuelle des dispositifs d'aide sur un grand nombre d'opérateurs (notamment les caisses de retraite complémentaire) pose à cet égard des difficultés particulières.

2.1.3 L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Sous conditions de ressources et pour toute personne âgée de 65 ans et plus, le département participe à la prise en charge totale ou partielle des frais d'hébergement en établissement d'accueil pour personne âgée (lorsque l'établissement d'accueil est habilité à ce titre).

L'intéressé participe au coût de l'hébergement à concurrence de 90 % de ses ressources. Les sommes laissées à disposition de la personne âgée ne peuvent être inférieures à 10 % du minimum vieillesse. Le montant de l'aide sociale peut être récupéré sur l'actif successoral au décès du bénéficiaire. De

⁹⁸ Ce point est développé infra.

plus, il est fait appel, par le biais de l'obligation alimentaire⁹⁹, à la participation des descendants, enfants et petits-enfants.

⁹⁹ Sur les questions d'obligation alimentaire, voir l'article de Muriel Rebourg, "Le recours des établissements de santé contre les débiteurs alimentaires", Drees, Revue française des affaires sociales, n°4 octobre-décembre 2005.

Tableau n°46 : Évolution de 1996 à 2003 de la proportion de la capacité habilitée à recevoir des personnes admises à l'aide sociale rapportée à la capacité totale installée et à la proportion des places habilitées occupées par des personnes admises à l'aide sociale

Catégories d'établissements	1996		2003	
	Capacité habilitée / capacité totale installée (%)	Personnes hébergées relevant de l'aide sociale / capacité habilitée (%)	Capacité habilitée / capacité totale installée (%)	Personnes hébergées admises à l'aide sociale / capacité habilitée (%)
USLD	100%	33,7%	95,8%	34,2%
Maisons de retraite, logements-foyers et autres	69,2%	26,6%	69,3%	22,4%
Ensemble des structures d'hébergement collectif	73,1%	27,8%	72,5%	24,3%

Source : DREES - Réalisation : Cour des comptes

En tant qu'elle permet l'accès aux structures d'hébergement, l'ASH est donc un élément important de la gamme de solvabilisation de la prise en charge. On ne peut pour autant l'assimiler à une composante du libre choix.

En effet, l'ASH, du fait de la récupération sur succession, n'est pas systématiquement demandée, les familles préférant parfois contribuer directement aux coûts de l'hébergement pour préserver l'intégrité du patrimoine à la succession.

Elle conditionne par ailleurs le choix des structures accessibles à travers l'habilitation à l'aide sociale, laquelle représente une contrainte pour les opérateurs, d'autant que le financeur (le département) est naturellement soucieux de maîtriser l'évolution de cette enveloppe.

Compte tenu de cette situation, l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 a engagé la réforme de l'ASH.

Les objectifs de la réforme sont ainsi définis dans *le Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux*¹⁰⁰ :

"L'article 8 vise à rendre possible la suppression de la tarification administrée des établissements accueillant un nombre minoritaire de bénéficiaires de l'aide sociale.

En effet, les conseils généraux tarifient des milliers d'établissements hébergeant des personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale alors que l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées finance à titre très accessoire ces établissements.

Cette tarification administrée est complexe et mobilise des moyens dans les administrations et les établissements.

Il est donc proposé d'étendre de manière optionnelle (au terme d'un accord conjoint entre l'établissement et le conseil général) le champ de la tarification contractuelle des établissements n'accueillant pas de bénéficiaires de l'aide sociale à ceux qui n'en accueillent qu'une minorité.

Une convention d'aide sociale permettra de garantir l'accès à ces établissements des bénéficiaires de l'aide sociale et un traitement équitable et non discriminatoire de ceux-ci."

¹⁰⁰ Journal officiel du 2 décembre 2005.

Par ce texte, les établissements qui auront accueilli en moyenne (au cours de trois dernières années) moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, par rapport à la capacité agréée à ce titre, pourront désormais (si le président du conseil général a donné son accord) fixer librement le tarif hébergement des lits occupés par des personnes ne relevant pas de l'ASH.

Les choix qui seront faits par les établissements actuellement habilités (en accord avec les conseils généraux) seront un élément déterminant pour l'avenir. Le nombre de bénéficiaires (estimation 2004 : 111.440) est en recul depuis 2000 (- 5 % sur la période), les montants globaux nets (de récupération) alloués par les départements ayant quant à eux recommencé de croître après un fort déclin entre 2000 et 2002 : l'ODAS les estime à 910 millions d'euros en 2004¹⁰¹.

Au-delà des assouplissements apportés par l'ordonnance, la question de la pérennité de l'ASH dans sa forme actuelle peut sans doute être posée. Distinguer un secteur contraint (quand bien même les personnes concernées ne représentent qu'une minorité des résidents de l'établissement) et un secteur libre (auquel sont obligés de recourir des usagers pas forcément privilégiés faute d'alternative de proximité) n'est pas forcément rationnel. L'ordonnance traite la première contradiction. Reste à considérer la seconde en offrant plus systématiquement une part de places habilitées dans l'ensemble des établissements sans pour autant contraindre inutilement les opérateurs en question.

Si la question de la convergence de l'APA à domicile et en établissement est traitée à terme, on ne saurait laisser de côté l'ASH, qui entre aussi en ligne de compte lorsqu'est évoquée la mobilisation des éléments de patrimoine. Il serait sans doute plus clair de considérer dans des ensembles cohérents, d'une part les différentes possibilités de solvabilisation de la prise en charge en institution à la charge des départements (quelles que soient les sections tarifaires et en prenant en compte la solidarité devant s'exercer envers les personnes démunies), d'autre part les possibilités de mobilisation du patrimoine, qui plus est si devait se développer la formule du prêt viager hypothécaire. (cf. infra) C'est donc à une remise à plat globale de l'aide sociale en établissement qu'appelle ce rapport.

2.1.4 Les aides personnelles au logement versées par les Caisses d'allocations familiales

Les caisses d'allocations familiales versent des aides à la personne (APL et ASL) accessibles à tout public, sous conditions, qui peuvent bénéficier aux personnes âgées dépendantes et les aider à faire face au coût de la dépendance, à domicile ou en établissement.

- **L'allocation de logement à caractère social (ALS)**

L'allocation de logement à caractère social concerne toute personne acquittant une dépense de logement, quels que soient son âge et sa situation professionnelle, si elle dispose de ressources ne dépassant pas un certain plafond. L'ALS peut donc aider le résident à assumer en partie ses frais d'hébergement en maison de retraite ou en logement-foyer. Le montant est fonction des ressources de l'allocataire, du coût de l'hébergement, du type d'établissement et de son lieu d'implantation. Le logement doit être salubre et sa superficie au moins égale à 9 m² pour une personne seule et à 16 m² pour deux personnes.

- **L'aide personnalisée au logement (APL)**

L'aide personnalisée au logement est destinée aux locataires de logements conventionnés ou aux accédants à la propriété qui ont bénéficié de certains prêts (prêts aidés, conventionnés ou prêts à l'accession sociale). Elle est versée directement à l'établissement qui a instruit la demande par sa Caisse d'allocations familiales. Les conditions d'attribution sont les mêmes que pour l'ALS. Elle vient en déduction du montant facturé à la personne âgée.

¹⁰¹ "La dépense nette d'action sociale départementale en 2004 : faible impact de la décentralisation mais poursuite de la dérive des coûts", La lettre de l'ODAS, juin 2005.

En 2004, près de 14 milliards d'aides personnelles au logement ont été accordées à plus de 6 millions de ménages. A l'intérieur de cette enveloppe, les aides versées aux personnes âgées en établissement représentent 4 % de ce montant soit 560 M€. Leur répartition est retracée dans le tableau n°47.

Tableau n°47 : Nombre de bénéficiaires âgés de plus de 60 ans en établissement et aide mensuelle

	Effectifs	Aide mensuelle moyenne en €	Montant annuel d'aide versé en €
ALS*	200 938	112	270 060 672
APL*	127 140	190	289 879 200
Total	328 078	142	559 939 872

Sources : statistiques CNAF au 31.12.2004 et MSA (estimées)

Quelle logique y a-t-il à juxtaposer pour la solvabilisation d'une même prestation de prise en charge en établissement l'APA, l'ASH et les allocations logement. Les cloisonnements institutionnels, les contributions mobilisables au titre des différents financeurs, les distorsions créées entre les opérateurs conduisent ici aussi à se poser la question de l'unification des dispositifs, en considérant d'abord les besoins de la personne et les contraintes financières d'accès qui sont les siennes.

2.2 Les dispositifs fiscaux

Le recensement des dépenses fiscales en faveur de la population âgée fait par la Cour des comptes est impressionnant (cf. annexe 19). Ceci dit, comme le rapport de la Cour le signale à plusieurs reprises, ces dépenses ne sont pas ciblées sur les personnes dépendantes en dehors de quelques dispositifs modestes en matière d'hébergement, d'amélioration de l'habitat ou de façon plus massive d'emplois à domicile.

2.2.1 Déductions fiscales liées à l'hébergement

La réduction d'impôt peut avoir lieu au titre :

- des frais d'hébergement (logement, repas, entretien) pour les personnes accueillies dans des établissements non conventionnés : section de cure médicale pour personnes âgées dépendantes, USLD ;
- des frais liés à la dépendance pour les personnes accueillies dans des établissements conventionnés. Le montant de la réduction représente 25 % des sommes versées dans la limite de 3.000 euros/par an et par personne hébergée, soit une réduction maximale de 750 euros.

La modicité de la réduction d'impôt, qui plus est centrée sur les coûts de la section dépendance, fait de ce dispositif un très modeste rempart face à la dérive des coûts pour l'usager. Elle ne s'adresse par construction qu'aux personnes acquittant l'impôt sur le revenu.

Les membres de la famille aidant un ascendant à acquitter les frais d'hébergement en institution bénéficient quant à eux de la possibilité de déduire de leurs revenus la "pension alimentaire" correspondante, pour autant qu'ils peuvent justifier de l'effectivité des dépenses et de "l'état de besoin du bénéficiaire", selon les termes des instructions fiscales.

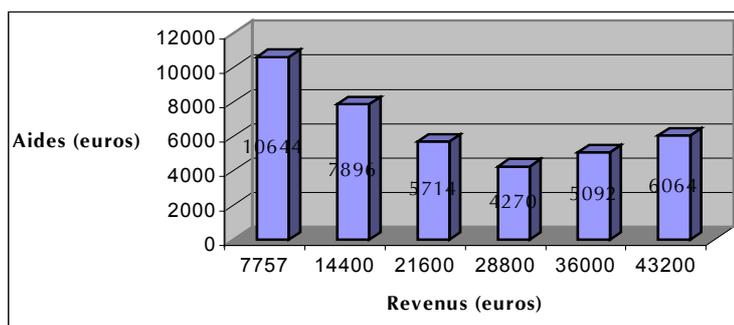
2.2.2 La solvabilisation de l'aide à domicile

Les dépenses restant à la charge des usagers (déduction faite de l'APA et de la réduction fiscale pour l'emploi à domicile) permettent de mesurer le taux d'effort de ceux-ci en fonction du GIR et des niveaux de revenus. (tableau n°48)

Revenu annuel (en euros)	Tableau n°48 : Reste à charge en valeur et en pourcentage du revenu							
	GIR 1 (105 heures mensuelles)		GIR 2 (88 heures mensuelles)		GIR 3 (69,5 heures mensuelles)		GIR 4 (44 heures mensuelles)	
7 756	5 194	67%	4 573	59%	3 823	49%	2 460	32%
14 400	7 942	55%	6 820	47%	5 543	38%	3 539	25%
21 600	10 124	47%	8 458	39%	6 609	31%	3 910	18%
28 800	11 568	40%	9 357	32%	6 938	24%	3 544	12%
36 000	10 745	30%	8 375	23%	5 789	16%	3 109	9%
43 200	9 773	23%	7 403	17%	4 908	11%	3 109	7%

Source : DREES ; Réalisation : Cour des comptes

Graphique n°5 : Aides perçues (APA et réduction d'impôt sur le revenu au titre de l'emploi d'un salarié à domicile) en fonction du revenu. Exemple d'une personne en GIR 1



Source : DREES ; Réalisation : Cour des comptes

Autre façon de considérer le problème : mesurer le taux d'effort de la collectivité. La distribution des aides en fonction des revenus dressée par la Cour des comptes (ici pour une personne en GIR 1) dessine une courbe en U (graphique n°5) : les principaux bénéficiaires de l'APA et des dépenses fiscales (ici les réductions d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile) se trouvent aux deux extrémités de la distribution des revenus.

L'APA et les dépenses fiscales ne relèvent pas forcément des mêmes offreurs de services. Une partie des prestations est pourtant identique ; seulement, dans un cas, il y a évaluation multicritères de la personne bénéficiaire ; dans l'autre, le montant des impôts normalement acquittés est le critère de maximisation de l'aide.

L'importance de la dépense fiscale dans le financement de l'autonomie des personnes âgées soulève donc d'abord la question du ciblage de cette dépense. Si la dépense directe de l'Etat, au sens strict, en faveur des personnes âgées et de la dépendance est marginale (19 millions d'euros), les dépenses fiscales (ciblées ou non sur la dépendance) atteignent elle près de 6,7 milliards d'euros (17 % du total des financements publics consacrés aux personnes âgées) selon le recensement effectué par la Cour des comptes. En considérant que 7 % environ des personnes de plus de 60 ans sont reconnues comme dépendantes, on peut estimer les dépenses fiscales bénéficiant à des personnes dépendantes à 727 M€ au total, soit une part faible des avantages fiscaux accordés aux personnes de plus de 60 ans.

Les avantages fiscaux résultant d'exonérations de l'impôt sur le revenu, qui ne bénéficient qu'aux personnes dont le revenu dépasse un certain seuil, ont un poids significatif par rapport aux aides

directes spécifiques à la dépendance ou aux aides directes aux personnes dont le revenu est le plus faible.

Des mesures telles que la déductibilité de l'APA du revenu imposable, le crédit d'impôt sur les équipements conçus pour pallier la perte d'autonomie et sur les entreprises de service à la personne, instaurent, en outre des situations de cumul entre prestations et dépenses fiscales qu'il conviendrait de chiffrer précisément afin de les corriger.

L'efficacité de la dépense fiscale devrait également être évaluée au moyen d'indicateurs spécifiques, afin de préciser si ce levier est utilisé de façon optimale. Ne serait-il pas plus profitable pour la collectivité d'employer le levier fiscal pour favoriser le développement de l'assurance personnelle dépendance (sous forme de contrats individuels ou collectifs), dans une logique de prévoyance de long terme ?(cf. infra)

2.3 La tarification des services

2.3.1 L'accueil en EHPAD

2.3.1.1 Principes de tarification

La Cour des Comptes a bien voulu résumer en un tableau et quelques paragraphes simples l'organisation des financements de l'accueil en établissement et la logique sous-jacente en termes de répartition entre les différentes sections tarifaires :

Tarif	Autorité fixant le tarif	Avis
Soins	État (Préfet ou ARH)	Conseil général, CRAM
Dépendance	Président du Conseil général	État, CRAM
Hébergement	Président du Conseil général (si habilitation à l'aide sociale)	

Le tarif journalier relatif à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité du coût immobilier. Il est à la charge de la personne accueillie.

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ; ces frais sont à la charge du résident aidé par l'APA (GIR 1 à 4).¹⁰²

Enfin, le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance ; il est totalement pris en charge par l'assurance maladie.

Les charges supportées par l'établissement sont réparties entre les trois sections du budget, correspondant aux trois catégories de prestations. Elles sont soit imputées totalement à une section, soit réparties entre deux sections tarifaires (charges de personnel) selon des clés qui ont été arrêtées réglementairement. Chaque établissement ou structure arrête trois tarifs. Celui de l'hébergement ne dépend pas de la perte d'autonomie de la personne. En revanche, le tarif de la dépendance varie en fonction du degré de dépendance. Enfin, pour les tarifs soins, le total de points GIR est majoré d'un nombre forfaitaire de points visant à tenir compte du coût de la prise en charge des pathologies, non proportionnel au degré de dépendance. L'établissement connaît ainsi son nombre de points "GIR

¹⁰² Ils se répartiront donc entre un montant solvabilisé par l'APA individuelle ou, de plus en plus, par la dotation budgétaire globale allouée à l'établissement et une part laissée à l'usager, le "talon".

Soins" (GIRS) et la valeur historique de son « point GIRS », ce qui permet de calculer une dotation avant conventionnement, donc sans moyens nouveaux."

Dans les établissements non habilités à l'aide sociale ou pour la partie des établissements hors habilitation, le tarif hébergement est libre à l'entrée et évolue ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'économie, compte tenu notamment de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services. Le conseil de la vie sociale est consulté sur les prix proposés et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation. Une dérogation peut être accordée par le Préfet en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration de prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation. Par ailleurs, comme tous les prestataires de services, les EHPA doivent afficher leur prix dans le lieu où les prestations sont proposées au public. Ils doivent donc afficher :

- le tarif hébergement, qui correspond au tarif proposé au résident « entrant » ;
- les trois tarifs dépendance, fixés par le Conseil général, en fonction des niveaux de perte d'autonomie (GIR 1-2, 3-4, 5-6).

2.3.1.2 Les tarifs pratiqués

Les données relatives à la section hébergement ne sont pas disponibles globalement à l'échelon national. Il existe des données agrégées au niveau de certains opérateurs ; nombre de départements disposent de données globales, y compris le cas échéant sur les établissements non habilités à l'aide sociale ; le travail sur échantillon de la Cour des comptes apporte là encore des éléments utiles (hors secteur privé commercial). La DGCCRF, par ses pratiques de contrôle, dispose elle aussi d'informations sur ce secteur (non rassemblées au niveau national). (Voir en annexe 12 le rôle de la DGCCRF).

- **Les éléments collectés par la Cour des Comptes**

Tableau n°49 : Tarif hébergement + talon dans les dix départements de l'échantillon (en euros)

Départements	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2000	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2002	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2003	Coût journalier moyen total pour l'utilisateur 2004	Evolution 2000 à 2003	Evolution 2000 à 2004	Estimation Coût moyen mensuel 2000	Estimation Coût moyen mensuel 2002	Estimation Coût moyen mensuel 2003	Estimation Coût moyen mensuel 2004
Aisne	41,59	37,51	40,00	42,16	- 3,8 %	1,3 %	1 247,7	1 125,3	1 200,0	1 264,8
Corrèze	33,51	38,17	38,99	39	16,3 %	16,3 %	1 005,3	1 145,1	1 169,7	1 170
Eure-et-Loir	43,98	43,50	46,56	48,65	5,8 %	10,61 %	1 319,4	1 305	1 396,8	1 459,5
Haute-Garonne	38,91	40,83	41,49	44,14	7,8 %	13,4 %	1 167,3	1 224,9	1 244,7	1 324,2
Ille-et-Vilaine	Nd	39,72	41,56	Nd	Nd	Nd	Nd	1 191,6	1 246,8	Nd
Mayenne	40,20	41,68	43,37	43,20	7,8 %	7,4 %	1 206,0	1 250,4	1 301,1	1 296
Rhône	46,66	49,35	45,83	48,27	- 1,7 %	3,4 %	1 399,8	1 480,5	1 374,9	1 448,10
Paris	64,42	57,19	58,41	60,65	- 10,3 %	- 6,2 %	1 932,6	1 715,7	1 752,3	1 819,5
Var	45,73	43,95	44,74	45,58	- 2,1 %	- 0,3 %	1 371,9	1 318,5	1 342,2	1 367,4
Vosges	33,93	33,96	35,02	36,33	3,2 %	7 %	1 017,9	1 018,8	1 050,6	1 089,9

Source : Départements et chambres régionales des comptes – Réalisation : Cour des comptes

• **Données issues des comptes du logement¹⁰³**

En 2003, le compte satellite du logement recense 518.000 personnes hébergées dans des structures d'hébergement collectives. Globalement, le montant des redevances acquitté par les résidents est estimé à 4,5 milliards d'euros. La redevance comprend le loyer et la part des charges associées au service de logement (entretien des chambres, parties communes, charges locatives, dépenses d'énergie....).

Si l'on ramène ce montant de redevance à la place, celle-ci s'élève à 8.790 €/an, soit 732 € par mois. Toutefois, elle recoupe des structures d'hébergement très différentes. La déclinaison par type d'établissements est donnée dans le tableau n°50.

Tableau n°50 : Redevances au titre du service du logement en 2003

	Nombre de places	Redevances au titre du service de logement
Maisons de retraite habilitées à l'aide sociale	233 500	1 047 474
Sections hospices-maisons de retraite des hôpitaux publics	95 800	602 045
Centres de long séjour publics	75 800	596 055
Centres de long séjour privés à but non lucratif ⁽¹⁾	6 800	53 630
Centres de long séjour privés à caractère commercial ⁽¹⁾	1 000	10 958
Établissements conventionnés à l'APL ⁽²⁾	41 000	166 891
Établissements soumis à la loi du 06/07/1990 ⁽³⁾	64 000	836 305
Ensemble des établissements pour personnes âgées	518 000	4 519 121

Source : Compte Satellite du Logement 2003 (à partir des données de la Comptabilité Publique, de l'enquête EHPA)

Méthode : (1) on suppose que les centres de long séjour privés ont des redevances semblables à celles des CLS publics au prorata du nombre de lits.

(2) Il s'agit ici des établissements conventionnés APL mais qui ne sont pas des établissements habilités à l'aide sociale (HAS). Les redevances globales au titre du service de logement sont calculées à partir de la dernière enquête EHPA de la DREES et des plafonds de prix fournis par la DGUHC actualisés chaque année.

Précision : la DREES comptabilise 155 000 places de logements-foyers dont 70% seraient conventionnées à l'APL. De son côté, les comptes du logement considèrent les logements-foyers comme du logement ordinaire. Aussi, la question se pose de savoir si les

41 000 places sont incluses dans les 155 000 et, si elles le sont, ce qu'elles recouvrent. Les hypothèses suivantes peuvent être émises : elles recouvreraient les places de logements-foyers non considérées comme du logement ordinaire (chambres) et les places d'EHPAD conventionnées. Un rapprochement des enquêtes statistiques Santé / Equipement est indispensable sur ce point.

(3) Les redevances sont calculées à partir du nombre de lits fournis par l'enquête EHPA, des dires d'expert (sur l'écart de prix entre les établissements habilités à l'aide sociale et les lois de 90) et les données des établissements habilités à l'aide sociale de la Comptabilité Publique. Les établissements soumis à la loi du 06 juillet 1990 sont les structures d'hébergement dont le prix de journée est libre à l'entrée mais dont les augmentations annuelles sont encadrées par l'Etat.

• **Éléments recueillis au cours des déplacements de la mission**

A l'hôpital local de Houdan (Yvelines), les tarifs pratiqués sont les suivants (en 2004) :

Long séjour	Forfait hébergement : 56,21 €
	Forfait dépendance : 14,25 (GIR 1-2) ; 8,77 (GIR 3-4) ; 3,82 (GIR 5-6)
Maison de retraite	Forfait hébergement : 52,47
	Forfait dépendance : 16,19 (GIR 1-2), 10,28 (GIR 3-4) ; 4,36 (GIR 5-6)

¹⁰³ Ministère des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer, Les comptes du logement en 2003, août 2005.

Lors de sa visite en Morbihan, la mission a eu à connaître les tarifs pratiqués dans trois EHPAD relevant de la Mutuelle Morbihan-Finistère : les tarifs hébergement (uniformes) s'élèvent à 50 € et le talon à 4,43 euros. Dans une autre structure à Meucon, la résidence Parc-er-Vor (établissement public autonome), les tarifs sont les suivants :

Hébergement + 60 ans 43.78 € / jour	Hébergement Alzheimer + 60 ans 49.24 € /jour	Hébergement temporaire 43.18 € /jour	Accueil de jour 21.93 € / jour
Talon : 4.66 €	Talon : 6.52 €		Talon : 2.34€

- **Éléments ressortant des auditions de la MECSS**

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale a eu l'occasion d'entendre un certain nombre de responsables départementaux. Il en est ressorti les éléments suivants :

- à Paris, le prix de journée est compris entre 55 à 70 euros selon les établissements. Par ailleurs, l'augmentation annuelle du tarif hébergement sera de 5 à 6 % en 2006 ;
- dans les Vosges, le tarif moyen d'hébergement est de 33,45 euros. Cependant, les écarts de prix sont importants, ils vont de 29,14 euros à 42,22 euros par jour, le secteur commercial affichant des prix 15 % supérieurs. La croissance tendancielle du prix de journée atteint 2,8 % par an ;
- dans les Landes, où aucun établissement privé n'a été créé depuis la décentralisation, le prix de journée moyen est estimé à près de 40 euros et varie de 30 à 50 euros, les établissements de long séjour étant les plus onéreux ;
- dans le Nord, le prix de journée moyen est de 42,46 euros dans les EHPAD et de 47,6 euros en USLD. Avec le talon, les montants s'élèvent à 46,62 euros et 51,11 euros. Les écarts absolus sont très importants mais la dispersion est modérée. La croissance tendancielle du prix de journée atteint 3 % par an.

On pourrait multiplier les exemples glanés sur le territoire ou auprès des opérateurs. Ceci dit, cela ne permettrait pas de tirer des conclusions universelles. Que peut-on avancer cependant ?

Pour reprendre le constat fait dans le Nord, les écarts absolus sont importants : cela vaut à l'échelle nationale comme au niveau infra départemental. Ceux-ci nous intéressent dans une logique d'accessibilité : le fait de résider sur un territoire aux tarifs élevés représente clairement un désavantage, une perte de chance en termes de libre choix.

Globalement, la comparaison des ressources des personnes et des charges en établissement ne signifie nullement que l'accessibilité financière soit un problème général. En revanche, pour certaines catégories de population et sur certains territoires, le décalage est très significatif. En perspective, il faut en outre considérer l'évolution comparée des pensions (et des autres revenus) et des charges, lesquelles ont toutes les chances de refléter des hypothèses d'indexation forcément plus élevées (qu'il s'agisse des coûts du travail ou des coûts d'investissement se reportant sur les usagers). La question de l'accessibilité financière de l'hébergement en établissement se pose donc aujourd'hui et se posera encore demain. D'où l'intérêt de mesurer la performance des mécanismes de régulation.

2.3.1.3 *Retour sur les objectifs de l'administration des prix en EHPAD... et sur quelques résultats*

La dispersion des données, le fait que l'on n'ait pas de vision globale des pratiques de tarification intéressant les usagers est la conséquence de la diversité des financeurs, intéressés chacun par des segments de la régulation. Les objectifs de l'administration des prix en EHPAD apparaissent en effet disparates, voire contradictoires :

- Chapitre 3 -

- maîtriser les évolutions de la section soin, dans un contexte d'effort de médicalisation ;
- maîtriser le tarif dépendance, dans un contexte de montée en charge de l'APA ;
- borner les évolutions du reste à charge des usagers - et du coût de l'aide sociale à l'hébergement - selon une norme non explicitée ;
- assurer la pérennité des structures.

- **La réforme de la tarification des EHPAD : évolutions possibles**

La réforme de la tarification des EHPAD présente de fait plusieurs insuffisances, soulignées par la Cour des comptes dans son rapport de novembre 2005:

- d'une part, ses modalités de mise en œuvre (le clapet anti-retour concerne 37 % des conventions et le plafonnement de la dotation moyenne de convergence - DOMINIC + 35% - a été dépassé de 17 % soit un surcoût de 150 M€ fin 2004) ne sont pas toujours apparues maîtrisées ;
- d'autre part, le mode de tarification (le forfait soin exclut les médicaments, sauf dans les établissements dotés d'une pharmacie à usage interne, et 86 % des EHPAD ont opté pour un tarif journalier partiel qui exclut les honoraires médicaux et les examens complémentaires) induit un report non maîtrisé de la dépense sur l'enveloppe soins de ville. En l'absence de système d'information adapté, la CNAVTS ne peut chiffrer précisément ce report ; mais la Cour des comptes évalue à 1,4 Mds € les dépenses de soins de ville restant attachées à des personnes en établissement.

Plusieurs évolutions peuvent être envisagées pour faire de la tarification un instrument à la fois de maîtrise des dépenses, de respect des engagements en matière de création de places ou de médicalisation et de répartition équitable des charges :

- le forfait partiel, peu responsabilisant, devrait être supprimé au profit d'un forfait global élargi, incluant l'ensemble des dépenses de soin consacrées aux personnes hébergées (médicaments hors PUI, examens complémentaires et honoraires médicaux). Les économies ainsi dégagées sur l'enveloppe « soins de ville », qui finance actuellement les dépenses médicales non couvertes dans le forfait, pourraient être en partie redéployées vers l'enveloppe médico-sociale en vue d'une réévaluation du forfait soin. La réforme de la tarification engagée en 2002 prévoyait en effet que la moitié du coût de la médicalisation (8000 conventions à l'échéance 2007, soit 1,8 Mds d'euros) serait financée par un redéploiement depuis l'enveloppe « soins de ville » ; fin 2003 cependant, 139 M€ seulement avaient été réintégrés dans l'enveloppe médico-sociale. Une accélération de ce redéploiement serait d'autant plus souhaitable qu'elle contribuerait à lever un des principaux freins à l'engagement des établissements dans la médicalisation, à savoir l'insuffisance des dotations afférentes ;
- concrètement, les médicaments achetés auprès des pharmacies libérales, devraient se voir appliquer une marge spécifique de nature forfaitaire et non plus, comme c'est le cas actuellement, une marge identique à celle prévue pour un patient ordinaire, dans la mesure où il s'agit d'un marché relativement captif (traitements au long cours, relations privilégiées entre la maison de retraite et la pharmacie du lieu, etc.). Une seconde option consisterait à mettre en place un système d'appels d'offre permettant aux EHPAD de mettre en concurrence les pharmacies. Ce système, envisageable en raison de l'éclatement du paysage (on compte 10 500 maisons de retraite pour 22 500 officines), permettrait d'espérer une économie de l'ordre de 200M€ à l'horizon 2008¹⁰⁴ ;
- en contrepartie de la réévaluation du forfait soin, la dotation de médicalisation devrait être régulée de manière à mieux maîtriser le coût du processus et à résorber les retards actuellement

¹⁰⁴ Evaluation : direction du Budget

constatés. Une base réglementaire ou législative serait sans doute nécessaire pour rendre ce plafond véritablement opposable aux établissements. Dans la logique des recommandations de la Cour des comptes, l'application du clapet anti-retour devrait être supprimée à court terme, par exemple à un horizon de deux ans.

La répartition des charges entre les trois sections tarifaires reporte enfin une bonne partie des coûts liés aux améliorations de l'offre (efforts d'encadrement administratif, efforts d'animation, montée en gamme des équipements, investissements de mise aux normes, investissements de capacité...) sur la section hébergement et donc sur les usagers. Les standards de construction actuels et les coûts du foncier laissent prévoir une évolution préoccupante des tarifs hébergement. Quelles que soient l'évolution à venir des capacités contributives des personnes âgées et les possibilités de mobiliser des ressources diversifiées, les pouvoirs publics ne peuvent pas ne pas s'en préoccuper.

- **Concurrence et performance**

La contraction relative de l'offre publique, le développement d'une offre hors habilitation à l'aide sociale font, on l'a dit, de ce mécanisme un fragile rempart. Les ressources fiscales en atténuation de charges apparaissent comme un palliatif médiocre, qui plus est inégalitaire.

Le développement du secteur privé commercial contribue à l'ouverture du secteur et donc, potentiellement, à l'affirmation d'une logique de performance et de concurrence. Dans un contexte marqué par des situations locales de pénurie, il n'y a cependant pas vraiment de concurrence organisée sur le territoire, pas même de concurrence par comparaison (laquelle supposerait un système d'information beaucoup plus dense et la transparence sur ces données). Si la liberté de choix doit permettre de rendre compte d'un arbitrage coût-qualité, la condition première est la transparence sur l'une et l'autre de ces dimensions ; cela vaut pour tous les secteurs. Au-delà, les pouvoirs publics se doivent d'être attentifs à l'existence d'une offre accessible.

Peut-on développer les mécanismes de concurrence par comparaison ? Il n'est guère de domaines où l'administration des prix, le contingentement de l'offre, la protection des offreurs existants jouent un tel rôle. Cela est-il durable ? Cette situation sera-t-elle longtemps tolérée dans un contexte d'ouverture des services à la concurrence ? On ne saurait balayer ces questions d'un revers de main au nom de la protection des publics fragiles et de la spécificité du secteur.

Comment développer rapidement un système d'information complet sur les tarifs ? Des initiatives sont prises par un certain nombre d'acteurs privés pour informer les usagers et les familles (guides à l'échelle d'une région, palmarès, etc.) pour pallier les carences de l'information publique en la matière. Elles doivent être relayées sur une échelle large par les tutelles. Si le principe de libre choix devient la marque de la politique de prise en charge, les opérateurs centraux (DREES, CNSA, DGAS, ODAS) et départementaux doivent engager la concertation pour mettre en place rapidement le recueil des données et les supports d'information du public.

2.3.2 Les autres formes d'hébergement

S'agissant des logements-foyers, la connaissance des coûts est tout aussi disparate, sinon plus encore, reflet de la diversité de ces structures. Sur ce segment de l'offre, il importe avant tout de connaître l'incidence des investissements nécessaires (pour transformation en EHPAD et hors transformation en EHPAD) sur les coûts d'hébergement dans le but de tester la pertinence des évolutions possibles. (cf. infra)

Les MARPA entrent dans cette gamme d'hébergement. Les informations en la matière ont le mérite d'être répertoriées : cf. note de la CCMSA.

S'agissant de l'accueil de jour, il importe d'examiner les éventuelles barrières tarifaires à l'entrée pour les usagers et, comme on l'a évoqué au premier chapitre, les obstacles liés à la solvabilisation des prestations annexes de transport (généralement assurées par les taxis ou les véhicules sanitaires légers) que la réglementation ne permet pas de prendre en compte.

Les tarifs des MARPA (source CCMSA)

Le tarif en MARPA se décompose ainsi :

- Redevance (équivalent loyer + charges + certaines prestations annexes) ;
- Charges mutualisées de fonctionnement ;
- Tarif dépendance (pour les GIR 1 à 4 – solvabilisé par l'APA hors ticket modérateur) ;
- Services facultatifs (repas, lingerie...).

Les tarifs (hors SSIAD et hors aide à domicile complémentaire) pour l'hébergement en MARPA et 3 repas par jour se situent aujourd'hui entre 1 050 et 1 250 € par mois pour les MARPA les plus récentes (hors déduction APL).

Le tarif moyen des repas est le suivant :

- Petit déjeuner : 1,5 €
- Déjeuner : 6,5 €
- Dîner : 3,5 €

2.3.3 Régulation de l'aide à domicile et performance des structures

Les objectifs de la régulation des activités de soins et d'aide professionnelle apparaissent eux aussi disparates : surveillance de la qualité pour des interventions auprès de publics fragiles ; maîtrise des coûts par la régulation de l'offre ; objectifs travail/emploi eux-mêmes contradictoires : objectif quantitatif en vue de l'insertion de publics peu qualifiés ; objectif de qualification des interventions auprès des publics fragiles ; objectif d'amélioration des conditions de travail dans le secteur ; volonté de structurer une offre de services diversifiée sans forcément lever les barrières à l'entrée de nouveaux opérateurs. (cf. supra chapitre 1)

La partition du secteur entre les services prestataire et mandataire et le gré à gré, le développement diversifié de ces segments en fonction des coûts (en particulier liés à la revalorisation des métiers), de l'éligibilité différenciée aux prestations, aux exonérations ou aux réductions d'impôts, des traditions de recours des financeurs, des conditions d'agrément rendent compte de ces objectifs disparates. Ces caractéristiques ont un retentissement sur la capacité des financeurs à évaluer la performance des structures. La révision des procédures d'agrément (ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005), la mise en place du chèque emploi service universel (CESU), les initiatives d'intégration autour des opérateurs existants ou l'entrée de nouveaux opérateurs sur le marché, le développement de procédures de certification permettront de progresser en termes d'ouverture et de révélation de la performance. Les conseils généraux et les caisses de retraite (pour autant que l'on n'aille pas rapidement vers l'unification de la gestion des différents publics dépendants ou non-dépendants suggérée plus haut), principaux concernés en termes de financement, ne manqueront pas de se saisir de ces outils ou ont déjà commencé de le faire, à charge pour l'Etat, comme indiqué au chapitre 1, de favoriser la fluidité entre les domaines d'intervention et de valoriser les initiatives d'intégration.

Pour ce qui est des SSIAD, le mode de tarification ne révèle rien de la performance des structures. La prise en charge à domicile des personnes sévèrement dépendantes recèle des coûts importants pour les structures, souvent obligées de diversifier leur patientèle pour faire face, au risque de la sélection (anti-sélection du point de vue de l'optimum collectif). Le bénéfice de soins de SSIAD n'est pas non plus toujours justifié sur la durée pour les personnes moins dépendantes (recevoir des soins en sortie d'hospitalisation ne nécessite pas de prolonger indéfiniment ces prestations) ; le problème est que personne (en dehors du financeur, aveugle en la circonstance) n'a intérêt à y mettre un terme.

**Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005
(J.O du 2 décembre 2005) - Extrait**

"L'article 4 organise, pour toute personne morale gestionnaire d'un service prestataire d'aide à domicile, un droit d'option entre deux modes d'entrée dans le dispositif

- soit le promoteur souhaite bénéficier de la tarification relevant des articles R. 314-30 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), il doit, alors, solliciter une autorisation au sens de l'article L. 313-1, ladite autorisation valant alors « agrément qualité » au sens du premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail ;
- soit le promoteur ne souhaite pas entrer dans le dispositif tarifaire précité et préfère fixer librement le prix de ses prestations dans le cadre du contrat établi entre le bénéficiaire et l'opérateur. Dans ce cas, il est simplement tenu d'obtenir l'agrément qualité précédemment évoqué. Le contrat écrit qui fixe le prix des prestations fournies est alors celui en vigueur pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans les établissements, essentiellement commerciaux, qui ne sont ni habilités à l'aide sociale, ni conventionnés à l'aide personnalisée au logement (articles L. 342-2 et suivants du CASF).

Les avantages de ce dispositif sont les suivants :

- les associations prestataires d'aide à domicile continueront à bénéficier, si elles le souhaitent, d'une inclusion sans restriction dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- il n'y aura donc aucun changement pour ces catégories d'opérateurs si ce n'est un allègement de procédures entre l'autorisation prévue par le CASF et « l'agrément qualité » prévu par le code du travail, l'autorisation valant automatiquement agrément dès lors qu'est respectée la condition d'activité exclusive prévue par l'article L. 129-1 ;
- les autres opérateurs privés se verront exonérés de deux contraintes figurant dans la loi du 2 janvier 2002 précitée : la planification et l'autorisation, alors que les autres dispositions leur restent applicables (droit des usagers, dispositions relatives aux contrôles et mécanisme d'évaluation périodique), notamment celles de l'article L. 331-1 relatif au contrôle en matière de protection des personnes.

Ainsi, la nouvelle procédure, plus légère, de « l'agrément qualité » et le mécanisme de libre fixation des prix au moyen d'un contrat constituent un dispositif plus souple, adapté à ces catégories d'opérateurs et de nature à favoriser, dans des délais brefs, des créations d'emplois de services d'aide à la personne."

3 Les projets d'équipements et de services et leur financement

On sort aujourd'hui peu à peu d'une logique de partage du marché, non pas tant d'ailleurs sur les stocks que sur les flux (en termes de stock de places en établissement, le secteur public reste dominant). Longtemps, le secteur privé a été toléré dans la prise en charge en établissement et tenu en lisière de l'aide à domicile des publics fragiles. Le défi du nombre, les exigences de qualité, les contraintes liées à la libéralisation des services (encore peu prégnantes pour l'instant) justifient aujourd'hui l'ouverture des différents segments de l'offre à une gamme d'opérateurs diversifiés. Dans le secteur des établissements, le défi des années à venir (*a priori* décisives en termes de création de places et de restructuration) n'est pas tant celui de l'équilibre entre les opérateurs que le maintien des capacités d'initiative d'une gamme d'acteurs diversifiés. Il s'agit là d'un enjeu en termes de concurrence, d'accessibilité et de maîtrise des coûts pour l'utilisateur.

Compte tenu de l'objectif d'évaluer le coût de la montée en charge d'équipements diversifiés, il importe de disposer de données relativement fiables quant aux coûts globaux (à la place, à l'équipement standardisé) des différentes formules d'hébergement, en rénovation et à la construction neuve, en fonction de critères discriminants, notamment le coût du foncier et les surfaces occupées.

Il importe aussi de mesurer les possibilités de financement, avec un double objectif sous-jacent :

- mesurer la viabilité et les possibilités de montée en charge des programmes envisagés ;
- décrire la gamme des possibles quant aux financeurs, notamment si le but n'est pas de faire supporter aux résidents l'essentiel des coûts.

Il convient enfin d'étudier les mesures susceptibles d'accompagner la croissance des équipements. Une grille d'évaluation possible de ces dispositions pourrait être l'égalité de traitement, d'opportunités et de contraintes entre les différents opérateurs.

3.1 Procédures d'autorisation et financement

Comme indiqué au chapitre 1, l'ordonnance du 1er décembre 2005 a aussi revu le lien entre autorisation et financement des établissements

**Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005
(J.O du 2 décembre 2005) - Extrait**

"L'article 5 vise à assouplir le lien entre autorisation et financement d'un établissement ou d'un service social et médico-social en permettant d'autoriser des projets de création de places et d'établissements dont l'ouverture n'interviendra qu'une ou deux années plus tard, au terme de leur construction. Les financements ne devront pas, comme aujourd'hui, être disponibles dès la date où est délivrée l'autorisation en année pleine, mais feront l'objet de réservations de crédits pour les années correspondant à l'ouverture effective des places, dans le respect des dispositions sur la pluriannualité des financements prévue par la nouvelle loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale."

Cette révision vise à mieux tenir compte des délais de montée en charge des projets d'équipement. "L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet", l'exercice en question pouvant être l'année N, l'année N+1 ou l'année N+2, délais au demeurant sans doute corrects pour les opérateurs privés commerciaux mais a priori relativement courts pour les opérateurs publics. Au moment d'engager les acteurs dans une programmation lourde, cet article de l'ordonnance fait droit à une revendication légitime de plus grande sécurité.

3.2 Tours de table financiers

Il importe de distinguer les opérateurs susceptibles de porter les projets d'établissement des institutions appelées à apporter un concours financier.

Dans la première catégorie, on trouve essentiellement les collectivités locales (les communes à travers les CCAS et, dans de rares cas, les départements), les établissements hospitaliers publics, les établissements publics autonomes, le secteur associatif, les bailleurs sociaux et le secteur commercial.

La seconde catégorie, celle des financeurs, compte principalement dans ses rangs : l'Etat, longtemps essentiellement à travers les contrats de plan Etat-région et la politique du logement et maintenant avec les concours de la CNSA, les caisses de Sécurité sociale et les caisses de retraite complémentaire, les mutuelles, les collectivités locales à nouveau (les départements en première ligne, mais aussi les communes, souvent sollicitées pour la mise à disposition du foncier, voire pour des subventions ou des garanties de prêts et, cas particulier, la région Ile-de-France).

3.2.1 L'Etat

3.2.1.1 Les contrats de plan Etat-région

La contribution de l'Etat à l'investissement dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées (hors politique du logement) est longtemps passée essentiellement par le canal des contrats de plan Etat-région. Elle était alors cantonnée à l'achèvement du programme d'humanisation des hospices et à la mise aux normes des maisons de retraite. Cette contribution concernait donc des restructurations plus ou moins lourdes.

Les crédits engagés par l'Etat au titre des contrats de plan Etat – régions - Source DGAS

Dans le cadre du XII^{ème} plan (2000-2006), l'inscription de crédits importants sur l'article 30 du chapitre 66-20 témoigne de l'intérêt soutenu, de l'Etat et des collectivités territoriales, pour l'amélioration des conditions d'hébergement des personnes âgées.

Il convient de noter que l'article 30 a été subdivisé en deux parties, pour permettre de distinguer les crédits inscrits au titre de l'achèvement du programme d'humanisation des hospices et ceux affectés à la mise aux normes des maisons de retraite.

Ainsi l'engagement de l'Etat s'élève à 97,67 M€ pour l'humanisation des hospices et à 106,70 M€ pour les maisons de retraite pour la période 2000/2006, donc un montant total contractualisé de 204,37 M€. A l'issue du processus de révision à mi-parcours des contrats de plan en 2003, ce montant a été réévalué à 208,16 M€.

Vingt quatre régions (dont deux départements d'Outre-Mer) ont contractualisé sur ces objectifs.

S'agissant de 2005, l'exécution du XII^{ème} Plan a été accélérée en raison du rattachement de crédits supplémentaires sur le budget de l'Etat (25,85 M€ en LFI) par voie de fonds de concours. Cet abondement d'un montant total de 50 M€ ouvert en autorisations de programme comme en crédits de paiement résulte d'un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ces moyens complémentaires ont été répartis entre trois postes de dépenses :

- 60 % qui ont permis de porter l'exécution de la programmation des contrats de plan à 60,7 % ;
- 29 % à des opérations signalées par les DRASS qui ne relèvent pas des contrats de plan ;
- 10 % à la poursuite du financement du plan d'équipement des maisons de retraites et des logements foyers en pièces rafraîchies (décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005).

Il est proposé au projet de loi de finances 2006 la reconduction des moyens au niveau de 2005, soit 25,85 M€ en autorisations d'engagement (ex autorisations de programme) et 16,24 M€ en crédits de paiement. Les contrats de plan seront ainsi exécutés à hauteur de 73 % fin 2006.

Le CPER n'est plus forcément aujourd'hui un dispositif adapté pour la mobilisation des crédits d'investissement des EHPA. Le contexte dans lequel s'inscrivent les questions d'équipements et de services aux personnes âgées et aux personnes handicapées a en effet connu récemment d'importantes évolutions, dont nous avons rendu compte plus haut. Dans ces conditions, le dispositif des CPER, lui-même en cours de remaniement, n'apparaît plus adapté aux enjeux :

- sa mise en œuvre est lente ;
- les montants mobilisables dans le cadre des CPER ne sont pas à la hauteur des besoins (mises aux normes, restructurations lourdes et créations de places) ;

- Chapitre 3 -

- les EHPA ne correspondant pas spontanément aux thèmes envisagés pour les futurs contrats : compétitivité et attractivité du territoire, développement durable, cohésion sociale ;
- l'articulation du dispositif CPER avec les concours de la CNSA (voir ci-dessous) n'est pas claire. Il en résulte une complexité excessive qui provoque une dilution des responsabilités et risque d'aboutir à une répartition non équitable des subventions d'investissement entre les départements ;
- enfin, la réforme de la tarification des établissements visait à responsabiliser les structures en clarifiant leur gestion et en couvrant l'ensemble de leurs coûts par un système de tarification ternaire. Maintenir un dispositif parallèle consacré exclusivement à l'investissement serait contradictoire avec les objectifs de la réforme et aurait un effet déresponsabilisant.

3.2.1.2 Les concours de la CNSA

La CNSA a vocation à s'affirmer comme l'acteur principal du soutien à l'investissement en faveur des EPHAD et des établissements pour personnes handicapées :

- les subventions versées par l'Etat jusqu'en 2006 dans le cadre des CPER sont en réalité d'ores et déjà financées par la CNSA à travers un fonds de concours (500 M€ ont été rattachés par fonds de concours en 2005 au programme « handicap et dépendance ») ;
- la compétence de la CNSA en matière d'investissement a été confortée en 2006 par l'article 51-III de la LFSS 2006, qui prévoit que les crédits inscrits à la section I (établissements) du budget de la CNSA peuvent être utilisés « pour la mise au normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services » et par l'annonce d'un plan d'investissement de 500 M€ financé sur les réserves de la CNSA ;
- la compétence de la CNSA en matière de répartition de dotations est de nature à améliorer l'allocation des subventions d'investissement entre les établissements et ainsi à répondre, au moins partiellement, aux problèmes d'équité liés aux disparités des tarifs d'hébergement supportés par les résidents.

La contribution portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie permet donc aujourd'hui de déployer les efforts à une échelle plus large mais non pérenne : 350 M€ sont en effet prévus pour le secteur "personnes âgées" (150 M€ pour le secteur "personnes handicapées").

Selon les termes de la note de préparation budgétaire du 30 novembre 2005¹⁰⁵, les établissements pour personnes âgées concernés sont, "dans le cadre de leur capacité autorisée actuelle" : les EHPAD publics, autonomes ou rattachés à un établissement hospitalier, et privés habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale ("conventionnés ou ayant déposé un dossier complet en vue du conventionnement"), les logements-foyers "conventionnés ou souhaitant être conventionnés, y compris pour une partie de leur capacité autorisée" et les USLD "de façon sélective, afin de favoriser leur conventionnement".

Les travaux éligibles à l'aide sont définis de la sorte : "En référence à l'article L.14-10-5 du CASF modifié, pourront être financés les travaux de modernisation des locaux, par restructuration ou par construction neuve, dans la limite des capacités autorisées, ainsi que les travaux de mise aux normes techniques et de sécurité dans un souci d'amélioration de la qualité d'accueil des personnes en perte d'autonomie et des conditions d'exercice des professionnels, à l'exclusion des travaux d'entretien. Tous les dossiers de modernisation devront intégrer la question d'accessibilité des locaux. L'aide à l'acquisition de l'équipement matériel et mobilier, accompagnant l'opération de modernisation, doit être réservée à des situations d'impossibilité d'autofinancement."

La note d'orientation budgétaire prévoit aussi que la participation de la CNSA soit modulée, selon la nature des projets, à l'intérieur des fourchettes suivantes :

¹⁰⁵ Note de préparation budgétaire 2006 relative aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées (Note DSS, DGAS, CNSA aux préfets de régions et de départements)

- Accessibilité financière, emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance -

- établissements pour personnes âgées : travaux de modernisation des locaux = 40 % ; travaux de mise aux normes de sécurité = 30 % ;
- établissements pour enfants et adultes handicapés : entre 40 % et 80 % de subvention.

En lançant ce programme, les pouvoirs publics se sont attachés à des critères discriminants classiques : l'habilitation à l'aide sociale (totale ou partielle), le conventionnement. Au moment où l'une et l'autre de ces procédures se trouvent assouplies, la pertinence de ces critères devra être évaluée (en particulier pour les logements-foyers). Par ailleurs, les conditions de répartition territoriale de ces concours en fonction des priorités doivent entrer en ligne de compte (cf. chapitre 4). Enfin, l'objectif de traiter un grand nombre d'établissements (en maximisant les autres financements et en limitant les coûts unitaires) invite à évaluer la pertinence des plafonds de subvention, si comme cela semble nécessaire, un tel programme devait être pérennisé (cf. infra l'analyse des coûts des restructurations).

Les conditions de pérennisation de l'intervention de la CNSA en matière de soutien à l'investissement sont importantes. Le retrait des subventions d'investissement du champ contractuel ne saurait entraîner un désengagement des collectivités locales. A cette fin, quelques principes peuvent être mentionnés :

- priorité aux projets pour lesquels l'intervention de la CNSA apporte une véritable valeur ajoutée, c'est-à-dire contribue à une meilleure prise en compte des besoins tant en termes de caractéristiques des projets (diversité des services offerts, démarche effective d'intégration locale...) qu'en termes d'équité territoriale. Ces critères peuvent s'appliquer tant aux créations de nouvelles capacités d'hébergement qu'à la mise aux normes de capacités existantes : même si l'article 51 de la LFSS 2006 met l'accent sur la modernisation des établissements existants, rien n'interdit à la CNSA d'intervenir dans le financement de capacités nouvelles ;
- priorité aux projets n'ayant pas un caractère récurrent ;
- priorités aux projets s'accompagnant, en contrepartie, d'engagements des établissements en ce qui concerne l'encadrement des pratiques tarifaires, la mise en œuvre de la réforme de la tarification (conventions de médicalisation, amélioration de la qualité comptable), la remontée d'informations vers les services déconcentrés et au-delà la CNSA ;
- priorité, enfin, aux projets qui manifestent une capacité à mobiliser les financeurs locaux (conseil général, conseil régional, CRAM, opérateurs privés).

En ce qui concerne la forme du soutien, plutôt que des programmes d'investissement ponctuels (non reproductibles en l'Etat, s'agissant de l'utilisation des réserves de la CNSA), il serait sans doute opportun de prévoir une prise en charge limitée sur l'ONDAM des coûts d'amortissement des projets. Le chiffre moyen de 25 % paraîtrait conforme aux objectifs mentionnés ci-dessus. Une évaluation du programme d'investissement sur cette base est donnée infra.

3.2.1.3 *Les financements accordés par le ministère en charge du logement*

Le soutien par le ministère du logement des projets de création de places d'hébergement pour personnes âgées est traditionnellement apporté pour les logements-foyers.

La circulaire du 21 mars 2003 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'Etat précise ainsi que les financements mobilisables (subventions ou prêts) pour le logement de ce public s'adressent prioritairement aux logements-foyers. Sont considérés comme tels, les établissements comportant des locaux à caractère réellement privatif, dotés d'espaces collectifs, non réductibles à un simple hébergement et présentant un caractère majoritairement social et non sanitaire. Ces logements doivent constituer la résidence principale des locataires et donner lieu à l'établissement d'une redevance (équivalent loyer + charges) identifiable.

La ligne de partage entre ce type de structures et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes étant difficile à fixer, les services instructeurs des directions départementales de

L'Equipement sont souvent amenés à répondre favorablement au financement de places neuves d'EHPAD, lorsque celles-ci présentent les caractéristiques du bâti des logements-foyers.

Ainsi, on constate que ces dernières années les financements se sont portés sur des projets de création d'EHPAD neufs. Ces financements se sont traduits par l'octroi d'agréments de Prêts Locatifs Sociaux (PLS). A partir de l'enquête réalisée sur le conventionnement du parc social, on peut estimer que plus de 2.100 logements pour personnes âgées en établissement (EHPA / EHPAD) ont été financés en 2002 et plus de 2.300 logements en 2003.

Les prêts aidés¹⁰⁶ sont un élément important de bouclage de certains tours de table financiers. Outre l'obtention d'un prêt, le principal intérêt du PLS fiscales pour les maîtres d'ouvrage publics et privés, est le bénéfice de mesures fiscales. Il n'est pas évident que ces avantages en cascade soit une façon parfaitement rationnelle de considérer le financement des projets et les possibilités d'atténuation de charges.

3.2.1.4 Les mesures fiscales liées au logement

Des mesures fiscales permettent, d'une part, aux bailleurs sociaux et privés de bénéficier, sous conditions, d'un taux de TVA réduit à 5.5 % et d'une exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) et, d'autre part, de prendre en compte l'amortissement d'un investissement immobilier réalisé par un particulier.

- **La réduction du taux de TVA à 5.5 %**

L'article 278 *sexies* du code général des impôts précise que la TVA est perçue à taux réduit pour les acquisitions ou les livraisons à soi même d'immeubles portant sur des logements locatifs sociaux bénéficiant d'aides ou de prêts spécifiques de l'Etat construits par les organismes HLM (Art L 351-2 du code de la construction). Ce régime fiscal s'applique également aux personnes morales et physiques qui financent leurs opérations à l'aide de PLS (art R 311-18 du code de la construction).

- **L'exonération de la TFPB**

L'article 1384 A du code général des impôts prévoit une exonération de la TFPB pour les constructions neuves financées à concurrence de plus de 50 % au moyen de prêts aidés par l'Etat ou de subventions sur une durée de 15 ans¹⁰⁷. La loi de programmation pour la cohésion sociale du 28 janvier 2005 a prolongé cette durée à 25 ans. La même disposition d'exonération est, par ailleurs, applicable, sous conditions, pour les logements acquis dans l'ancien.

- **L'investissement locatif réalisé par des personnes physiques sous le dispositif « Robien »**

La loi urbanisme et habitat du 2 juillet 2003 permet une réduction de l'imposition par une prise en compte de l'amortissement d'un bien immobilier acquis neuf ou en l'état futur d'achèvement. L'article 31 du code général des impôts prévoit ainsi « une déduction au titre de l'amortissement égale à 8 % du prix d'acquisition du logement pour les 5 premières années et à 2.5 % de ce prix pour les 4 années suivantes ». Une possibilité d'amortissement pour une durée complémentaire de 6 ans est ouverte au contribuable. En contrepartie, le bénéficiaire s'engage à ne pas dépasser un plafond de loyer et à louer son bien pour une durée minimale de 9 ans.

Une personne souhaitant ainsi investir dans un programme d'hébergement pour personnes âgées peut, sous conditions, bénéficier de cette mesure.

¹⁰⁶ Cf. annexe 12 réalisée à partir de la note de Luc Broussy, Cabinet EHPA Conseil, réalisée pour le compte de la mission.

¹⁰⁷ L'article 92 de la loi 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a porté la durée de l'exonération de TFPB à 20 ans pour les constructions de logements sociaux neufs à usage locatif bénéficiant d'une décision d'octroi de subvention ou de prêt aidé entre le 1^{er} juillet 2004 et le 31 décembre 2009.

Ces dispositifs fiscaux et financements accordés à l'investissement sont complétés par les aides au logement versées aux locataires. (cf. supra)

3.2.2 Les collectivités locales

Pour ce qui est des concours des collectivités locales, les pratiques des départements ou des communes en matière de subvention¹⁰⁸ apparaissent particulièrement dispersées quant aux objectifs pris en compte (quelle est la cible de telle ou telle pratique de subvention ? Quels sont les critères considérés ? Quelle sélection des projets ?...), quant aux montants alloués aux opérations en niveau ou en pourcentage, quant au type d'opérations montées ou aidées...

A l'issue de ses travaux, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) fournira vraisemblablement des éléments d'analyse en la matière.

Dans les comptes des départements¹⁰⁹, les éléments d'information sur les montants alloués ne ressortent pas spécifiquement : dans l'analyse de la structure des dépenses d'investissement, la rubrique "Équipement sanitaire et social" (1,2 % des dépenses d'investissement en 2003) ne concerne que les établissements dont le département est gestionnaire (cas peu répandu dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées) et ne permet pas d'isoler les EHPA ; la rubrique "Programmes non départementaux" (24,1 % des dépenses d'investissement en 2003) regroupe, quant à elle, l'ensemble des subventions aux autres collectivités et aux établissements publics, dont les EHPA ne forment qu'une part.

3.2.3 Les caisses de Sécurité sociale

3.2.3.1 La CNAV

Au titre du 4ème objectif de la COG, la CNAV entend "Concevoir des lieux de vie collectifs adaptés aux retraités fragiles". Cette stratégie part du constat de l'importance des effectifs de GIR 5 et 6 accueillis en institution et de l'intérêt qu'il y a, particulièrement pour cette population cible de la CNAV, à développer la participation à la vie sociale des personnes hébergées, contribuer à la diversification des projets immobiliers, en particulier à travers les formes d'hébergement intermédiaires, et à aider les opérateurs à développer un cadre bâti de qualité et à définir un véritable projet de vie.

L'effort prévu pour le déploiement de ces objectifs en faveur des lieux de vie collectifs est fixé dans la COG à 280 millions d'euros sur la période 2005-2008.

3.2.3.2 La CNAM

Dans son bilan 2003 de la participation de l'assurance maladie au financement des investissements sanitaires et médico-sociaux¹¹⁰, la CNAM rappelle l'histoire récente de ce dispositif. En 1986, les CRAM et les CGSS (pour les DOM) ont été à nouveau autorisées à participer au financement des établissements sanitaires et médico-sociaux autour des priorités suivantes (s'agissant des personnes âgées) :

- les investissements générant des gains de productivité au sein des structures hospitalières et non hospitalières à vocation médico-sociale ;
- les investissements visant à l'instauration de structures alternatives à l'hospitalisation ;
- le programme de médicalisation et de transformation des hospices et maisons de retraite ;
- les unités de long séjour pour personnes âgées.

¹⁰⁸ Les collectivités sont aussi sollicitées pour apporter leur garantie aux prêts aidés.

¹⁰⁹ Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, Direction générale des collectivités locales, "Les finances des départements 2003", octobre 2005.

¹¹⁰ Note transmise à la mission.

La gestion de ces fonds est décentralisée et les caisses ont le choix des opérations à financer sous la forme de prêts sans intérêt d'une durée maximale de 20 ans (dans la limite d'un taux de participation de 14 % pour les programmes de modernisation des hospices et de 30 % pour les autres opérations).¹¹¹

En 2003, les autorisations de programme ouvertes (37,3 M€) ont concerné à 80,68 % la médicalisation et la transformation des maisons de retraite et hospices et à 18,52 % les USLD. Le taux moyen de participation de l'assurance maladie s'est établi à 6,04 %.

En 2004, les évolutions en cours dans les secteurs du handicap et de la dépendance des personnes âgées ont quelque peu perturbé le dispositif et amené une nouvelle répartition de l'enveloppe des autorisations de programme finalement allouée : 13,3 M€ pour les opérations destinées aux personnes âgées et 10,9 M€ pour les opérations destinées aux adultes handicapés (qui n'en avaient pas bénéficié en 2003). La consommation des crédits a par ailleurs été limitée en 2004.

Au terme du bilan 2004, la CNAM fait état des "préoccupations de l'ensemble des organismes quant à la poursuite du financement de ce secteur d'activité", eu égard notamment au fait que "l'action sociale de la CNAV s'est recentrée sur les GIR 5 et 6, ce qui pose le problème du financement des EHPAD qui donnait lieu à partage de compétences assurance maladie (partie médicale) - assurance vieillesse (partie hébergement)".

3.3 Coûts des opérations

Il est possible de raisonner par type d'opérateurs : en cela, les éléments relatifs aux pratiques dans les différents segments de l'offre sont particulièrement utiles. Il est aussi possible de partir des données des organismes apportant leur concours (hors collectivités locales).

3.3.1 Données des CRAM

Sur la base des éléments communiqués par la CNAMTS, pour les années 2003 et 2004, un échantillon de plus de soixante opérations de restructuration lourde et d'une vingtaine d'opérations de création d'établissement a pu être constitué. Ont été sélectionnées les opérations pour lesquelles le nombre de lits était indiqué dans les états dressés par les CRAM. Le repérage est fruste, il ne prétend pas à la représentativité. Un certain nombre d'éléments d'information font défaut. Ceci dit, les opérations intégrées à l'échantillon sont correctement réparties sur le territoire métropolitain et entre les différents milieux (grandes métropoles, villes moyennes, milieu rural).

Les tableaux figurent en annexe 17. Les conclusions que l'on peut tirer de cette analyse sont de trois ordres :

- si les coûts à la place sont très disparates en fonction des contextes et de l'ampleur des opérations (encore une fois approchées ici de façon très grossière), la moyenne s'établit sur l'ensemble des opérations à 78.750 € par lit dans le cas des restructurations lourdes et à 79.524 € par lit pour les créations d'établissements ;
- bien que les échantillons soient trop réduits pour en déduire une tendance générale, les coûts 2004 s'établissent à un niveau sensiblement supérieurs à ceux de l'année précédente ;
- le plus remarquable est la très grande proximité des coûts des restructurations lourdes et des créations de places nouvelles.

Ces éléments sont somme toute cohérents avec l'analyse développée en annexe 14 pour les constructions neuves.

¹¹¹ Il a été mis fin en 1998 à la participation de l'assurance maladie au financement des investissements sanitaires hors USLD, du fait de la création du Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers.

3.3.2 Données de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité

La Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité a bien voulu communiquer à la mission les éléments relatifs à une vingtaine d'opérations de restructuration lourde et de construction neuve, en cours ou achevées. (cf. annexe 18). Le prix à la place pour l'ensemble des opérations est de 66.644 € (avec une TVA à 5,5 %). La distinction entre les différents types d'opération apparaît plus importante que dans les données des CRAM ; le facteur Ile-de-France est particulièrement marqué, puisque les deux opérations situées en proche couronne ressortent à 125.000 euros la place.

Au vu de ces données, il semble possible de conduire des restructurations lourdes à un niveau nettement inférieur à celui indiqué plus haut (autour de 50-55.000 euros la place, avec une TVA à 5,5%), tout en offrant des surfaces utiles par lit tout à fait conséquentes (entre 48 et 65 m²).

S'il n'est pas forcément pertinent de conclure à partir de ces quelques données, il semble néanmoins possible d'émettre l'hypothèse qu'un opérateur développant sa pratique sur une large échelle a une capacité plus importante à maîtriser les coûts que des opérateurs atomisés de même statut ou en situation comparable (une fois corrigées les distorsions, fiscales notamment).

3.3.3 Enseignements

Eu égard à cet ensemble d'éléments,

- il semble possible de retenir pour les opérations de construction neuve une fourchette moyenne de 70.000-80.000 € HT par lit et pour les restructurations lourdes une estimation moyenne HT de 50.000-60.000 euros ;
- compte tenu de la dispersion des coûts de restructuration, il apparaît judicieux d'envisager plus fréquemment l'alternative restructuration lourde/construction neuve, d'autant que le second membre de l'alternative autorise une réallocation territoriale ;
- il est important de sécuriser les opérateurs pour que cette alternative puisse être systématiquement examinée ;
- il est économiquement justifié de surveiller les effets d'aubaine liés à des subventions publiques en matière de restructuration. Si le programme de restructuration du parc doit avoir l'ampleur décrite au chapitre précédent, celui-ci n'est soutenable qu'à partir du moment où un effet de levier sur les autres financements peut être créé et où les financements publics ne sont pas consommés par les opportunités ainsi créées ;
- il serait enfin utile de collecter sur une large base, de traiter et de diffuser l'ensemble des données utiles aux opérateurs au moment de s'engager dans un programme de construction neuve ou de rénovation. De telles bases de données par établissement-type, par opération-type, mentionnant l'ensemble des caractéristiques ayant un impact significatif sur les coûts (surface au lit, nombre d'étages, surface privative des chambres...) permettraient de développer, pour l'ensemble des opérateurs, les capacités d'intégration propres aux acteurs à la tête d'un réseau relativement important (privés associatifs ou privés commerciaux). Une telle pratique s'est développée à l'initiative de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Hôpital 2007. Il serait opportun de s'inspirer de cette expérience en ce qui concerne les établissements médico-sociaux, voire plus simplement encore d'étendre les prérogatives de la MNAIH au secteur médico-social. Celle-ci pourrait aussi jouer un rôle dans la promotion des dispositifs de financement innovants (cf. infra).

3.3.4 Contenir les coûts supportés par l'utilisateur : un objectif de politique publique

L'objectif de contenir les coûts supportés par l'utilisateur se décompose en au moins trois aspects :

- l'évolution des normes, les exigences des tutelles, la montée en gamme retentissent sur les coûts de l'hébergement. Un exemple parmi d'autres : la progression des surfaces collectives consommées, alors même que les surfaces privatives n'augmentent guère. L'analyse conduite ci-dessus pointe le rôle des opérateurs dans ces évolutions ; quel que soit le jugement porté sur celles-ci, ils ne sont évidemment pas seuls en cause ; des études d'impact (sur les coûts immobiliers et donc sur le prix de l'hébergement) devraient systématiquement accompagner l'élaboration de nouvelles normes ;
- la fraction du coût supportée par l'usager. Compte tenu, d'une part, de la montée en charge de l'APA et, d'autre part, de la mise en œuvre de la réforme de la tarification, les financeurs publics ont été logiquement soucieux de maîtriser les facteurs susceptibles de grever leurs budgets. Les dépenses liées à l'administration des établissements et à l'animation, les coûts de l'investissement (hors subventions) sont supportés par les usagers. On peut s'interroger sur la justification d'un tel traitement, que l'on ne retrouve pas à l'hôpital par exemple. C'est la raison pour laquelle la mission recommande de développer la prise en charge par la collectivité des coûts de l'animation au sein des établissements (poste pour lequel l'effort affiché est très conséquent) ;
- les possibilités d'atténuation de charges constituent le troisième aspect de la question. Par ses financements, l'Etat a la possibilité de peser sur le coût immobilier et donc sur la part hébergement (à condition de limiter les effets d'aubaine) ; les départements ont également intérêt à participer aux opérations d'investissement à partir du moment où les subventions permettent de maîtriser le coût de la construction et donc le poids de l'aide sociale à l'hébergement (cela est particulièrement vrai là où le foncier est coûteux et la proportion de personnes concernées importante). D'où la proposition de pérenniser les concours de la CNSA en matière d'investissement sous la forme d'une prise en charge partielle de l'amortissement.

C'est dans ce cadre global qu'il est possible de traiter tout à la fois la question de la répartition des charges entre les différents financeurs et la revendication de rapprochement des prestations à domicile et en établissement. Il ne servirait cependant à rien d'avancer sur ces domaines si l'ensemble des facteurs d'évolution des coûts supportés par l'usager n'étaient pas maîtrisés.

3.4 De l'intérêt de mobiliser des dispositifs innovants pour le portage de projets

Outre les problèmes de garantie des financements de l'assurance maladie sur plusieurs années (objet de l'article 5 de l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005), les opérateurs, particulièrement publics, ont à faire face aux contraintes techniques et procédurales de la conduite des projets.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a permis aux établissements de santé de recourir à deux nouvelles formes de contractualisation pour la réalisation de leurs investissements : les marchés globaux et le bail emphytéotique hospitalier (BEH). Par cette dernière procédure, "la personne publique confie à un opérateur privé la conception, la construction, l'entretien/maintenance et le financement d'un ouvrage et le rémunère sur une longue période par le moyen d'un loyer"¹¹².

La procédure utilisée par les établissements publics était jusqu'alors la procédure prévue par la loi sur la maîtrise d'ouvrage public (dite loi « MOP »). De façon simplifiée, les phases prévues par ce texte (programmation, concours d'architecte, études, consultation des entreprises par lots séparés) entraînent un délai de conduite des opérations relativement long avant début de travaux (18 à 24 mois). D'autres inconvénients et risques caractérisent la procédure MOP : sous-estimation des enveloppes, appels d'offres infructueux, avenants et travaux supplémentaires, prix obtenus peu satisfaisants.

Les EHPAD, hors établissements de santé, ne sont pas en mesure de recourir au BEH. En revanche et sous certaines conditions, ils peuvent utiliser la loi du 5 janvier 1988 définissant le bail emphytéotique administratif (BEA), qui prévoit le financement, la construction et éventuellement la maintenance par un opérateur privé ou public et la mise à disposition du bâtiment sur un terrain appartenant à la personne publique qui devient propriétaire du bien loué au terme du bail (de 20 à 30 ans en général).

¹¹² Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, Rapport d'activité 2003-2004.

Dans la pratique, cette procédure a longtemps été peu utilisée, sauf par les établissements du secteur associatif. La diffusion récente des partenariats public-privé a cependant fait que des procédures de BEA ont été engagées par les maisons de retraite, lorsque les problèmes d'avance financière, de trésorerie et de faiblesse des compétences internes (vu la taille modeste des structures) rendent le recours à la loi MOP difficile dans son application et génère des risques importants de dérapage financier.

La procédure dite de "dialogue compétitif" permet en outre de réunir, autour d'une même table, financier, constructeur, concepteur, chargé de la maintenance et exploitant, ce qui concourt à la conception de bâtiments mieux adaptés à leur fonction et où les concepts de projet de vie sociale, d'économies d'énergie, de haute qualité environnementale peuvent être pris en compte dès le début de la procédure. Le dialogue compétitif permet ainsi d'enrichir le cahier des charges final à partir des idées apportées par les différents intervenants avant consultation des opérateurs.

D'autres avantages peuvent également être avancés : procédure plus courte (12 mois au total) que dans le cadre de la loi MOP, absence d'avance financière pour l'établissement qui acquitte son loyer à la mise à disposition du bâti (et donc aucun frais financier intermédiaire), signature d'un bail à prix révisable mais arrêté entre les parties, risque moindre de travaux supplémentaires et d'avenant.

La procédure BEA demande cependant une vigilance active quant au partage des risques entre opérateur et personne publique, en particulier pendant la construction, qui fait l'objet d'une convention non détachable du bail.

Compte tenu de l'importance des programmes de création de places et surtout de restructuration, de l'intérêt de maîtriser tant les délais que les coûts de mise en œuvre, de la difficulté d'inscrire l'innovation dans les projets, l'extension des possibilités de recours des établissements publics à ce type de procédure doit être recherchée. Sauf à étendre le BEH aux établissements médico-sociaux, l'accompagnement des opérateurs dans la mise en œuvre de la procédure BEA doit être recherché.

Ce rôle est dévolu à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier en ce qui concerne le BEH et les établissements de santé. Comme en matière de bases de données sur les coûts des programmes (cf. supra), il serait opportun de s'inspirer de cette expérience dans le champ des EHPAD, voire encore une fois, de confier cette mission à la MNAIH par extension de ses prérogatives.

3.5 La problématique des logements-foyers¹¹³

Les logements-foyers sont à la fois concernés par les dispositifs génériques en matière de construction et de restructuration et soumis à des contraintes particulières. Lorsqu'ils entrent dans le cadre des EHPAD et renoncent à leur vocation première, ils sont éligibles à un certain nombre de dispositifs (dont le dispositif de soutien à l'investissement). Une part importante des établissements n'a cependant pas la possibilité (du fait des coûts de restructuration notamment) ou pas de raisons de suivre cette voie.

Une typologie du parc de logements-foyers avait été esquissée dans le premier rapport de la mission, à la suite du rapport Grunspan. Nous n'y reviendrons pas.

Les opérateurs mettent en avant l'incompatibilité entre les investissements nécessaires pour une mise en conformité avec le reclassement en ERP (sécurité incendie, légionnellose, radon aujourd'hui, accessibilité dans les années à venir) d'une part, la vocation sociale de ces structures, les contraintes du cadre bâti, les conditions du financement (respect d'un loyer plafond), d'autre part. Faute de traiter ces problèmes, les opérateurs sont confrontés à un risque accru de mise en jeu de leur responsabilité pénale.

Le rapport Grunspan avait esquissé un certain nombre de pistes relatives à la réglementation s'appliquant aux établissements hors EHPAD. Dans le but de préserver la diversité globale des structures, laquelle suppose l'existence d'établissements peu médicalisés (ce qui ne revient pas à considérer comme forcément pérennes les établissements existants), il importe d'apporter des solutions en la matière.

¹¹³ Voir en annexe 14 un point sur le financement des MARPA.

4 Eléments de cadrage macro-économique des charges liées à la dépendance

4.1 Un compte de la dépendance : pour que faire ?

On l'a dit, la Cour des comptes s'est employée à dresser un compte de la dépendance, comme il en existe dans le domaine du handicap. Cet exercice est difficile : cela tient à la définition du périmètre des bénéficiaires (prendre en compte les prestations consacrées à la population âgée, à la population dépendante ou spécifiquement à la prise en charge de la perte d'autonomie) ou des prestations (dépenses "sanitaires" versus "médico-sociales"), à la reconstitution de certaines dépenses (notamment les dépenses de soins de ville¹¹⁴) ou de certains concours (des collectivités locales en particulier), à l'identification des bénéficiaires (que prendre en compte parmi les exonérations de charge ou les réductions d'impôts liées à l'emploi de personnels à domicile ?).

Veut-on établir le compte de la dépendance ou celui des ressources publiques affectées à une catégorie de population, non assimilables par destination à un objectif de prise en charge de la dépendance ? C'est un des problèmes que la Cour des comptes s'emploie à traiter, nonobstant la difficulté à isoler dans les dépenses ce qui revient en propre aux personnes de plus de 60 ou 75 ans identifiables comme dépendantes.

Peut-on, en particulier, isoler dans les dépenses de ville ou d'hospitalisation, hors dépenses fléchées, ce qui relève de la prise en charge de la dépendance ? Dans quel but au fond tenter cette extraction ? Pour mesurer les effets de report du médico-social sur le sanitaire ? Pour évaluer des gisements d'économies latentes ?

4.1.1 Périmètre

En tout état de cause, la vocation principale d'un compte approché de la dépendance est sans doute avant tout de pouvoir mesurer la contribution des différents financeurs. Ceci suppose de ne pas s'arrêter au compte des dépenses publiques et donc de prendre en considération la participation des usagers. L'intérêt est surtout, mais la difficulté est grande, de mesurer l'évolution à venir du compte en fonction des effectifs de population concernés dans les différents segments de prise en charge et en fonction de mesures nouvelles. Il est aussi, à partir de là, de mesurer l'effort contributif attendu des différents acteurs. Il s'agit essentiellement de l'Etat, des départements, de l'assurance maladie et des usagers. A ne pas confondre avec les autres partenaires des tours de table des projets d'investissement, marginaux en termes globaux.

En tendance, et compte tenu des hypothèses en matière de dépendance et d'entrée en institution, il est sans doute possible d'évaluer la montée en charge de l'APA en termes de bénéficiaires et d'envisager l'impact sur les finances départementales (en fonction des concours apportés par ailleurs, désormais par la CNSA). La question de l'évolution de l'aide sociale à l'hébergement est *a priori* plus complexe. Quant aux concours apportés en termes d'équipements par les départements et les autres collectivités, l'évaluation paraît difficile faute de règles.

Hors mesures nouvelles (décidant de l'augmentation des capacités autorisées ou du taux d'encadrement), la croissance des effectifs de populations âgées dépendantes pèsera inmanquablement sur un certain nombre de postes liés à la prise en charge à domicile : APA à domicile, dépenses fiscales et exonérations de cotisations liées aux emplois à domicile, dépenses de soins de ville et d'hospitalisation, sans parler de l'ensemble des dépenses fiscales bénéficiant aux personnes âgées mais non ciblées sur la dépendance. Autant de dépenses "automatiques" à législation constante, fonction des effectifs et des droits de tirage détenus sur les ressources collectives.

¹¹⁴ Voir en annexe 20 l'analyse de la consommation de soins des personnes âgées.

En dehors du périmètre de l'ONDAM médico-social, la Cour des comptes évalue l'évolution des dépenses d'APA et celle des dépenses de soins de ville et d'hospitalisation.

La clef de répartition entre le domicile et l'établissement influence bien entendu ces chiffres, de même que l'affectation au sein des différents niveaux de dépendance. Il faut donc considérer à ce titre les mesures nouvelles relatives aux créations en établissement.

Mais celles-ci, au même titre que les créations de places de SSIAD et de places d'hébergement intermédiaire nous intéressent aussi pour elles-mêmes.

Créer des places en établissement retentit sur toute une série de postes de dépenses : APA en établissement (*versus* à domicile) et autres prestations dédiées ; ASH ; coût d'investissement (en distinguant ce qui relève des subventions et ce qui *in fine* sera payé par l'utilisateur sur le coût d'hébergement) ; coût de fonctionnement dans les différentes sections tarifaires.

Il faut aussi considérer le coût de la restructuration du parc et la montée en gamme d'ensemble à laquelle cette restructuration est liée. Les créations de places d'hébergement intermédiaire sont enfin à évaluer.

Les dépenses doivent non seulement être évaluées *ex ante* mais faire l'objet d'un pilotage fin. Or le suivi de la dépense en faveur de l'autonomie est actuellement éclaté entre plusieurs directions d'administration centrale (DGAS, DSS, DREES, DGCL, DGCP) et établissements publics (INSEE, CNSA, caisses de sécurité sociale) et un émiettement similaire se retrouve au niveau local. La CNSA, acteur-pivot du secteur, a vocation à constituer la tête d'un réseau d'information dans le cadre de sa Convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat. Au niveau territorial, des tableaux de bords devront être mis en place pour permettre un suivi et un pilotage plus fin de la dépense dans ce secteur.

Sur chacun des éléments ci-dessus, nous avons affiché une cible au chapitre 2. Il convient désormais d'affecter des coûts unitaires 2005 et considérer, raffinement utile, l'évolution du coût de ces services : il y a, on l'a dit, un certain nombre de dérives (sans que cela soit péjoratif) liées à la montée en gamme, à la croissance des exigences, à la progression des normes ; il y a aussi les effets de l'évolution attendue du coût du travail.

4.1.2 Etat du compte de la dépendance selon le rapport de la Cour et éléments d'actualisation

Dans son rapport, la Cour des comptes a rassemblé dans trois tableaux distincts :

- les dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées,
- les dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution,
- les autres dépenses consacrées aux personnes âgées.

Nous reprenons cet ensemble de données dans le tableau n°51 en trois compartiments superposés¹¹⁵.

Les derniers chiffres publiés par la DREES¹¹⁶ sur les dépenses d'aide sociale des départements permettent de compléter l'analyse à partir des chiffres provisoires de 2004. (Tableaux n°52 et 53). Les départements assurent les dépenses liées à l'APA, les dépenses d'aide sociale à l'hébergement et plus marginalement les dépenses d'aide ménagère. Les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées ont augmenté moins fortement en 2004 qu'au cours des deux années précédentes, qui avaient dû faire face à la montée en charge de l'APA. En termes nets, elles s'élèvent à 4,638 milliards d'euros et sont en augmentation de 6 %

¹¹⁵ Nous renvoyons le lecteur au rapport de la Cour pour l'analyse des sources et l'explicitation des limites d'évaluation de chaque rubrique.

¹¹⁶ Drees, Etudes et Résultats, n°453, décembre 2005

en euros constants par rapport à 2003. En termes bruts, elles s'élèvent à 5,746 milliards d'euros (augmentation de 6 % par rapport à 2003). 53 % des dépenses sont consacrées aux personnes âgées vivant en établissement ou en famille d'accueil, au titre de la dépendance ou de l'hébergement. En constante diminution les années précédentes au profit des prises en charge à domicile, cette part reste stable en 2004 par rapport à 2003.

Tableau n°51 : Dépenses en faveur des personnes âgées, consacrées spécifiquement ou non à la prise en charge de la dépendance (en millions d'euros)

Dépenses spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées				
	Domicile	Institution	Domicile ou institution	Total
Aide sociale départementale				
APA (DREES et DGCP)	2 119	1 091		3 210
PSD (DREES)	97	22		119
ACTP (ODAS)	100	10		110
Majoration pour tierce personne	212			212
Dépenses fiscales ciblées sur les personnes de plus de 60 ans dépendantes	86	94	93	273
Exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA (ACOSS-assurance maladie)	241			241
Total 1	2 855	1 217	93	4 165
Dépenses non spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance mais bénéficiant quasi exclusivement à des personnes âgées dépendantes et à celles en institution				
Aide sociale départementale				
Aide ménagère légale (DREES)	126			126
Aide sociale à l'hébergement (ODAS)		900		900
FMAD	16			16
Dépense de l'État- CLIC, CODERPA, ass°			19	19
Prestations d'assurance maladie				
SSIAD (DHOS)	763			763
EHPAD y compris USLD (DHOS)		4 729		4 729
Soins de ville (CNAMTS)			2 330	2 330
Hospitalisation (CNAMTS)			1 612	1 612
Sous total prestations d'assurance maladie	763	4 729	3 942	9 434
Action sociale des caisses de retraite				
Aide ménagère	374			374
Aides au maintien à domicile (caisses de retraite)	22			22
Aménagement du logement (caisses de retraite)	45			45
Aides non ventilées			67	67
Sous total action sociale des caisses de retraite	441		67	508
Prestations des caisses d'allocations familiales :				
APL ALS personnes à domicile dépendantes	41			41
APL ALS personnes hébergées (CNAF)		306		306
Aides à l'amélioration de l'habitat de l'ANAH	29			29
Total 2	1 416	5 935	4 028	11 379
Autres dépenses consacrées aux personnes âgées				
Dépenses nettes de fonctionnement pour les personnes âgées				
Communes et CCAS (DGCP)			219	219
Département			Nd	
Prestations des caisses d'allocations familiales ALF, APL, ALS aux personnes de 75 ans et plus non hébergées en foyer	512			512
Dépenses fiscales bénéficiant aux personnes de 60 ans ou plus dépendantes ou non			> 6 485	> 6 485
Exonérations de charges sociales				
- pour les personnes de plus de 70 ans et les bénéficiaires de l'avantage vieillesse	321			321
- pour les associations agréées, les CCAS et les services habilités à l'aide sociale	317			317
Dépenses d'assurance maladie consacrées aux personnes de plus de 75 ans a priori non dépendantes				
Soins de ville			7 800	7 800
Hospitalisation			9 400	9 400
Action sociale des caisses de retraite aides diverses			177	177

Source : Cour des comptes

Les dépenses brutes d'APA en établissement s'élèvent à 1,2 milliards d'euros, représentant 40 % des dépenses destinées aux personnes âgées en établissement (augmentation de 8 %). Les dépenses d'aide sociale à l'hébergement, essentiellement l'ASH, croissent de 4 %, alors même que le nombre de bénéficiaires diminue (112.500 personnes).

Les dépenses relatives aux mesures d'accueil des personnes âgées chez des particuliers restent marginales (5,7 millions pour 1.100 bénéficiaires), bien qu'elles augmentent de 8 % en 2004.

Les dépenses brutes d'aide à domicile atteignent 2.5 milliards d'euros en 2004 (comme en 2003), contre 1,6 milliards en 2002 et 0,7 milliards en 2000. 2,3 milliards de ces dépenses sont consacrées à l'APA à domicile. Les dépenses d'APA à domicile représentent 64 % des dépenses totales d'APA. Les autres dépenses relatives à l'aide à domicile (PSD, aide ménagère, portage de repas, etc.) continuent à décroître (diminution de 6 %) et s'élèvent à 119 millions d'euros pour 34.800 bénéficiaires en 2004, contre 41.300 en 2003.

Tableau n°52 : Evolution des bénéficiaires de l'aide sociale par champ

	Bénéficiaires (moyenne annuelle) *		
	en 2003	en 2004	évolution 2004/2003
aide sociale aux personnes âgées	885 875	982 553	11%
aide sociale aux personnes handicapées	212 796	223 117	5%
aide sociale à l'enfance	262 289	265 755	1%

* Le nombre de bénéficiaires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n (encadré 2).

Champ : France métropolitaine

Source : Drees - enquête Aide sociale

Tableau n°53 : Evolution des dépenses et des bénéficiaires d'APA, de PSD et d'ACTP des 60 ans et plus

	2000	2001	2002	2003	2004 (p)	Évolution 2004/2003 en euros constants
Dépenses brutes en millions d'euros courants						
APA			1 834	3 208	3 603	10%
PSD	552	655	413	119		
ACTP des 60 ans ou plus	227	146	118	109	99	-11%
Ensemble	778	802	2 365	3 435	3 702	5%
Nombre de bénéficiaires (moyenne annuelle) *						
APA			325 000	682 506	809 677	19%
PSD	116 981	136 517	91 892	23 342	4 882	-79%
ACTP des 60 ans ou plus	52 945	35 258	24 367	21 025	19 691	-6%
Ensemble	169 926	171 775	441 259	726 873	834 250	15%

* Le nombre de bénéficiaires suivis au cours de l'année n est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1 et celui de l'année n (encadré 2).

(p) provisoire

Champ : France métropolitaine

Source : Drees - enquête Aide sociale

4.2 L'analyse globale des besoins de financement en perspective

4.2.1 Les hypothèses retenues par la Cour des comptes

Pour établir les projections des besoins de financement à l'horizon 2020, la Cour des comptes a, dans la ligne de l'ensemble de son rapport, évalué les besoins d'équipements et de services liés à la fois à la mise à niveau des capacités (taux d'encadrement cible à 0,35 ETP soignants, taux d'équipement en SSIAD, création de places nouvelles) et à l'augmentation des effectifs pris en charge, ceci suivant des hypothèses plus ou moins volontaristes d'une part, plus ou moins optimistes d'autre part.

Tableau n°54 : Coûts supplémentaires d'APA à l'horizon 2020 (par rapport à 2003) (M€)

	Hypothèse basse (scénario optimiste DSS)	Hypothèse haute (scénario pessimiste DSS)
Augmentation du coût de l'APA par rapport à 2003 dans la projection de la DSS	5 300 – 3 200 = 2 100 M €	6 200 – 3 200 = 3 000 M €
Renforcement du taux d'encadrement (0,35 ETP soignants) et des capacités des établissements	36 000 lits 700 M €	100 000 lits 847 M €
Total	2 800 M €	3 847 M €

Source : Cour des Comptes

Tableau n°55 : Coûts supplémentaires pour l'assurance maladie à l'horizon 2020 (par rapport à 2003) (M €)

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Coût du renforcement des taux d'encadrement en établissement (0,35 ETP soignant par lit)	2 200 M €	2 200 M €
Coût de l'augmentation de capacité des établissements (coût de fonctionnement annuel supplémentaire)	36 000 lits 180 M €	100 000 lits 500 M €
Coût des SSIAD (coût de fonctionnement annuel supplémentaire)	Maintien du taux d'équipement 300 M €	Doublement du taux d'équipement 1 400 M €
Augmentation des soins de ville et des dépenses d'hospitalisation (estimation de 1 970 M €)	Taux d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 13,75 % 270 M € (=1 970 x 13,75 %)	Taux d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 31 % 610 M € (=1 970 x 31 %)
Total	2 950 M €	4 710 M €

Source : Cour des Comptes

Tableau n°56 : Coûts supplémentaires pour les résidents à l'horizon 2020 (par rapport à 2003) M€

	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Coût du renforcement des taux d'encadrement (0,35 ETP soignant par lit)	1 179 M €	1 179 M €
Coût de l'augmentation de capacité	(36 000 lits) 125 M €	(100 000 lits) 350 M €
Coût de la mise aux normes (charge annuelle de l'amortissement)	380 M €	1 250 M €
Total	1 684 M €	2 780 M €

Source : Cour des Comptes

La Cour des comptes fournit ces estimations par financeur. L'objectif de ce qui suit n'est pas de refaire l'exercice développé par la Cour des Comptes, mais de tenter une estimation des coûts salariaux à

l'horizon 2025 liés aux besoins en personnel présentés au chapitre 2. Il est aussi de donner une traduction financière à la programmation des investissements (construction neuve et restructuration).

4.2.2 Une approche des coûts du scénario du libre choix par les besoins en personnel

4.2.2.1 Estimation brute globale des coûts salariaux à long terme

Les principes retenus pour l'estimation des coûts est de ramener l'ensemble des heures à un coût unitaire fonction du SMIC horaire, puis d'appliquer un taux global (cotisations + taxes) à ce salaire brut, hors exonérations. Les hypothèses implicites sont ainsi les suivantes :

- les exonérations actuelles de cotisations sont prises en charge par la collectivité ;
- à long terme, les évolutions possibles du financement de la protection sociale ne modifieront pas radicalement le coût global pour l'employeur ;
- à long terme, on fait l'hypothèse (purement calculatoire) que l'ensemble des personnels relèveront d'un régime de protection sociale équivalent à celui du privé, soit par un processus de convergence des régimes, soit encore parce que les prestations offertes actuellement par le secteur public relèveront de mécanismes de délégation de service public et que les prestations libérales tendront à s'intégrer dans des systèmes plus coordonnés avec des paiements au forfait plutôt qu'à l'acte.

Pour 2005, on retient une valeur unitaire de 8,03 €/h pour le SMIC horaire brut. Par la suite, on choisit d'indexer le SMIC sur le salaire moyen de l'économie (ce qui revient à prolonger l'indexation de fait existant aujourd'hui) en retenant une progression réelle de 41 % d'ici à 2025, soit une hausse de 1,7 %¹¹⁷ par an.

On retient par ailleurs un taux uniforme de 46,35 % de charges sociales (cotisations et taxes), taux de 2005, valable pour les entreprises de 10 salariés et plus, pour des salaires ne dépassant pas le plafond de la Sécurité sociale.

Tableau n°57 (a) : Evaluation des coûts salariaux bruts - Hypothèse basse en établissement

	Coûts en millions d'euros (hors inflation)			
	2005	2010	2015	2025
Domicile				
Aide à domicile	2 646	3 194	4 613	8 518
Aides-soignantes SSIAD	547	822	1 181	2 157
Infirmier(e)s	1 111	1 361	1 725	2 557
Total domicile	4 305	5 378	7 518	13 232
Etablissement				
ASH et agents d'entretien	2 923	3 779	4 136	4 853
Aides-soignantes	2 779	3 935	4 743	6 154
Personnel infirmier	1 104	1 335	1 573	2 163
Personnel d'animation	375	729	831	1 038
Personnel administratif	690	916	1 031	1 240
Personnel médical et paramédical	690	820	868	1 002
Personnel des services généraux (hors ménage)	645	766	810	936
Total établissement	9 206	12 281	13 993	17 386

Calculs : Centre d'analyse stratégique

¹¹⁷ Cette valeur est issue des hypothèses retenues par l'OFCE dans le cadre de l'exercice PMQ, complété entre 2015 et 2025 de la croissance des gains de productivité à long terme (+1,6 % par an).

Dans l'hypothèse de croissance progressive, la période 2005-2010 est marquée par un effort soutenu, le taux de croissance annuelle des coûts de personnel est de 5,9 % pour les établissements et de 4,6 % pour les aides à domicile. Les priorités s'inversent pour la période 2010-2025 (respectivement 2,3 % et 6,2 %).

Tableau n°57 (b) : Evaluation des coûts salariaux bruts - Hypothèse haute en établissement

	Coûts en millions d'euros (hors inflation)			
	2005	2010	2015	2025
Domicile				
Aide à domicile	2 646	3 194	4 613	8 518
Aides-soignant(e)s SSIAD	547	822	1 181	2 157
Infirmier(e)s	1 111	1 361	1 725	2 557
Total domicile	4 305	5 378	7 518	13 232
Etablissement				
ASH et agents d'entretien	2 923	3 563	3 907	4 592
Aides-soignantes	2 779	4 386	5 451	6 990
Infirmières	1 104	1 575	1 885	2 528
Personnel d'animation	375	818	944	1 090
Personnel administratif	690	983	1 130	1 347
Personnel médical et paramédical	690	1 359	1 551	1 791
Personnel des services généraux (hors ménage)	645	766	810	936
Total établissement	9 206	13 449	15 678	19 274

Calculs : Centre d'analyse stratégique

Dans l'hypothèse volontariste, la période 2005-2010 est marquée par un effort particulièrement soutenu pour les établissements : le taux de croissance annuelle des coûts de personnel est de 7,9 % pour les établissements et de 4,6 % pour les aides à domicile. Les priorités s'inversent pour la période 2010-2025 (respectivement 2,4 % et 6,2 %).

A ces dépenses de personnels consacrées à la prise en charge de personnes dépendantes, il faudrait ajouter les coûts liés à l'aide à domicile dispensée aux personnes non dépendantes : selon la même logique d'évaluation, ces dépenses s'élèveraient respectivement à 2.422 M€ en 2005, 2.942 M€ en 2010, 3.381 M€ en 2015 et 5.359 M€ en 2025.

Rapportées à la trajectoire prévue du PIB de la France, cet ensemble de dépenses représente un effort de la nation d'environ 1,1 % du PIB en 2010, 1,2 % en 2015 et 1,5 % en 2020.

Cet effort conséquent n'est pas insurmontable pour autant que soient engrangées par ailleurs des économies (exemple des dépenses de médicament), que les mécanismes de régulation permettent de contenir strictement les dépenses et qu'une partie substantielle des ressources nouvelles consacrées aux dépenses de personnel dans le secteur médico-social soit gagée sur des redéploiements à partir de l'enveloppe hospitalière.

Tableau n°58 : Poids des dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes dans le PIB

	2005	2010	2015	2025
Hypothèse basse	0,94 %	1,11 %	1,20 %	1,47 %
Hypothèse haute	0,94 %	1,17 %	1,29 %	1,55 %

Projections PIB : Commission européenne

4.2.2.2 Les limites de l'exercice

Cet exercice consiste donc essentiellement à déterminer le coût global en matière salariale sans examiner, dans un premier temps¹¹⁸, ni le type de financeur, ni le type de structure prenant en charge les services rendus aux personnes âgées. Or ces éléments déterminent largement le coût salarial.

- **Diversité des statuts juridiques**

Au sein des établissements, on peut considérer que la moitié des ETP des catégories examinées relève de la fonction publique, territoriale ou hospitalière, et près de 4 % sont des contrats aidés. A domicile, le poids du public est plus faible, un peu moins de 20 %, essentiellement dans les CCAS. Par ailleurs, 7 % des heures à domicile relèvent d'un exercice libéral (infirmières).

La part des contrats aidés est susceptible de croître fortement, du fait des dispositions du Plan de cohésion sociale et des différents accords prévus entre les professionnels de l'aide aux personnes âgées et l'Etat en vue d'accueillir un nombre important de contrats d'avenir.

- **Importance des exonérations de cotisations**

Une part importante des coûts de personnel est directement ou indirectement prise en charge par le biais de la politique de l'emploi :

- contrats aidés ;
- à domicile, exonération totale de cotisations patronales pour les employeurs allocataires de l'APA, et exonérations partielles pour les employeurs de plus de 70 ans ;
- exonérations pour les associations, les CCAS et les organismes habilités à l'aide sociale ;
- enfin, pour tous les autres salariés, exonérations générales sur les bas salaires.

- **Cadre juridique des aides à domicile**

Concernant le coût des aides à domicile, il conviendrait aussi de prendre en compte les différences liées au cadre juridique. La Cour des comptes considère que le coût d'une heure en régime prestataire revient à 30 % de plus qu'une heure réalisée dans le cadre d'un gré à gré¹¹⁹.

	Ensemble	dont personnes âgées dépendantes
Prestataire	46 %	61 %
Mandataire	18 %	19 %
Gré à gré	36 %	20 %

- **Les coûts supplémentaires**

Enfin, en termes de prospective, il convient de prendre en compte les coûts supplémentaires induits par l'amélioration nécessaire de la prise en charge. Du côté des établissements, cela passe en particulier par

¹¹⁸ Cf. l'analyse par financeur au point 5.2.

¹¹⁹ La Cour retient un coût de 15,99 €/h pour le cadre prestataire (tarif fixé par la CNAVTS dans le cadre de l'aide ménagère) et un coût de 12,17 €/h pour une heure rémunérée au SMIC dans le cadre du gré à gré, hors allègements de cotisations.

le rattrapage des taux d'encadrement soignant et par une amélioration des prestations facilitant les actes de la vie sociale des personnes résidentes (cf. supra). A domicile, deux catégories de coûts supplémentaires de personnel doivent être considérées :

- d'une part, les aides et les soins permettant un meilleur maintien à domicile des personnes isolées : hausse du nombre d'heures d'aides, hausse du nombre de places en SSIAD ;
- d'autre part, les mesures visant à assurer l'attractivité durable des métiers de la prise en charge des personnes âgées, à savoir l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'encadrement intermédiaire, une meilleure rémunération des temps périphériques à la prestation (temps de transports, temps collectifs, formation continue) et des conditions de rémunération qui rendent le secteur des personnes âgées concurrentiel, sur un marché du travail tendu.

Si les éléments relatifs à l'amélioration de la prise en charge en établissement et à domicile ont été pris en compte dans les estimations ci-dessus, ce n'est pas vraiment le cas des mesures nécessaires pour assurer l'attractivité durable des métiers. On peut toutefois noter que le choix d'une indexation sur les salaires participe en partie de cet objectif.

Enfin, par construction, cette évaluation se borne à mesurer les dépenses de personnel, dépenses certes prépondérantes mais qui ne constituent pas la totalité des coûts de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Pris dans leur ensemble, ces facteurs pourraient aller, selon la Cour des comptes, jusqu'à doubler le rythme de progression des dépenses.

4.2.3 Une approche des coûts d'investissement

Nous avons décrit au chapitre 2 les besoins de places nouvelles en EHPAD et en hébergement temporaire et accueil de jour.

Au-delà des engagements déjà pris par le gouvernement (sur 2004-2007), sur la période 2008-2010, ce sont 15.000 places nouvelles d'EHPAD qui sont envisagées et 19.000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Sur la période 2011-2025, 28.000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sont envisagées.

Si on évalue au même coût d'investissement les places d'accueil intermédiaire et les places d'hébergement durable, ce sont 34.000 places qu'il s'agit de financer sur 2008-2010, soit 11.330 places par an. Compte tenu de l'estimation (2005) du coût à la place (70-80.000 € HT), le coût estimé de la construction aux prix 2005 serait compris dans une fourchette de 793 M€ à 906 M€ HT, soit des tranches annuelles de 264 à 302 M€ HT. Compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, on peut retenir une hypothèse d'indexation de 3 % (hors inflation), soit une dépense globale sur la période 2008-2010 comprise entre 891 M€ HT et 1.002 M€ HT.

Sur la période 2011-2025, suivant les mêmes hypothèses, le coût des places supplémentaires d'accueil temporaire peut être estimé aux prix 2005 entre 1.960 M€ et 2.240 M€ HT par tranches annuelles de 130 à 149 M€ HT, soit avec l'hypothèse d'indexation à 3 %, une dépense globale comprise entre 2.887 M€ et 3.309 M€ HT.

Pour ce qui est de la restructuration du parc, il n'existe pas, on l'a dit, de consensus sur les besoins en la matière. On évaluera donc deux hypothèses à 150.000 et 300.000 places¹²⁰. Compte tenu de l'estimation des prix HT 2005 de la restructuration (50-60.000 €), la charge globale sur la période 2006-2025 peut

¹²⁰ Selon l'hypothèse retenue, les possibilités de restructuration d'une partie des logements-foyers sont plus ou moins importantes. On ne considère pas globalement ici par ailleurs, les besoins de construction hors EHPAD qui permettrait de maintenir un stock de 90.000 places en établissement peu médicalisé sur la période : pour ce faire, il est évident qu'il conviendrait soit de restructurer massivement les logements-foyers soit de prévoir des constructions de substitution en raison de l'attrition du parc actuel.

- Chapitre 3 -

être estimée, dans l'hypothèse basse, entre 10.378 M€ HT et 12.454 M€ HT et, dans l'hypothèse haute, entre 20.757 M€ HT et 24.908 M€ HT.

Au total, les besoins globaux de financement liés à l'investissement peuvent être estimés sur la période 2006-2025, dans une fourchette entre 14.156 M€ HT et 29.219 M€ HT.

Si l'on s'attache plus spécifiquement à la période 2006-2010, ces besoins (création de places nouvelles EHPAD + création de places d'accueil temporaire + restructurations) se situent dans une fourchette entre 2.941 M€ HT et 5.923 M€ HT.

5 Le financement de la dépendance

Un certain nombre de mesures concrètes ou d'orientations mentionnées dans ce rapport ont un coût, que l'on s'est efforcé de mesurer à travers les principaux agrégats de dépenses, de fonctionnement et d'investissement ; d'autres permettent d'envisager des économies ou, à tout le moins, d'endiguer la dérive des coûts. Le bilan est difficile à établir. L'orientation, quant à elle, se veut claire : donner sa chance au développement d'une offre diversifiée, équilibrée, hiérarchisée, accessible, prenant en compte les tendances sociales lourdes.

La répartition entre les financeurs dépend d'un ensemble de facteurs :

- les clefs de répartition entre les différentes sections tarifaires en institution ;
- l'éventuel rapprochement de l'APA à domicile et en établissement, voire la remise à plat de l'aide sociale en établissement et la convergence avec la PCH ;
- la plus ou moins grande sélectivité des prestations, des dépenses fiscales et des avantages liés à l'âge répertoriés par la Cour des Comptes ;
- l'utilisation des possibilités de redéploiement entre les enveloppes hospitalière, ambulatoire et médico-sociale ;
- la politique de compensation des charges liées à l'APA supportées par les départements ;
- le développement respectif de formes de prise en charge, compte tenu de l'absence de neutralité pour les financeurs ;
- le choix des opérateurs d'investissement et partant les incidences en termes de subvention, de coûts pour les personnes hébergées, de retentissement sur l'ASH (elle-même liée aux capacités contributives et aux pratiques des obligés alimentaires) ;
- s'agissant des dépenses nouvelles "automatiques" et des dépenses nouvelles "autorisées", la répartition entre les différents financeurs n'est pas du tout la même. Elle ne l'est pas non plus à l'intérieur d'un même segment. Le taux de prise en charge en établissement n'est pas la seule clef en la matière ; le portage des projets d'investissements est un critère important. Les effets d'aubaine potentiels sont massifs.

Le fait d'insister sur les facteurs susceptibles de contenir les coûts pour l'utilisateur ou de mieux articuler prestations et besoins n'enlève rien à la nécessité d'explorer parallèlement les contributions qui pourraient lui être demandées. Sauf à considérer un financement intégral par l'impôt (de tous les contribuables), la participation des bénéficiaires des prestations n'est pas illégitime.

Par le choix qu'elle a fait d'esquisser une évaluation des principaux agrégats de dépenses en valorisant les données physiques présentées au fil de ce rapport (notamment au chapitre 2), la mission a souhaité apporter sa pierre à la construction du compte de la dépendance qu'elle appelle de ses vœux, pour poursuivre la démarche engagée par la Cour des Comptes.

Elle propose un certain nombre d'inflexions quant au financement des services aux personnes âgées dépendantes. La concertation entre principaux acteurs publics concernés et la prise en compte raisonnée à la fois des charges et des capacités contributives des usagers et de la situation des finances publiques permettront de prolonger cette démarche.

5.1 Référents étrangers

Dans bon nombre de pays européens, le financement des dépenses publiques engendrées par la perte d'autonomie est assuré par l'impôt. Deux raisons expliquent ce choix :

- Chapitre 3 -

- le financement fiscal s'inscrit dans la tradition du système de protection sociale (notamment la Suède, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Australie¹²¹) ;
- le critère de ressources (les plus démunis ayant seuls droit à des services subventionnés) est au fondement du principe de l'assistance sociale.

En Espagne, les débats autour de la nécessité d'une « aide à long terme » ont longtemps été beaucoup moins nourris qu'ailleurs, notamment en raison d'un attachement aux modèles familiaux d'aide informelle et du fait des contraintes budgétaires. L'Espagne est passée depuis 1978 d'un système d'assurances sociales - à gestion centralisée - à un système national de santé géré par des Communautés Autonomes. La décentralisation de la gestion et de la responsabilité aux dix-sept Communautés Autonomes ne s'est pas accompagnée d'une décentralisation du financement.

En Italie, le gouvernement définit les objectifs globaux et les conditions générales. En dehors de l'indemnité d'accompagnement évoquée plus haut, non spécifique aux personnes âgées, il laisse aux vingt Régions le pouvoir de déterminer l'offre et les modalités d'accès aux soins, assurées par les Autorités Locales de Santé et les Municipalités, ainsi que la responsabilité de leur financement (impôts nationaux et locaux, la part de ces derniers ayant considérablement augmenté depuis les années quatre-vingt-dix).

L'Allemagne et l'Autriche ont choisi, quant à elles, dès le début des années quatre-vingt-dix de considérer la perte d'autonomie comme un risque à assurer¹²². Chaque individu doit s'assurer et cotiser, 90 % de la population le faisant auprès de Caisses d'assurance dépendance publiques. Ce choix a fait des émules : le Luxembourg, le Japon et les Pays-Bas notamment. Le gouvernement espagnol en examine actuellement la possibilité.

La reconnaissance de la dépendance comme un risque en soi devant être pris en charge par la collectivité est un élément relativement nouveau du paysage de la Sécurité sociale. Cette assurance dépendance a pour objet de compenser en partie les frais entraînés par les soins et les besoins d'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie, à domicile ou dans un établissement¹²³. Après vingt années de débat marquées par une prise de conscience progressive des carences du système d'aide aux personnes âgées dépendantes et l'émergence des catégories formelles et informelles d'aide et d'aidants, l'Allemagne a donné l'exemple de la reconnaissance du risque dépendance en 1993-1994, créant une assurance sous la forme d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale : la *Pflegeversicherung*, dont nous avons présenté les contours et la montée en charge plus haut dans le rapport et en annexe.

Ce pays a opté pour le financement par une assurance dépendance publique obligatoire (et, pour les catégories les plus aisées et les fonctionnaires, soit 10 % environ de la population, par une assurance privée). La ressource est ainsi principalement assurée par une cotisation assise sur les salaires (1 % du salaire brut mensuel sous le plafond de l'assurance maladie obligatoire du 1er janvier 1995 au 30 juin 1996, 1,7 % ensuite), supportée conjointement par les employeurs et les salariés¹²⁴. Les enfants à charge et les conjoints dont le revenu ne dépasse pas un certain plafond sont protégés par cette assurance sans avoir à verser de cotisations supplémentaires. Les retraités paient eux-mêmes la moitié de la cotisation, la seconde partie étant acquittée par l'Assurance vieillesse. La gestion de l'assurance dépendance a été confiée, dans un souci de rationalité économique et administrative, aux Caisses d'assurance maladie des *Länder*, au sein desquelles cette gestion est distincte bien qu'assurée par les mêmes personnes. Ce sont les caisses qui prennent les décisions individuelles d'octroi des aides. La question de la pérennité du système est aujourd'hui posée. L'équilibre financier est tenu mais les perspectives démographiques font déjà craindre une croissance substantielle du nombre de personnes dépendantes âgées que le système,

¹²¹ de tradition beveridgienne

¹²² sur le mode bismarckien

¹²³ Reconnaissance du risque, couverture indépendante de l'âge et des ressources, financement par une nouvelle cotisation sociale, gestion assurée par les caisses d'assurance maladie : la création des « assurances dépendance » en Allemagne puis au Luxembourg conforte le modèle bismarckien.

¹²⁴ Pour compenser l'augmentation des charges, les employeurs ont récupéré un jour férié.

dans sa configuration actuelle, ne pourra absorber que moyennant une augmentation substantielle du taux de cotisation.

Le fait que la prise en charge des personnes les moins dépendantes (moins de quatre-vingt-dix minutes d'aide quotidienne) continue de reposer sur l'aide informelle¹²⁵, a déclenché des critiques. Cette non couverture ne serait pas conforme à l'esprit de l'assurance sociale universelle et laisserait se développer un secteur privé lucratif en matière d'activité de soins.

Le Luxembourg a suivi l'initiative allemande en 1999, considérant la création de l'Assurance Dépendance comme un instrument de politique publique pour restructurer le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes, suite à l'émergence de dysfonctionnements majeurs. L'Assurance Dépendance a dû faire face à un afflux de demandes inattendu. Le gouvernement s'est engagé à financer les éventuels déficits liés notamment à la prise en charge de services pour personnes âgées, ainsi que les investissements immobiliers éventuels.

5.2 Les coûts du scénario du libre choix par financeur

Les orientations développées dans ce rapport ont un coût pour les financeurs. Nous avons concentré l'évaluation qui suit sur deux pans importants de l'action impulsée par les pouvoirs publics : la progression de l'encadrement professionnel à domicile et en établissement et les restructurations. Ces deux programmes ne sont pas de même ampleur en termes de coûts, une année de dépenses de personnels consommant l'ensemble des ressources consacrées aux restructurations sur 20 ans. Sur ces deux programmes essentiels en termes de qualité de la prise en charge, le rapport propose de faire évoluer les clés de financement : cela concerne les coûts de l'animation en établissement d'une part, la participation aux coûts des restructurations d'autre part.

5.2.1 Approche des coûts de personnels par financeur

Sous les réserves indiquées ci-dessus, nous avons évalué l'évolution par financeur des dépenses de personnel aux différentes échéances. Ces dépenses ne recouvrent pas l'intégralité des charges afférentes à l'accueil des personnes âgées. L'évaluation est par ailleurs donnée en fonction de clefs de répartition précises :

- à domicile, les dépenses d'aide sont réparties à 85 % sur l'APA et à 15 % sur les usagers ; les dépenses de soins (SSIAD et IDE) sont prises en charge par l'assurance maladie ; les dépenses consacrées à la prise en charge des personnes supposées non dépendantes ne sont pas considérées ci-dessous ;
- en établissement, les dépenses d'ASH sont réparties entre l'APA (30 %) et les usagers (70 %) ; les dépenses d'aides-soignants sont réparties entre l'assurance maladie (70 %), l'APA (21 %) et les usagers (9 %) ; les dépenses des médecins salariés, des infirmiers et des autres personnels paramédicaux sont prises en charge par l'assurance maladie ; les dépenses des personnels administratifs et des personnels des services généraux sont prises en charge par les usagers ; les dépenses des personnels d'animation sont, en 2005, prises en charge par les usagers ; pour les échéances suivantes, elles le sont selon la même clé de répartition que les aides-soignants (70 % assurance maladie, 21 % APA et 9 % usagers).

S'agissant de l'APA, on distingue enfin, dans les totaux, les dépenses nettes de compensation des départements (64 %) et la compensation par la CNSA (36 %).

¹²⁵ Sur le même principe, le déclenchement de l'assurance dépendance en Autriche depuis 1993 ne s'effectue qu'en faveur de personnes nécessitant plus de 50 heures de soins hebdomadaires et pour une durée supérieure à six mois, laissant un certain nombre de personnes dépendantes hors du système.

**Tableau n°60 (a) : Evaluation brute des coûts de personnel par financeur¹²⁶
Hypothèse basse en établissement**

	Coûts en millions d'euros (hors inflation)			
	2005	2010	2015	2025
<i>Domicile - coût par financeur</i>				
Assurance maladie*	1659	2183	2906	4714
APA	2249	2715	3921	7240
Usagers	397	479	692	1278
<i>Etablissement - coût par financeur</i>				
Assurance maladie	3740	5420	6343	8199
APA	1452	2099	2395	2945
Résidents	4014	4761	5255	6242
<i>Total par financeur</i>				
Assurance maladie*	5398	7603	9249	12913
Départements : dépenses d'APA nettes de compensation	2369	3081	4042	6518
Compensation CNSA	1332	1733	2274	3667
Usagers	4411	5240	5947	7519
Total	13.511	17.658	21.511	30.618

Calculs : Centre d'analyse stratégique

**Tableau n°60 (b) : Evaluation brute des coûts de personnel par financeur
Hypothèse haute en établissement**

	Coûts en millions d'euros (hors inflation)			
	2005	2010	2015	2025
<i>Domicile - coût par financeur</i>				
Assurance maladie*	1659	2183	2906	4714
APA	2249	2715	3921	7240
Usagers dépendants	397	479	692	1278
<i>Etablissement - coût par financeur</i>				
Assurance maladie	3740	6576	7912	9975
APA	1452	2146	2496	3050
Résidents	4014	4727	5270	6249
<i>Total par financeur</i>				
Assurance maladie*	5398	8759	10818	14689
Départements : dépenses d'APA nettes de compensation	2369	3111	4107	6586
Compensation CNSA	1332	1750	2310	3705
Usagers	4411	5206	5962	7527
Total	13.511	18.827	23.197	32.506

* : la contribution de l'assurance maladie ne concerne ici, par construction, que les dépenses liées aux personnels salariés des SSIAD ou des établissements, à l'exception des infirmières libérales intervenant à domicile (seule dépense prise en compte sur les soins de ville). Les autres honoraires pris en charge sur les soins de ville ne sont pas considérés ici, de même que d'autres dépenses, tels que les médicaments qu'ils soient pris en charge au titre du tarif global en établissement ou remboursés par l'assurance maladie.

Calculs : Centre d'analyse stratégique

¹²⁶ Hors aide à domicile pour les usagers non dépendants.

5.2.2 Evaluation de la prise en charge partielle des coûts des restructurations sur l'ONDAM

Le programme de soutien à l'investissement (en faveur des restructurations) décidé à l'automne 2005 mobilise des ressources non pérennes de la CNSA. Il n'est donc pas reproductible en l'état. En revanche, on a signalé à plusieurs reprises l'intérêt de maintenir sur la durée un tel concours : pour limiter la progression du reste à charge du résident et pour disposer d'un moyen d'orienter les restructurations. Dans le cadre d'une évolution de la clef de répartition des charges, pourrait ainsi être envisagée (en plus d'une nouvelle répartition des coûts du personnel d'animation évoquée ci-dessus) la prise en charge sur l'ONDAM d'une part de l'annuité des restructurations. Pour limiter les effets d'aubaine, permettre la mobilisation de l'autofinancement des établissements et inciter à l'abondement par les collectivités locales, cette part pourrait être fixée à 25 % en moyenne (de 20 à 30 % selon les projets).

Les coûts estimatifs compte tenu des chiffres évoqués plus haut sont donnés dans le tableau n°62.

Tableau n°61 : Coût pour l'ONDAM d'un concours à hauteur de 25 % des charges liées aux restructurations (en millions d'euros)

Années	Montant de l'annuité hypothèse basse (150.000 restructurations à 50.000 € HT l'unité)	Prise en charge de 25 %	Montant de l'annuité hypothèse haute (300.000 restructurations à 60.000 € HT l'unité)	Prise en charge de 25 %
2006	386	97	927	232
2010	435	109	1.043	261
2015	504	126	1.210	302
2020	584	146	1.402	351
2025	677	169	1.626	406
Total 2006-2025	10.378	2.595	24.909	6.227

Calculs : Centre d'analyse stratégique

S'agissant des dépenses de l'assurance maladie, de la compensation de l'APA et de la prise en charge sur l'ONDAM du coût des restructurations, le bilan est le suivant : tableau n°63

Tableau n°62 : Evolution globale brute des coûts assurance maladie - CNSA¹²⁷ (en millions d'euros constants)

	Dépenses d'assurance maladie (personnels) + compensation CNSA (hypothèse basse de taux d'encadrement)	Dépenses d'assurance maladie (personnels) + compensation CNSA (hypothèse haute de taux d'encadrement)	Dépenses de restructurations prises en charge à 25 % (hypothèse basse de restructurations)	Dépenses de restructurations prises en charge à 25 % (hypothèse haute de restructurations)	Total
2005	6.730	6.730	350	350	7.080
2010	9.336	10.509	109	261	9.445 / 10.530
2015	11.523	13.128	126	302	11.649 / 13.430
2025	16.580	18.394	169	406	16.749 / 18.800

Calculs : Centre d'analyse stratégique

¹²⁷ Comme indiqué précédemment, le périmètre est restreint : il ne recouvre pas l'intégralité de l'ONDAM médico-social personnes âgées. En dehors de cette enveloppe, ne sont pris en compte que les dépenses de personnels en USLD et les seules dépenses de soins de ville des infirmières libérales.

5.3 Les possibilités de financement en perspective : innover pour faire face

5.3.1 Le contexte français : principes

Dans le contexte tendu qui prévaut actuellement en matière de finances publiques dans notre pays, contexte qu'a rappelé le récent rapport Pébereau et qui a motivé la tenue le 11 janvier 2006, pour la première fois, d'une « Conférence des finances publiques » présidée par le Premier ministre, la question de la répartition de la charge financière liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes mérite la plus grande attention. Il s'agit d'une question complexe qui ne saurait faire l'objet d'une réponse univoque ou dogmatique mais que la mission s'est attachée à traiter, comme les autres sujets, dans un esprit d'ouverture et de pragmatisme.

Les éléments qui nous paraissent devoir être pris en compte sont, d'une part, un certain nombre de principes structurants de nature à garantir la conformité des dispositifs de financement aux objectifs poursuivis, d'autre part, les contraintes qui pèsent sur les différents financeurs (Etat, départements, CNSA, assurance maladie, usagers, opérateurs privés), contraintes qui déterminent leurs capacités contributives et hors desquelles aucun schéma de financement ne saurait être soutenable.

S'agissant des principes et des objectifs, le premier à garder à l'esprit est celui de l'adaptation aux situations individuelles et du libre choix, fil conducteur du scénario développé dans ce rapport. Ce principe fondamental, qui sous-tend une démarche tout entière fondée sur les besoins de la personne, implique la fixation d'objectifs concrets relatifs non seulement à la limitation des coûts supportés directement par les usagers, comme cela a été souligné, mais plus largement à l'amélioration de la justice sociale et de l'équité territoriale, à la clarification du jeu de la concurrence dans le secteur, et à la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, qu'ils soient publics et privés. La conciliation de ces divers objectifs est indispensable pour assurer un financement qui soit à la fois suffisant pour répondre à l'ampleur des besoins, efficace économiquement, socialement équitable et, enfin, soutenable dans le temps.

La progression des ressources socio-fiscales en ligne avec la croissance de l'activité économique permettra de réaliser une partie de l'effort mentionné ci-dessus à taux de prélèvement constant.

Au-delà, soit des solutions innovantes seront mises en œuvre, soit un effort contributif complémentaire sera nécessaire en termes de prélèvements obligatoires

La dynamique des ressources de la CNSA ne garantit pas aujourd'hui que celle-ci puisse continuer d'assumer une part constante des dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées. En effet, les recettes de la CNSA (produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie et d'une fraction de la CSG) progressent au rythme du PIB, ce qui n'est pas le cas des projections de dépenses liées à l'APA et aux soins à domicile et en établissement. Selon les chiffres de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, repris par la Cour des Comptes, 1 point de CSG représente 8,93 Md€. Avec une hypothèse de progression de l'assiette de 2 % en termes réels sur 20 ans, les coûts assurance-maladie / CNSA répertoriés par le tableau 62 pourraient être assumés par un prélèvement additionnel de l'ordre de 0,5-0,6 point. D'ici 2010, l'effort peut être évalué à 0,3 point de CSG.

Un tel effort peut paraître soutenable. Il doit cependant être considéré eu égard à la situation d'ensemble des finances publiques.

Concernant la capacité contributive des financeurs, il convient en effet d'avoir à l'esprit, outre les éléments rappelés par ailleurs sur la situation des personnes âgées, les contraintes propres aux financeurs publics. Les objectifs d'encadrement des dépenses de l'Etat (par exemple, -1 % en volume de ses dépenses en 2007) et de l'assurance maladie (1 % par an en volume sur la période 2007-2009) fixés par la Conférence des finances publiques impliquent que toute dépense supplémentaire dans le secteur médico-social ne pourra être financée que par redéploiement.

5.3.2 Régulation des dépenses et financements innovants

5.3.2.1 *Un meilleur ciblage des dépenses fiscales*

Concernant le budget de l'Etat, les marges de manœuvre qui pourraient résulter d'un meilleur ciblage des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées dépendantes devront être chiffrées avec précision. Les phénomènes de cumul entre aides fiscales et aides budgétaires (prestations telles que l'APA, aides au logement) sont nombreux et devront être traités en priorité. Les règles d'attribution des prestations elles-mêmes pourraient par ailleurs évoluer, dans le sens d'un meilleur ciblage sur les personnes les plus dépendantes.

5.3.2.2 *Redéployer les dépenses d'assurance maladie en faveur du secteur médico-social*

S'agissant des dépenses de sécurité sociale, des redéploiements importants sont possibles entre l'enveloppe hospitalière et l'enveloppe médico-sociale, via la reconversion de lits hospitaliers occupés par des personnes âgées dépendantes qui seraient alors prises en charge dans un milieu mieux adapté à leurs besoins spécifiques et moins coûteux unitairement pour la collectivité. Cet objectif de transfert de lits vers les structures appropriées (rendu possible par l'effort décrit dans ce rapport en faveur du secteur médico-social) est crucial : le maintien des personnes âgées en lits de court et moyen séjour à l'hôpital n'est souhaitable ni pour l'usager, ni pour la collectivité. Des redéploiements depuis l'enveloppe « soins de ville » sont également possibles, on l'a dit, notamment par une plus forte intégration des coûts au sein des dotations des EHPAD et sur le poste "médicaments".

Des études ont pu estimer à environ 30 %¹²⁸ les journées d'hospitalisation non pertinentes à l'hôpital en court séjour ; cette proportion peut varier de 17 % à 60 % selon les centres hospitaliers. Ce taux recouvre :

- les journées non pertinentes et non justifiées (15 %) dans la mesure où le patient reçoit des soins et services qui pourraient être rendus dans des structures disponibles plus efficaces et mieux adaptées à ses besoins : elles résultent d'un problème d'organisation, du processus décisionnel des professionnels de santé ou de raisons liées aux patients ou à leurs proches. Ce potentiel d'économies est difficilement chiffrable ; sa mobilisation relève de la gestion interne des établissements ;
- les journées non pertinentes mais justifiées dans la mesure où le patient reçoit une prise en charge sociale, psychologique ou un hébergement (15 %) ; elles relèvent de la planification des structures sanitaires et sociales ou d'un défaut d'organisation hospitalière. Ces journées non pertinentes par manque de structures d'accueil sont sources de non qualité pour le patient, la collectivité et l'établissement par le nombre des lits qu'elles impliquent. Elles constituent un potentiel d'économies massives dont la mobilisation relève de la planification et de l'organisation des soins. A titre indicatif, dans les établissements publics et privés à but non lucratif, 15 % des journées de médecine et chirurgie coûtent 3,15 Md€.

Les personnes âgées dépendantes sont les principales personnes pénalisées par ces hospitalisations non pertinentes : entre 18 et 22 % des patients hospitalisés un jour donné dans les services de médecine sont des patients « médicalement sortants » maintenus en hospitalisation de court séjour principalement pour deux raisons : les difficultés à trouver une structure de suite adaptée et les difficultés à organiser le retour à domicile. Cela représente de l'ordre de 5 millions de journées, mobilisant plus de 2,5 Md€. Selon les études, la moitié de ces patients relève de structures sanitaires (soins de suite et de réadaptation - 40 %, hôpital de jour, voire service de psychiatrie) et l'autre moitié de structures médico-sociales ou du domicile avec une prise en charge ambulatoire. Sous réserve de la création des structures alternatives idoines, dont 7.000 lits de soins de suite et de réadaptation (68.000 existants) et de capacités de prise en charge en EHPAD et à domicile (telles que prévues dans ce rapport), le gain net pour l'assurance maladie pourrait être de l'ordre de 1,8 Md€, hors secteur privé lucratif. Ce gain est subordonné à la fermeture

¹²⁸ CCECQA/ANAES les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé - 2004

effective des capacités libérées (15.000 lits), qui impose en conséquence une réorganisation des établissements de santé (hôpitaux locaux et centres hospitaliers notamment).

Tableau 63 : Esquisse de chiffrage des dépenses évitables en matière d'hospitalisation et des coûts supplémentaires liés au développement des alternatives sanitaires

(d'après l'enquête Médecine 2004 réalisée par le service médical de la Région Rhône-Alpes)

Taux d'inadéquation en lits de médecine	18%
Journées d'hospitalisation non pertinentes (nb)	5.292.000
Taux de placement en alternatives	94%
Journées non pertinentes évitables (nb)	4.985.000
Coût moyen d'une journée d'hospitalisation (€)	500
Coût des journées non pertinentes évitables (M€)	2 492
Alternatives à l'hospitalisation : secteur sanitaire	
Taux de placement en SSR	40%
Conversion en nombre de lits	6 823
Coût annuel d'un lit SRR	73 000
Sous total SSR (M€)	498
Taux de placement en psychiatrie et hôpital de jour	7%
Conversion en nombre de lits	1 044
Coût annuel d'un lit en psychiatrie et HJM	146 000
Sous total Psychiatrie et HJM (M€)	152
Total sanitaire (M€)	650

La mise en œuvre d'une restructuration de cette ampleur suppose une démarche volontariste d'amélioration des prises en charge, incluant notamment :

- l'affirmation d'une priorité nationale concrétisée par un plan d'action, relayé en région par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- une réorganisation du pilotage régional de l'offre, consistant à unifier la compétence sous l'égide des ARH (cf. infra) ;
- un calendrier de mise en œuvre prévoyant un transfert par tranches du sanitaire vers le médico-social ;
- un effort conséquent de formation et de valorisation des métiers liés au médico-social.

5.3.2.3 Mobiliser les départements en faveur d'une prise en charge performante

On a évoqué l'importance d'établir de façon plus exhaustive la contribution des différents financeurs dans un compte de la dépendance consolidé. Cela vaut naturellement pour la contribution des départements : nous avons esquissé plus haut l'évolution potentielle de cette composante du financement en fonction de clefs de répartition précises ? Au-delà, peut-on envisager un "contrat cadre" entre l'Etat et les départements sur un tel thème, compte tenu de la progression attendue des charges ?

Les départements ont aujourd'hui la responsabilité d'articuler les différents éléments de la gamme de prise en charge de la dépendance. Ils n'ont pas cependant la maîtrise des enveloppes soins (SSIAD et section soin en établissement). La question de la gestion par les départements d'une enveloppe globale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie se reposera à terme. Pour autant que cela ne soit pas perçu comme les prémices d'un transfert de charges et sans même envisager une responsabilité complète, y compris sur la perception de la ressource, la gestion par les départements d'une enveloppe globale déléguée (par la CNSA) sur la base d'une péréquation nationale mérite à tout le moins d'être expérimentée sur la base du volontariat de collectivités intéressées.

Au-delà des solutions d'atténuations de charges pour les finances publiques considérées globalement, faut-il envisager un effort d'accumulation en vue du choc démographique de la décennie 2030 (arrivée à 85 ans des premières générations du baby boom) ?

5.3.2.4 Les dispositifs de prévoyance

Au-delà de la mobilisation des ressources publiques, sous le faisceau de contraintes indiquées plus haut, de l'auto-assurance, par un effort d'épargne, l'ampleur des besoins de financement pour une prise en charge diversifiée et de qualité plaide pour une exploration large des possibles et donc pour la mobilisation d'une couverture assurantielle du risque dépendance, en particulier dans une perspective de long terme.

• Quelle couverture du risque dépendance par le marché ?

Avec 2 à 2,5 millions de personnes actuellement couvertes par une formule d'assurance dépendance et un chiffre d'affaire de 277 M€¹²⁹, la France se situe à la première place, parmi les pays industrialisés, pour le développement de ce type de produit¹³⁰. Après une phase de croissance très rapide (+20 % en 2000 et 2001), le nombre d'assurés continue de progresser mais à un rythme plus lent (+4 % en 2004).

Plusieurs éléments d'explication de ce développement peuvent être avancés :

- dans un contexte d'augmentation considérable des besoins de prise en charge liés à la dépendance des personnes âgées et de nécessaire réduction des déficits publics, ce développement rend compte de la nécessité d'une complémentarité accrue entre les aides sociales, les contrats d'assurance privée et la contribution des descendants pour une prise en charge optimale de la dépendance. Cette explication fonctionnaliste ne fait que relayer, sur un autre terrain, les arguments avancés plus haut en matière d'épargne individuelle : les personnes, soucieuses de préserver leur autonomie et conscientes des limites de la socialisation de ce risque, développent "spontanément" un effort de prévoyance. Les contributions individuelles ou familiales ne sont cependant pas extensibles à l'infini : les solutions d'auto-assurance, via la constitution d'une épargne sous forme mobilière ou immobilière, risquent d'être d'autant plus insuffisantes que les coûts afférents à la prise en charge de la dépendance sont nettement orientés à la hausse. De ce fait, les personnes dont les revenus sont trop modestes pour financer le coût de la dépendance mais qui n'ont pas pour autant accès à des aides publiques substantielles devraient avoir de plus en plus recours aux garanties privées, d'autant plus adaptées qu'elles auront été souscrites précocement.

La réforme de l'APA de 2003, en accroissant la participation financière des bénéficiaires les plus aisés, est quant à elle de nature à favoriser la complémentarité avec les contrats privés dépendance, en élargissant le champ non couvert par le financement socialisé.

- le marché français bénéficie de l'existence de produits assurantiels simples et adaptés grâce à un engagement précoce des assureurs : à la différence des assureurs américains qui ont opté pour des rentes indemnitaires (remboursement des services utilisés et validés par l'assureur), ce qui les a conduits à complexifier progressivement les contrats proposés, les opérateurs français ont développé des produits forfaitaires centrés sur la définition de l'état de la personne et non sur les services qu'elle requiert. Même s'il tend aujourd'hui à s'enrichir de services d'assistance de plus en plus développés, ce système a permis une simplification des contrats et offre une grande liberté à l'assuré dans la gestion de ses soins. A la fois signe et condition du succès, l'offre s'est ainsi considérablement développée ces dernières années (multiplication des intervenants et innovation dans les formules proposées). Les mutuelles, notamment, sont de plus en plus présentes sur ce

¹²⁹ Enquête "Les contrats dépendance en 2004", Fédération française des sociétés d'assurance, n°100, mai 2005.

¹³⁰ Le marché américain compte 6 à 7 millions d'assurés pour une population cinq fois supérieure à celle de la France, et le marché japonais 2 millions d'assurés pour une population de deux fois celle de la France. Les marchés des autres pays européens sont peu développés : l'Allemagne a ainsi fait le choix, on l'a dit, de financer un "cinquième risque" de sécurité sociale par une assurance obligatoire, le marché privé de l'assurance dépendance se trouvant de facto limité aux populations non prises en charge dans ce cadre, en fonction de considérations de revenus ou de statut.

segment. Le produit forfaitaire, parce qu'il oblige à une forte discipline dans la définition du risque couvert et préserve la liberté de choix des familles, est à même de garantir une croissance soutenue de l'assurance dépendance dans les prochaines années ;

- ajoutons, en pratique, que le coût de revient des primes d'assurance dépendance reste modéré, en particulier lorsque le contrat est souscrit assez tôt. On observe ainsi des contrats demandant des versements de l'ordre de 33 euros par mois pour un contrat souscrit avant 70 ans, et offrant une rente viagère de 300 à 1900 euros par mois. C'est dire qu'une responsabilisation du bénéficiaire par un contrat dépendance individuel ou collectif n'est pas réservée à une population aisée mais peut se démocratiser.

Le développement de ce marché se heurte néanmoins à des limites structurelles :

- le risque dépendance peut être, du point de vue des assureurs, difficile à maîtriser du fait d'une importante asymétrie d'information : mal connu du fait de la brève histoire du marché et d'un horizon intertemporel très éloigné, il peut donner lieu lors de la souscription du contrat à des phénomènes d'anti-sélection (surreprésentation naturelle des profils à risque) et de concentration du risque (insuffisante ventilation par tête des engagements contractés, phénomènes de corrélation entre personnes assurées) contre lesquels les opérateurs tentent de se prémunir par l'insertion de clauses spécifiques (limites d'âge, délais de carence, contrôles médicaux). Les incertitudes qui entourent le déroulement des contrats conduisent de même à introduire diverses clauses destinées à limiter le risque technique (clauses d'exclusion, caractère révisable des cotisations, règles de revalorisation des garanties) et à pratiquer très généralement la réassurance des garanties souscrites. La question des niveaux de provisionnement se pose donc et les pratiques en la matière s'avèrent très hétérogènes d'un assureur à l'autre ;
- du côté de l'assuré, la limite majeure à la souscription d'un contrat dépendance semble résider dans le manque d'informations claires : les référentiels adoptés pour la définition de la dépendance, qui déterminent le risque pris en charge, sont variables et pas toujours précis (AVQ, AGGIR, grilles propres à certains assureurs), ce qui peut être une source de contentieux. En outre, selon certains auteurs¹³¹, une réticence d'ordre psychologique pourrait intervenir dans la mesure où la souscription d'un contrat dépendance renforce la perception par l'assuré de son propre état. Toutefois, les produits proposés en France semblent, par leur simplicité, à même de surmonter cette difficulté liée à la demande ;
- enfin, le marché apparaît encore particulièrement concentré : si une trentaine de sociétés d'assurance sont présentes sur le marché, quatre acteurs (Prima, Groupama, Predica, CNP) représentent près de 90 % du nombre total de personnes assurées et plus de 80 % du chiffre d'affaire du secteur. En outre, la seule société CNP regroupe 90 % des contrats collectifs, concernant pour l'essentiel des personnels du secteur public ou parapublic.

• Quelles pistes explorer pour le développement de l'assurance dépendance ?

Si les imperfections du marché de l'assurance dépendance légitiment, à l'évidence, une intervention de l'autorité réglementaire afin de garantir la protection tant des souscripteurs que des assureurs, la question de l'étendue de cette réglementation et de son degré de précision demeure ouverte :

- compte tenu de la date de lancement des premières formules d'assurance dépendance (milieu des années 1980) et des limites d'âge à la souscription, il est encore trop tôt pour que les assureurs disposent de données fiables pour les grands âges, qu'il s'agisse par exemple de taux d'entrée ou de mortalité en dépendance : il n'est donc pas encore envisageable pour l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ex Commission de contrôle des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance)¹³² de mettre au point de quelconques tables réglementaires dans ce domaine. En outre,

¹³¹ Manuel Plisson, "Dépendance : un équilibre nécessaire public-privé", Risques n°55, septembre 2003, p. 63.

¹³² Rapport d'enquête sur l'assurance dépendance, CCAMIP, mai 2005.

l'hétérogénéité des contrats commercialisés concourait jusqu'à présent à rendre inapproprié le calibrage de lois de marché par trop générales ;

- sur le fond, plusieurs options mériteraient examen, notamment l'encadrement de la sélection médicale, de la négociation des primes, des révisions de cotisations, le renforcement des règles prudentielles en matière de provisions, des obligations d'information des assurés, la labellisation du marché dans le cadre d'un contrat-type négocié entre l'Etat et la FFSA ;
- des mesures fiscales pourraient également avoir un rôle à jouer afin d'améliorer le fonctionnement du marché. Ceci peut notamment concerner des incitations à une souscription relativement précoce. La souscription entre 40 et 55 ans, par exemple, procure un bénéfice à l'assureur comme à l'assuré mais se heurte à la difficulté des personnes à anticiper leur éventuelle dépendance à un horizon très éloigné. Une autre piste est d'inciter au développement des contrats collectifs dans le cadre de l'entreprise, spécificité française qui présente l'avantage d'un moindre coût pour l'assuré : sur les 270 M€ de primes payées dans le cadre de contrats dépendance en 2004, 20 M€ seulement le sont dans le cadre de contrats d'entreprise, alors que l'effectif des assurés se répartit à parts égales entre contrats à adhésion individuelle et contrats collectifs. La cotisation moyenne par an et par tête assurée est ainsi de 328 € en contrat individuel, pour à peine 29 € en contrat collectif¹³³ (écart qui s'explique notamment par la différence d'âge des populations ouvertes, en moyenne plus jeunes lors de la souscription en contrat collectif, mais aussi par le caractère modique des frais de distribution des contrats collectifs) ;
- au-delà de l'amélioration du marché et du cadre concurrentiel, il appartient à l'Etat de préciser la manière dont l'assurance privée dépendance pourrait s'insérer parmi les dispositifs publics et privés de compensation de la perte d'autonomie et en particulier s'articuler avec l'APA. Plusieurs points sont à étudier, notamment la définition du périmètre respectif du financement collectif et du financement individuel, à la faveur d'un ciblage accru de l'APA, le lien éventuel entre l'assurance dépendance et l'assurance maladie complémentaire, la réorientation de certaines mesures fiscales bénéficiant aux personnes âgées en faveur d'une incitation au développement de l'assurance dépendance.

Sur ce dernier point, toutefois, il convient de demeurer prudent. En effet, des mesures fiscales incitatives à la souscription d'un contrat dépendance sont déjà prévues par le Code général des impôts (exonération des rentes servies, exonération de la taxe sur les conventions d'assurance), que ce soit dans un cadre individuel ou pour un contrat d'entreprise. Cependant, les études suggèrent que l'impact de ces dispositifs dans le développement du marché ne doit pas être surestimé¹³⁴: l'exemple américain montre en effet que l'existence d'avantages fiscaux destinés à encourager la souscription de certains produits (*tax qualified products*) n'a pas empêché une relative stagnation du marché depuis 2001, du fait de l'excessive complexité des contrats offerts, tandis que dans le cas français la simplicité du produit semble, on l'a dit, avoir constitué un élément clef du dynamisme du marché. Le faible montant des cotisations aux âges les plus précoces suggère, en outre, que les dispositifs fiscaux ne pourraient avoir qu'un effet de levier très modeste. Leur coût doit en tout état de cause être évalué.

Afin d'étudier les différentes options d'intervention envisageables pour l'Etat en matière de contrat dépendance, une mission conjointe IGF-IGAS pourrait être utilement mise en place.

5.3.2.5 La mobilisation des éléments de patrimoine

En dehors même des possibilités de solvabilisation des services que recèle l'assurance dépendance et sauf, encore une fois, à développer une assurance obligatoire, le développement d'un compartiment de prévoyance individuelle aurait sans doute l'intérêt de sécuriser les personnes quant à l'existence d'une prise en charge. On l'a dit, les stratégies patrimoniales au grand âge sont fortement marquées par la volonté de ne pas être à la charge des enfants et par le peu de confiance placé dans la capacité des

¹³³ Rapport d'enquête sur l'assurance dépendance, CCAMIP, mai 2005.

¹³⁴ "L'assurance dépendance privée", *Newsletters techniques SCOR*, janvier 2003.

dispositifs publics à faire face. Ce sentiment est incontestablement un argument fort pour le développement de produits d'assurance.

Quitte à considérer les ressources des personnes âgées, autant les considérer toutes et notamment les possibilités d'utiliser le patrimoine.

La mobilisation des éléments de patrimoine pour acquitter les frais liés à la dépendance est une question sensible. Le recours sur succession que recelait la PSD a longtemps été présenté comme un facteur désincitatif. Les pratiques de recours sur succession en matière d'aide sociale sont disparates selon les départements. Autre signe : en dehors même de l'obligation alimentaire, les familles préfèrent parfois s'acquitter des charges pour ne pas entamer le patrimoine. Il n'empêche, le débat mérite d'être repris.

On l'a dit, le souci de l'autonomie s'accompagne, au moins chez une partie des personnes âgées, d'une moindre préoccupation quant à l'importance du patrimoine légué. Des formules telles que le prêt viager hypothécaire¹³⁵ pourraient intéresser cette population. A côté des formules, plus ou moins répandues, de location d'une partie des biens immobiliers, de vente en viager, de démembrement de propriété, de vente-location, le prêt viager hypothécaire consiste à accorder un prêt à la personne âgée, l'organisme prêteur récupérant ses fonds au moment de la vente du bien.

Il s'agit là d'une solution parmi d'autres : les personnes de grand âge disposant d'un patrimoine conséquent ne manquent pas d'adapter par elles-mêmes leur portefeuille en le rendant plus liquide, plus rapidement mobilisable.

5.3.2.6 Financer la masse des besoins d'adaptation des logements

Si l'on considère les coûts moyens d'adaptation des logements aux nécessités de la préservation de l'autonomie¹³⁶, on constate que, pour une adaptation « standard » (10.000 euros en moyenne par logement), il est probable que l'occupant parviendra à réunir en subventions d'équipement 50 % environ du budget d'adaptation, ce qui lui laissera un coût d'investissement de même ordre.

Rapportée au revenu moyen des retraités, cette somme est à considérer comme un investissement qu'il pourrait être intéressant, pour les bénéficiaires, de planifier dans le temps :

- soit sous forme d'un prêt-relais pour travaux d'adaptation du logement, dont le taux demanderait toutefois à être négocié,
- soit sous forme d'un compte-épargne « logement-vieillesse », défini dans le prolongement de la vocation dédiée au compte-épargne logement.

Il semblerait en effet intéressant de proposer aux détenteurs d'un C.E.L. ayant atteint une limite d'âge à débattre (65 ou 70 ans) d'activer leur compte.

Etant donné l'état observable du patrimoine des retraités, il est probable que, bien informés, les retraités concernés opéreraient assez aisément un transfert d'actifs entre comptes, transformant alors leur compte-épargne logement en outil de prévoyance moins onéreux et aléatoire dans son utilisation, que la souscription d'une éventuelle garantie vieillesse ne prenant pas nécessairement en compte le coût d'adaptation des logements. L'épargne nouvelle ainsi drainée constituerait par ailleurs pour l'État une masse financière suffisamment importante pour autoriser la revalorisation des plafonds de travaux ANAH et encourager les propriétaires bailleurs à adapter le parc privé en fonction des besoins.

¹³⁵ Un projet législatif sur le sujet est en cours d'élaboration.

¹³⁶ Cf. annexe 15

Chapitre 4

Planification, programmation et péréquation

Nous avons fixé d'emblée, pour ce qui est des objectifs de la mission, les limites de la planification nationale appliquée à la prise en charge de la dépendance.

Puisque, en cette matière, des outils de planification territoriale existent, il importe de pointer les enjeux et d'identifier les pratiques à valoriser.

Dans un scénario de libre choix, la planification se doit de garantir la diversité de l'offre (posture à contre emploi sans doute de la vision ordinaire de l'exercice) et un égal accès aux ressources. Pour rendre compte de ces objectifs et d'une organisation des compétences marquée par une forte décentralisation, elle doit donc être à la fois « remontante » et « descendante ».

Idéalement, la planification territoriale est capable d'assurer une répartition équitable des ressources aux niveaux départemental et régional. Au-delà, et quelle que soit la dévolution des compétences, l'organisation de la fonction de péréquation nationale s'impose comme un enjeu essentiel des années à venir. L'exercice de cette fonction suppose des capacités d'anticipation (quant à l'évolution et à la répartition territoriale de la demande) et des outils d'intervention au niveau central. Qu'il s'agisse des créations de places, des mesures de médicalisation ou des restructurations, la puissance publique n'est pas dépourvue de moyens d'agir ; l'objet de ce développement est de définir quelques règles pour leur usage.

Résumé opérationnel

Enjeux

Face au défi de la prise en charge diversifiée d'une population toujours plus ample, la territorialisation des politiques s'impose pour permettre aux acteurs d'effectuer les arbitrages pertinents, en dépassant les cloisonnements de l'offre (entre domicile et établissement, sanitaire et médico-social).

La définition des principes de péréquation est le second impératif pour une régulation efficiente. Cela s'entend en termes de capacités contributives des territoires, de définition des charges (liées aux caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population âgée) et de répartition des efforts entre les financeurs.

Comme en matière de dotations de l'Etat aux collectivités locales, l'effort de péréquation à l'initiative des instances nationales détentrices de ressources péréquatrices (rassemblées désormais pour l'essentiel dans les mains de la CNSA) doit avoir pour première règle de ne pas ajouter aux désajustements entre dotations globales attendue et constatée. De façon plus positive, il importe de progresser vers plus d'égalité.

Pour ce faire, il faut être en capacité de mesurer avec les bons outils les dotations et les besoins. Les difficultés rencontrées en cette matière se doublent d'un problème de maîtrise des initiatives d'acteurs atomisés par le canal de tutelles territoriales duales et disparates.

Concrètement, il ne semble pas que la politique de conventionnement ait pu être mise en œuvre jusqu'à présent de telle façon que soient corrigés les déséquilibres initiaux (entre les différents éléments de la gamme et entre les territoires). Les processus à l'œuvre semblent avoir davantage mis en évidence les capacités d'initiative des opérateurs et/ou des tutelles.

Il n'est pas non plus évident que les créations de places nouvelles se fassent forcément en faveur des territoires initialement les plus mal dotés. Les critères d'allocation des ressources ont longtemps été bien frustes, quel que soit l'élément considéré de la gamme. Au-delà des critères affichés au niveau national, le raisonnement des acteurs déconcentrés semble toujours se faire pour l'essentiel sur la base d'outils fragiles (taux d'équipement par rapport à la population des plus de 75 ans), monovalents (on raisonne souvent élément par élément au sein de la gamme). La faiblesse de la couverture du territoire par les schémas gérontologiques départementaux (analyse peu sophistiquée des besoins, anachronisme ou tout bonnement absence de schéma) n'a pas permis de conforter cette analyse territorialisée.

De ce point de vue, les PRIAC devraient apporter une contribution importante en stimulant les exercices départementaux et en fabriquant de la péréquation à l'échelle régionale. Le fait que les départements aient désormais la maîtrise du processus des schémas et de la prise en charge dans les différents éléments de la gamme renforce en outre les chances d'une approche plus intégrée, à condition d'articuler pleinement les exercices développés par l'Etat et ceux des départements.

Outre les créations de places nouvelles, l'achèvement du processus de conventionnement et son renouvellement d'une part, la restructuration du parc (y compris en milieu hospitalier), d'autre part, constituent pour les années à venir des opportunités majeures pour mettre en œuvre une nouvelle approche de la péréquation.

Un scénario noir verrait, en matière de restructuration, les départements déjà les plus dynamiques en termes d'initiatives de création de places emporter une part substantielle des concours de l'Etat (les tutelles étant naturellement promptes à reconnaître les territoires les plus actifs pour donner corps au programme de restructuration). Autre version du scénario noir, potentiellement complémentaire de la première : un Etat peu regardant quant aux contributions des partenaires, utilisant les ressources de la restructuration sur un petit nombre d'opérations faute d'avoir su créer des effets de levier.

Autrement dit, quel que soit le support de l'action des autorités centrales, la question des effets péréquateurs se pose. Aucune politique n'est neutre de ce point de vue, à partir du moment où elle impose des charges nouvelles ou alloue des crédits nouveaux.

Orientations

- **Conforter la planification gérontologique**

Plusieurs mesures devraient permettre d'améliorer l'approche statistique de la programmation départementale : se concentrer sur une palette d'indicateurs moins nombreux mais communs aux différents départements et préférer les formes agrégées ; construire les territoires de santé selon un modèle commun, qui rendrait plus lisible les comparaisons entre départements et simplifierait la concertation avec les ARH. Il apparaîtrait également opportun de développer l'approche de l'état de santé des populations âgées (morbidité, dépendance, mortalité...) au niveau des départements, à travers la mise en place - en tant que de besoin - de dispositifs départementaux d'observation de la situation des personnes âgées, l'intégration d'une question sur le nombre de maladies chroniques (ou sur la santé auto-évaluée) dans le recensement de la population, l'exploitation des données sur les causes de décès de l'INSERM et celle des données du PMSI.

Au-delà de ces quelques orientations méthodologiques, dans le but de développer une planification départementale de qualité en matière gérontologique, il paraîtrait utile que l'Assemblée des départements de France, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), la Direction générale de l'action sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques travaillent à une méthodologie commune. Cela ne préjuge en rien des orientations et des priorités qui seront retenues par la collectivité dans chaque département. Ceci est d'autant plus important que face à la planification départementale, l'Etat va se doter d'un outil normalisé de programmation au plan régional.

- **Articuler la planification et la programmation**

La gestion des files d'attente de dossiers passés en CROSMS doit être régulée. L'outil de programmation nouveau développé à travers le PRIAC a vocation à reprendre sur un champ large l'ensemble des dossiers. Parmi les critères justifiant le caractère prioritaire des projets, on pourrait mentionner l'analyse des taux d'équipement infra-départementaux dans la catégorie considérée et dans les autres catégories (dans le cadre donc d'une approche consolidée), le degré d'intégration des projets (tel que défini au chapitre 1), les caractéristiques locales de l'accessibilité financière (permettant de motiver l'utilisation d'un critère d'habilitation à l'aide sociale). En contrepartie, en prévention des autorisations sans lendemain (faute de financement), il paraîtrait logique d'observer - de la part du représentant de l'Etat - une attitude plus circonspecte dans la procédure CROSMS.

Les pratiques des services déconcentrés en la matière, comme d'ailleurs en matière de gestion des conventions tripartites, pourraient utilement faire l'objet d'un audit de modernisation.

Si, pour la gestion du stock d'autorisations comme pour la stimulation de projets innovants, le but est de se donner les moyens de ne plus seulement suivre les initiatives des acteurs, la voie des appels à projets, si possible conjoints (Etat - département), mérite d'être explorée plus systématiquement. Cette technique a en effet le mérite de révéler les orientations des tutelles dans des cahiers des charges et de fournir par là même les critères d'éligibilité et d'évaluation des projets.

Les Agences régionales de l'hospitalisation sont rompues aux exercices territorialisés d'analyse des besoins sur lesquels reposent les PRIAC. En vue de conforter cet outil, d'articuler au mieux les planifications sanitaire et médico-sociale (cf. infra), de disposer d'un opérateur familier des opérations de restructuration d'équipements (en lien, on l'a dit, avec la MNAIH), en vue également d'intéresser pleinement les Agences régionales de l'hospitalisation à la prise en compte des défis du vieillissement, la question peut se poser de rassembler sous la houlette des directeurs d'ARH les prérogatives d'Etat au niveau régional. Cela aurait en outre le mérite de renforcer la substance du projet - déjà ancien - d'Agences régionales de santé (à rebaptiser le cas échéant). Il est bien entendu possible de se contenter

de viser la collaboration entre les DRASS et les ARH en la matière. Il paraîtrait cependant plus opératoire de franchir le pas.

Le PRIAC est destiné à rendre possible le dialogue entre l'Etat et les départements en matérialisant les engagements de l'Etat pour les ressources dont il a la maîtrise. Il importe que la nouvelle procédure qui se met en place associe pleinement les départements, qu'ils ne soient pas seulement rendus destinataires des documents de programmation mais soient réellement partie prenante de leur élaboration. Rien ne serait pire en effet que d'installer une nouvelle carence au cœur du dispositif de planification-programmation en provoquant la démobilisation des départements.

Au moment où les ARH définissent leurs objectifs quantifiés et finalisent les SROS, il serait particulièrement opportun de mettre en place un suivi de ceux-ci tout au long de leur période de réalisation, afin de mieux cerner l'impact du vieillissement sur les dépenses et, en conséquence, sur l'ONDAM hospitalier. Une telle évaluation permettrait en particulier de piloter les redéploiements possibles entre les enveloppes hospitalière et médico-sociale.

Si le développement des réseaux de soins en faveur des personnes âgées est un axe important de l'intégration territoriale de la prise en charge, il paraît opportun de faire une plus large place à ceux-ci dans l'affectation des ressources de la dotation nationale de développement des réseaux (dont une part des ressources provient de l'ONDAM médico-social).

- **Piloter la péréquation nationale**

L'Etat doit tout à la fois veiller au rééquilibrage de l'offre de services (considérée à un niveau consolidé) et accompagner le développement et la diversification de l'offre sur l'ensemble des régions.

En matière de compensation de l'APA, accompagner les départements qui font des efforts importants en faveur du soutien à domicile et, pourquoi pas, aider davantage (pour une fraction de la compensation) ceux qui privilégient une politique diversifiée ne serait pas forcément dénué de sens.

S'agissant des services, les perspectives de développement global de l'offre, présentées au chapitre 2, décrivent les grands agrégats à partir desquels exercer cette double injonction, potentiellement contradictoire (rééquilibrer la gamme de services et revoir la répartition territoriale) : créations nouvelles de places en établissement (hébergement durable et hébergement temporaire), restructurations, progression de l'encadrement, création massive de places de SSIAD.

Pour ce faire, il importe tout d'abord de renforcer au niveau national l'analyse consolidée des taux d'équipement et des motifs de dispersion actuels. Il convient aussi d'enrichir les éléments pris en compte au titre des évolutions attendues : perspectives démographiques, migrations. Ce faisant, il sera possible de diversifier les critères de la péréquation, voire d'élaborer des cibles de convergence à l'échéance de 10-15 ans.

Dans cette ligne, les moyens nouveaux de médicalisation des établissements (à travers les créations de places ou au moment du conventionnement initial ou de son renouvellement) doivent non seulement prendre en compte les évaluations par établissement mais également la situation du territoire au regard de la distribution des ressources et des charges. Autrement dit, dans l'attribution des crédits de personnel, il convient de favoriser relativement les territoires les moins dotés, à charge ensuite pour la tutelle de répartir l'enveloppe entre les établissements en fonction de l'évaluation individuelle.

La répartition territoriale des ressources se doit aussi d'être particulièrement attentive à la promotion des formes d'hébergement intermédiaires. Compte tenu des logiques de mise en œuvre de ces initiatives, celles-ci ont naturellement vocation à suivre l'implantation des établissements. Le risque d'un cumul des déséquilibres existe donc, d'où l'importance d'une action volontariste et équilibrée de développement. La fixation d'objectifs cibles par département et l'élaboration d'appels à projets en ce sens pourraient être une façon de concrétiser cette « action positive » en faveur des territoires potentiellement ou déjà défavorisés.

Nous avons fait du développement d'une offre de services diversifiée (aide à domicile, SSIAD notamment) autour des établissements un axe fort des évolutions souhaitables pour l'avenir. Bien entendu, ce qui vaut pour les formes d'hébergement intermédiaire vaut aussi pour les autres services : l'objectif d'un développement à partir du pôle établissement doit être concilié avec l'objectif d'équilibre territorial ; là encore, l'action positive doit être dirigée en priorité vers les territoires les plus fragiles. Là où les problèmes de constitution d'une offre à domicile diversifiée et de qualité sont les plus criants, un effort particulier doit être fait pour apporter des solutions innovantes et coordonnées. Il ne servirait à rien d'inciter au développement de plates-formes de services à partir des établissements là où l'offre à domicile est dense et structurée. Il ne sert pas non plus à grand chose de favoriser la création d'établissements désinsérés sur les territoires peu denses. En revanche, il peut être justifié de s'affranchir de règles d'allocation des ressources strictes lorsque l'établissement a la capacité d'organiser un territoire, de coordonner des opérateurs diversifiés ou de pourvoir lui-même les services et d'utiliser au mieux des ressources rares (libérales et salariées).

Il convient non seulement d'articuler le conventionnement (ou toute autre forme de renforcement des crédits de médicalisation et de renforcement de l'encadrement non-soignant) et la péréquation mais d'étendre cette démarche au programme de restructuration du parc. Pour ce faire, l'Etat doit tout d'abord disposer des moyens d'exercer son influence ; il importe donc (au-delà des motifs de maîtrise des coûts d'hébergement supportés par l'usager) de pérenniser les concours des pouvoirs publics en la matière, via la prise en charge partielle des annuités liées aux restructurations. Cette enveloppe doit être répartie sur le territoire en fonction des priorités dégagées par la péréquation et des possibilités de maximiser l'effet de levier créé par ce concours. La coordination avec les départements est donc une clef du succès.

Au niveau territorial ensuite et compte tenu de la proximité des coûts des restructurations lourdes et des créations d'établissements, il importe de conduire des études d'opportunité pour trouver les solutions les plus rationnelles économiquement. Cette évaluation en opportunité a en outre l'intérêt d'autoriser le choix des meilleures implantations.

1 Pilotage et régulation gérontologique

Dans le cas d'espèce de la prise en charge de la dépendance, tendre vers une plus grande égalité dans la répartition territoriale des services suppose :

- d'évaluer la dotation initiale des territoires en équipements et services ;
- d'évaluer les charges afférentes, en fonction des caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des territoires ;
- de tenir compte des capacités contributives des territoires ;
- d'user des contributions de l'Etat ou de l'assurance maladie dans le but de corriger les désajustements entre dotation globale attendue et dotation constatée, en tenant compte du pouvoir d'achat des territoires en équipements et services.

Outre les difficultés de mesure des besoins liés à la dépendance, un des problèmes majeurs qui se posent en matière de prise en charge de la dépendance est le caractère composite de l'offre d'équipements et de services.

Sauf à déterminer une norme d'équipement dans les différents éléments de la gamme de prise en charge, le propre d'un scénario d'offre diversifié est de laisser aux territoires une grande latitude quant aux possibilités de privilégier relativement tel ou tel élément de la gamme. Il n'y a aucune raison, au titre de la péréquation, d'aligner vers des taux nationaux d'équipements en EHPAD cibles (quand bien même le dénominateur serait bien choisi) les territoires, qui auraient choisi de déployer un effort tout particulier dans cette gamme ou, au contraire, feraient des efforts déterminés en faveur du soutien à domicile.

Puisque l'initiative appartient aux acteurs territoriaux, voyons tout d'abord comment s'exercent la planification et la programmation à ce niveau.

1.1 L'élaboration de projets gérontologiques : à qui l'initiative ?

Dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, qui consacre un volet de ses travaux au financement des EHPA, la question de la compétence en matière de création d'établissements pour personnes âgées a souvent été posée par le Président (Pierre Morange) ou la rapporteure (Paulette Guinchard) au cours des auditions¹³⁷. Elle n'a bien souvent pas trouvé de réponse. Cette anecdote est significative : aucune autorité publique (l'Etat ou les collectivités) n'est identifiée pour porter les projets. Ceux-ci relèvent d'opérateurs dispersés : établissements publics autonomes, établissements hospitaliers, CCAS, bailleurs sociaux, opérateurs privés, d'ailleurs propriétaires ou non des infrastructures.

Les départements, les communes, l'Etat lui-même apportent leur concours financier, voire sont à l'initiative de la création d'établissements, mais il importe de bien distinguer le portage des initiatives (création d'établissements ou de tout autre service) et la compétence de planification. Celle-ci s'exerce entre l'Etat et les départements pour ce qui est du médico-social, à l'échelle départementale et/ou régionale.

En matière gérontologique, la planification repose sur un schéma, un outil départemental et pluriannuel, censé mesurer l'écart entre l'offre et les besoins et définissant les objectifs et perspectives d'ajustement de cette offre aux besoins identifiés. La programmation se fait à partir d'un outil interdépartemental et pluriannuel, définissant les opérations à financer en priorité par l'assurance-maladie et la CNSA, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

¹³⁷ Les comptes-rendus des séances sont en ligne sur le site de l'Assemblée nationale.

Trois lois successives ont en fait défini le cadre de la planification et de la programmation gérontologique territoriales. La loi du 2 janvier 2002 a rénové l'action sociale et précisé la fonction des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS). Peu de temps après, la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales a conféré au département un rôle de chef de file de la planification dans le champ social et médico-social de sa compétence. Enfin, la loi du 11 février 2005 sur le handicap a introduit un nouveau dispositif, une programmation au plan régional pour les établissements et services financés en tout ou partie par l'assurance maladie. (Pour plus de détails sur ces textes, voir l'annexe 21)

1.1.1 Que dire de la planification départementale ?

La compétence de conception des schémas étant jusqu'en 2004 partagée entre le préfet et le président du conseil général, tout ce que nous dirons ici en termes d'appréciation globale ne saurait mettre en cause l'une ou l'autre de ces autorités. Les prérogatives étant désormais relativement plus claires, seule la prochaine génération des schémas permettra de mesurer l'effort spécifique des départements en la matière.

Les schémas gérontologiques sont élaborés de façon très disparate d'un département à l'autre. Hors les principes affichés par la loi, les autorités disposent en effet d'une liberté de construction de leur planification qui alimente la diversité des exercices rendus.

Cette hétérogénéité dissuade d'emblée de rechercher à travers la capitalisation des schémas (existants) une image globale de la situation, des besoins ressentis ou des orientations à l'échelle nationale.

Au risque d'être trop schématique¹³⁸, on peut soutenir que trois situations principales se rencontrent sur le territoire : des schémas départementaux de bonne qualité, des schémas incantatoires et enfin des schémas inexistantes ou obsolètes (non actualisés).

Les schémas de bonne qualité se caractérisent par :

- une évaluation correcte des besoins, y compris en prospective ;
- une bonne mesure des écarts entre les besoins à satisfaire et l'état de l'offre ;
- l'identification des territoires prioritaires. Ceci est très rare mais permet d'établir un lien entre l'opposabilité du schéma et l'autorisation ;
- la définition d'un échéancier raisonnable de réduction des écarts ;
- une bonne concertation entre le Président du Conseil général et le Préfet sur les établissements et services à double tarification.

Le cas le plus fréquent est sans doute celui des schémas incantatoires. Ceux-ci se caractérisent par :

- une absence de chiffrage des besoins ;
- un défaut de bilan quantitatif et qualitatif de l'offre ;
- l'incapacité à considérer la pluriannualité ;
- une définition d'objectifs « désincarnés » (par exemple : « promouvoir un bon équilibre entre établissement médicalisés et maintien à domicile », sans autres précisions).

¹³⁸ Pour une analyse détaillée d'un échantillon de schémas gérontologiques, on se reportera à l'annexe 22. L'annexe 23 présente quant à elle les grands traits du schéma du Rhône.

Le prototype du schéma incantatoire tient à une description quantitative sommaire de l'offre et quelques objectifs généraux qui ne sont pas vraiment liés à des perspectives d'action, sans que rien ne soit véritablement chiffré.

L'absence totale de schéma est moins fréquente en gérontologie que dans le domaine du handicap. Beaucoup de schémas sont néanmoins obsolètes.

1.1.2 Orientations envisageables pour améliorer la planification gérontologique

Plusieurs mesures devraient permettre d'améliorer l'approche statistique de la programmation départementale :

- se concentrer sur une palette d'indicateurs moins nombreux mais communs aux différents départements et préférer les formes agrégées ;
- construire les territoires de santé selon un modèle commun, qui rendrait plus lisible les comparaisons entre départements et simplifierait la concertation avec les ARH ;
- mener une approche locale de l'état de santé des populations âgées (morbidité, dépendance, mortalité...) dans les départements. L'appréciation des données de santé à une échelle fine est garante d'une meilleure distribution de l'offre. Pour l'heure, l'analyse de l'état de santé des personnes âgées se heurte aux lacunes méthodologiques des extrapolations du national au local. Cette mesure peut notamment être rendue possible par la mise en place de dispositifs départementaux d'observation de la situation des personnes âgées, à l'instar de l'initiative du département du Doubs. Pour une meilleure connaissance des besoins, il est en outre proposé que soit posée une question sur le nombre de maladies chroniques (ou sur la santé auto évaluée) dans le recensement de la population. D'autres pays européens disposent d'une telle information (la Grande Bretagne depuis une quinzaine d'années, la Belgique récemment). En Grande Bretagne¹³⁹, ces données ont conduit à des formules d'allocations de ressources pour les dépenses de santé et à la définition d'indicateurs de besoins d'admissions en établissement pour les personnes âgées. En outre, cela a permis une meilleure connaissance locale de la morbidité et des déterminants de santé. Bien évidemment, la disponibilité d'une telle information serait d'un intérêt considérable pour la connaissance du système de santé. Exploiter les données sur les causes de décès de l'INSERM pour ajuster les politiques médico-sociales aux échelles locales et celles du PMSI, afin d'obtenir des données standardisées sur la morbidité des personnes âgées, serait enfin utile.

De façon plus générale, l'analyse des besoins ne doit pas être réalisée à partir des seules structures existantes. Il ne s'agit pas, à travers la planification d'extrapoler ce qui existe déjà mais d'être capable d'anticiper la demande future de services. Il importe également que les schémas soient suffisamment flexibles pour porter l'innovation concrète. Clair et objectif sur l'analyse de la demande de services, doté de véritables éléments de projection, le schéma doit ménager des marges de manœuvre pour adapter les équipements à l'évolution des mentalités collectives et des attentes.

Au-delà de ces quelques orientations, dans le but de développer une planification départementale de qualité en matière gérontologique, il paraîtrait utile que l'Assemblée des départements de France, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), la Direction générale de l'action sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques travaillent ensemble à une méthodologie commune. Cela ne préjuge en rien des orientations et des priorités qui seront retenues par la collectivité dans chaque département. Ceci est d'autant plus important que face à la planification départementale, l'Etat va se doter d'un outil normalisé de programmation au plan régional.

De ce point de vue, la définition systématique d'axes de développement et de territoires prioritaires serait une façon de préparer l'articulation avec le PRIAC.

¹³⁹ La question est posée sous la forme suivante : « Do you have any longstanding illness, disability or infirmity ? By longstanding, I mean anything that has troubled you over a period of time or that is likely to affect you over a period of time ? » (source : National statistics, Living in Britain 2001, <http://www.statistics.gov.uk>)

1.1.3 Le PRIAC : nouvel outil de programmation

La loi du 11 février 2005 prévoit que les PRIAC « déterminent les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire de l'Etat ». Ils sont établis par le Préfet de région en liaison avec les Préfets des départements concernés. Le niveau de planification aux termes de la loi est d'abord le niveau départemental. Le sens de l'exercice est de partir de l'appréciation des besoins au niveau départemental pour construire cette interdépartementalité dans le cadre des régions administratives, avant de positionner chacune des régions entre elles.

L'objectif de la loi est aussi, nous l'avons souligné, de dépasser les barrières d'âge et d'avoir une approche décloisonnée entre les publics âgés et handicapés. Le principe de personnalisation et d'adaptation des plans d'aide se renforcera donc et aura des effets sur l'offre collective de services. La synergie entre personnalisation et offre collective est dès lors au cœur de la programmation.

L'objectif des PRIAC est de doter l'Etat d'une programmation stratégique pluriannuelle. Les schémas ont une visibilité de moyen terme (à cinq ans). Les PRIAC comportent eux une projection à trois ans et sont actualisés chaque année. Ils ont donc une dimension plus opérationnelle. Il s'agit là d'une avancée dans le dialogue entre les collectivités locales et l'Etat, dans la mesure où l'une des difficultés, dans le cadre de la planification, tenait jusqu'à présent à l'absence de capacité d'engagement des autorités de l'Etat dans le temps. En termes de crédits, le périmètre de cet outil est large. Il comprend le financement de l'Etat en région, ceux de l'Assurance maladie et les moyens propres de la CNSA (moyens mobilisés sur les questions de formation, d'animation, d'étude et de prévention).

Cet instrument a vocation à accompagner l'évolution et l'adaptation de l'offre médico-sociale. Il ne se positionne pas uniquement sur la création mais s'inscrit également par rapport à l'offre existante, en considérant celle-ci de façon globale. Jusqu'à présent, le financement était éclaté par catégorie d'équipement (d'un côté, la programmation des EHPAD, de l'autre, la programmation des MAS¹⁴⁰ ou encore des SSIAD). Le régime d'autorisation des projets individuels devra être compatible avec les PRIAC.

Le PRIAC s'inscrit en outre dans le processus de rénovation en cours de l'allocation budgétaire. Aujourd'hui, l'allocation des ressources s'inscrit à l'issue du vote de la loi de financement de la sécurité sociale, dans des instructions budgétaires annuelles, qui fixent, au travers de plans nationaux, la répartition des enveloppes par région. En pratique, certaines enveloppes (en matière d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire) ne trouvent pas nécessairement de promoteurs. En outre, les moyens ne sont pas mobilisés dans un laps de temps adéquat. Les acteurs locaux soulèvent régulièrement ce problème. Le processus ascendant doit permettre d'inclure l'expression des besoins et des priorités locales dans la préparation de l'ONDAM, pour ajuster au mieux les allocations de ressources et faire en sorte qu'elles soient activées dans un délai beaucoup plus rapide.

En termes d'accessibilité et d'équité territoriale, les PRIAC doivent permettre de mesurer les écarts dans l'allocation de moyens entre les régions et les départements... et de les diminuer. La diversification de l'offre est aussi à l'agenda de cet effort de programmation.

La question de l'articulation avec le secteur sanitaire est la dernière caractéristique majeure des PRIAC. Elle s'inscrira dans les priorités régionales : actions de prévention dans les établissements et services médico-sociaux (Programmes régionaux de santé publique), projets de coopération avec les établissements sanitaires et sociaux, projets de réseaux ville-hôpital-secteur médico-social¹⁴¹. Cinq axes sont ainsi ciblés en version 1 du PRIAC : la continuité de la filière gérontologique ; les soins de liaison et l'accompagnement médico-social des personnes présentant un handicap psychique ou une pathologie mentale stabilisée ; les soins psychiatriques et l'accompagnement social et médico-social des enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement ; la continuité des soins et

¹⁴⁰ Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) reçoivent des personnes handicapées adultes qui n'ont pas d'autonomie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie.

¹⁴¹ L'ONDAM médico-social contribue au financement de la dotation régionale des réseaux.

l'accompagnement médico-social des traumatisés crâniens et cérébro-lésés ; la continuité des soins et l'accompagnement médico-social des personnes présentant un polyhandicap.

1.2 Conforter les outils de planification et de programmation gérontologique

A l'évidence, l'articulation des différents outils de planification-programmation-autorisation soulève encore un certain nombre de questions.

1.2.1 La gestion des autorisations en CROSMS

Il est fait régulièrement état du stock de dossiers d'autorisation ayant reçu l'aval du CROSMS et en attente de financement. A partir du moment où les autorisations en CROSMS sont censées reposer sur une analyse des besoins, l'assimilation est souvent pratiquée entre ces volumes et les besoins de places nouvelles sur le territoire.

Sans qu'il soit question de dénigrer le travail d'analyse fait en CROSMS, il convient de rappeler à ce propos que :

- la couverture du territoire par les schémas gérontologiques n'est ni suffisante, ni assez homogène en termes de calendrier pour fonder une analyse globale de l'état des besoins ;
- la conformité des analyses de besoins figurant dans les dossiers particuliers visés par les CROSMS par rapport aux développements des schémas gérontologiques est pour le moins douteuse : certes, les schémas sont globalement opposables mais leurs insuffisances ou tout bonnement leur inexistence assouplissent considérablement - et légitimement en l'occurrence - cette règle. Les projets en attente de financement sont en effet censés être placés sur une liste d'attente selon des critères de classement, dont deux au moins sont inopérants : la compatibilité avec le schéma départemental (quand ces schémas sont vagues, incantatoires ou obsolètes, la compatibilité est souvent considérée comme acquise) et avec les priorités de l'annexe au schéma départemental, qui n'existe quasiment jamais. Le troisième critère est relatif au taux d'équipement des seuls établissements à compétence exclusive de l'Etat, vision quelque peu tronquée de l'offre de services.

A partir de là, la gestion des files d'attente de dossiers passés en CROSMS doit être régulée. L'outil de programmation nouveau développé à travers le PRIAC a vocation à reprendre sur un champ large l'ensemble des dossiers. Parmi les critères justifiant le caractère prioritaire des projets, on pourrait mentionner l'analyse des taux d'équipement infra-départementaux dans la catégorie considérée et dans les autres catégories (dans le cadre donc d'une approche consolidée), le degré d'intégration des projets (tel que défini au chapitre 1) et les caractéristiques locales de l'accessibilité financière (permettant de motiver l'utilisation d'un critère d'habilitation à l'aide sociale).

En contrepartie, en prévention des autorisations sans lendemain (faute de financement), il paraîtrait logique d'observer - de la part du représentant de l'Etat - une attitude plus circonspecte dans la procédure CROSMS.

Les pratiques des services déconcentrés en la matière, comme d'ailleurs en matière de gestion des conventions tripartites, pourraient utilement faire l'objet d'un audit de modernisation.

1.2.2 La pratique des appels à projets

Si, pour la gestion du stock d'autorisations comme pour la stimulation de projets innovants, le but est de se donner les moyens de ne plus seulement suivre les initiatives des acteurs, la voie des appels à projets, si possible conjoints (Etat - département), mérite d'être explorée.

Cette technique a en effet le mérite de révéler les orientations des tutelles dans des cahiers des charges et de fournir par là même les critères d'éligibilité et d'évaluation des projets. Parmi sans doute bien des initiatives, on mentionnera celles des Yvelines et de Paris.

L'appel à projets du département des Yvelines a été lancé en mai 2004 (cf. annexe 25) : il comportait deux compartiments, l'un pour les personnes âgées, l'autre pour les personnes handicapées. Cette initiative portée par le Conseil général a pleinement associé la DDASS. Elle s'inscrit dans le cadre du schéma gérontologique arrêté un an plus tôt, dont elle déploie le sixième objectif, à savoir la maîtrise des équipements médico-sociaux sur le Département des Yvelines. Elle vise explicitement la programmation dans un cadre pluriannuel précis et appelle les projets en fonction de sept critères explicites, fournit les données financières de base et précise la règle pratiquée par la collectivité en matière de subvention.

A Paris, un appel à projets a été lancé en décembre 2002 par le Département afin de favoriser le développement des structures innovantes, après délibération du Conseil de Paris (9 décembre 2002). Un cahier des charges a été constitué définissant, pour chaque type de structure, les modalités de fonctionnement, le profil des personnes âgées accueillies, la qualification du personnel... Chacune de ces structures est intégrée au réseau gérontologique local, en lien avec les Points Paris Emeraude (CLIC).

1.2.3 L'analyse des besoins et le rôle des ARH

Les capacités d'engagement de la partie Etat dans les procédures d'autorisation ne reposent pas seulement sur la mise en œuvre d'un nouvel outil de programmation mais aussi sur la robustesse des exercices d'analyse à la base de cette programmation, donc sur les moyens des services déconcentrés (DRASS et DDASS), régulièrement présentés comme insuffisants (d'où, notamment, la gestion quelque peu erratique du conventionnement).

Dans le domaine sanitaire, les Agences régionales de l'hospitalisation sont désormais rompues aux exercices territorialisés d'analyse des besoins sur lesquels reposent les PRIAC.

En vue de conforter cet outil, d'articuler au mieux les planifications sanitaire et médico-sociale (cf infra), de disposer d'un opérateur familier des opérations de restructuration d'équipements (en lien, on l'a dit, avec la MNAIH), en vue également d'intéresser pleinement les Agences régionales de l'hospitalisation à la prise en compte des défis du vieillissement, la question peut se poser de rassembler sous la houlette des directeurs d'ARH les prérogatives d'Etat au niveau régional. Cela aurait en outre le mérite de renforcer la substance du projet - déjà ancien - d'Agences régionales de santé (à rebaptiser le cas échéant).

Il est bien entendu possible de se contenter de viser la collaboration entre les DRASS et les ARH en la matière. Il paraîtrait cependant plus opératoire de franchir le pas.

1.2.4 Une collaboration effective avec les départements sur les PRIAC

La mobilisation de la collectivité départementale et des DDASS en faveur de la planification gérontologique n'était pas jusqu'à présent pleinement assurée à l'échelle du territoire, on l'a dit. Même si le préfet doit faire connaître au président de conseil général ses orientations en vue de l'élaboration des schémas, ce dernier a aujourd'hui pleine responsabilité en la matière et sur le champ large de la prise en charge. Les départements s'engageront donc inmanquablement et plus fermement dans ces exercices de planification gérontologique (en parallèle à ceux qu'ils développeront dans les autres champs).

Le PRIAC est destiné à rendre possible le dialogue entre l'Etat et le département en matérialisant les engagements de l'Etat pour les ressources dont il a la maîtrise. Il importe que la nouvelle procédure qui se met en place associe pleinement les départements, qu'ils ne soient pas seulement rendus destinataires des documents de programmation mais soient réellement partie prenante de leur élaboration. Rien ne serait pire en effet que d'installer une nouvelle carence au cœur du dispositif de planification-programmation en provoquant la démobilité des départements.

1.2.5 Programmation et péréquation

Les PRIAC, actualisés chaque année au mois de mars, seront analysés à partir des situations régionales, pour permettre d'alimenter la construction de l'ONDAM avant l'été. La CNSA répartira pour le 15 février les enveloppes régionales et départementales. Auparavant, le préfet de région en était chargé. La

répartition sera désormais confirmée au niveau national sur la base des propositions du préfet de région. Ce cycle doit permettre de remettre en perspective les équilibres territoriaux.

Le processus national de construction de l'ONDAM ne contient, ni pour les personnes âgées ni pour les personnes handicapées, d'enveloppe de péréquation entre régions comme il en a existé, à une époque récente, dans le domaine hospitalier.

Certaines zones sont pourtant considérées comme prioritaires. L'Etat doit donc tout à la fois veiller au rééquilibrage de l'offre consolidée et accompagner le développement et la diversification de l'offre sur l'ensemble des régions. Les perspectives de développement global de l'offre, présentées au chapitre 2, décrivent les grands agrégats à partir desquels exercer cette double injonction, potentiellement contradictoire : créations nouvelles de places en établissement (hébergement durable et accueil temporaire), restructurations, création massive de places de SSIAD.

Une région, où les acteurs se sont pleinement investis dans le développement d'une offre diversifiée, qui se trouve déjà bien dotée, a légitimement l'envie d'aller plus loin dans le processus d'amélioration de la qualité. Elle va expérimenter des solutions nouvelles. Ces solutions devront trouver des possibilités de financement.

La réflexion sur la péréquation s'inscrit aujourd'hui dans un cadre plus large que celui décrit par les outils de programmation nouvellement mis en œuvre. Certes, le PRIAC est destiné à établir une passerelle avec le domaine sanitaire et l'aire de planification des schémas régionaux d'organisation sanitaire mais ceux-ci doivent aussi être considérés pour eux-mêmes au titre de la prise en compte des défis du vieillissement. Par ailleurs, l'exercice de la péréquation suppose une analyse approfondie des ressources et des charges des territoires. Cette analyse doit nécessairement s'exercer sur l'intégralité de la gamme de prise en charge : il ne saurait être question en effet de traiter l'équilibre territorial au sein de chaque segment de l'offre. L'analyse doit donc être élaborée de façon consolidée. Quant aux moyens d'action de la puissance publique, il convient là encore de considérer non seulement les possibilités péréquatrices de la création de places nouvelles mais également le potentiel que recèlent le mouvement de restructuration du parc et le renforcement du processus de médicalisation et, plus largement, de progression des taux d'encadrement.

2 La coordination avec le secteur sanitaire

Dans le cadre de la définition d'un scénario équilibré de réponse aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs familles, l'un des sujets à traiter porte sur les adaptations à apporter à l'offre sanitaire - ambulatoire et hospitalière - afin de mieux répondre aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes.

Les dispositifs de planification sanitaire sont le cadre naturel pour la prise en compte de ces enjeux. D'où l'importance, au-delà des efforts de rationalisation déjà accomplis, de la densification de ces travaux et de leur articulation avec l'ensemble des dispositifs connexes.

2.1 Les personnes âgées dans les SROS de troisième génération : traitement du caractère transversal et multidisciplinaire de la prise en charge

Les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), outils stratégiques de planification hospitalière, sont élaborés par les ARH et arrêtés *"sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution [...]"*¹⁴². Ils doivent s'adapter aux besoins des populations en général et à ceux des personnes âgées en particulier. En effet, l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L6121-1 du code de la Santé Publique fixe la "prise en charge des personnes âgées" comme "matière" obligatoirement traitée dans les SROS¹⁴³. Deux circulaires cadrent plus précisément la planification sanitaire de la prise en charge des personnes âgées : elles sont rappelées en annexe 26.

L'analyse ci-dessous repose sur l'exploitation d'un certain nombre de documents régionaux, de maturité variable. Elle ne prétend ni à l'exhaustivité ni à la représentativité mais permet une lecture relativement détaillée de la traduction des textes dans le processus d'élaboration de la planification sanitaire.

Les ARH partagent le constat d'une augmentation croissante du nombre de patients âgés (et parmi eux des patients polypathologiques) dans les services hospitaliers et d'une inadaptation de leur prise en charge, trop longue, trop segmentée et peu gériatrique.

2.1.1 Des services hospitaliers saturés par les patients âgés : indicateur des carences du lien ville-hôpital

La réduction des hospitalisations évitables des personnes âgées est un objectif commun aux différents SROS. Chaque déplacement de la personne âgée fragile est considéré comme facteur de risque en matière de dépendance ou de dégradation de l'état de santé. *"La personne âgée est fragile et donc sensible à toute modification de son environnement."*¹⁴⁴ Quelle que soit la qualité de la prise en charge, l'hospitalisation est perçue comme un risque de survenue de la dépendance de la personnes âgées hospitalisée. *"L'hospitalisation est un facteur de perte d'autonomie majeur pour les personnes âgées fragiles."*¹⁴⁵ Le dispositif de maintien dans le lieu de vie initial¹⁴⁶ (avant l'hospitalisation) est donc privilégié par les ARH.

Les raisons de cette défaillance du dispositif sont profondes et leurs effets étendus. En effet, l'engorgement des services – urgences et courts séjours essentiellement – par des patients gériatriques peut porter atteinte à la bonne prise en charge de la patientèle générale et à l'action des professionnels. La saturation des services rallonge les délais d'attente, facteur de fragilisation du patient gériatrique, surtout lorsque les services ne sont pas organisés pour une prise en charge adaptée.

¹⁴² Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

¹⁴³ Journal Officiel du 15 mai 2004.

¹⁴⁴ Comité technique régional "SROS personnes âgées", rapport, ARH Pays de la Loire, octobre 2004.

¹⁴⁵ Déclinaison territoriale concertée du Programme Régional pour la Gériatrie en Aquitaine et des Schémas d'Organisation Sociale et Médico-Sociale en faveur des personnes âgées, *guide méthodologique, Conseil général de la Gironde, ARH Aquitaine, CRAM Aquitaine, DDASS Gironde, août 2004.*

¹⁴⁶ *Il peut s'agir du domicile ou d'un établissement médico-social.*

Ces phénomènes soulèvent la question de l'orientation générale des patients âgés en amont et en aval du dispositif sanitaire. Les ARH en font souvent état dans leurs SROS. Ainsi, celle de Franche-Comté mentionne les hospitalisations "pseudo" urgence et "à caractère social". L'ARH Rhône-Alpes fait état de recours "*de plus en plus fréquents à l'hospitalisation pour des motifs mixtes médicaux et sociaux [pour des personnes] chez qui un problème de santé (ou plusieurs) déséquilibre une situation jusque-là gérable par l'ensemble des acteurs extra-hospitaliers. [...] Le système hospitalier est mis à contribution alors que la partie médicale est techniquement réglée.*" Par ailleurs, l'hospitalisation n'apporte pas nécessairement une réponse médicale adaptée aux besoins.

En aval de l'hospitalisation, les lacunes des moyens sur lesquels repose la sortie peuvent mener à son retardement et/ou des va-et-vient fréquents à l'hôpital. Les ARH soulignent qu'une part des difficultés rencontrées repose sur l'insuffisance de l'offre médico-sociale, des soins de suite et des soins à domicile, et sur le manque de coordination entre les différents dispositifs. "*Tant qu'une organisation de l'ensemble des acteurs extra-hospitaliers ne peut se mettre en place [...], ces personnes restent dans le système hospitalier [...].*"¹⁴⁷ Enfin, lorsque le retour à domicile est réalisable, les soignants éprouvent des "*difficultés à arrêter la prise en charge de patients qui vont mieux*" faute d'une aide à la personne suffisamment adaptée pour prendre le relais (ARH Rhône-Alpes).

Ainsi, les ARH se fixent comme objectif d'agir en dehors de l'hôpital pour mieux fluidifier le dispositif dans son ensemble et protéger la personne âgée fragile. "*La fluidification de la filière gériatrique passe par la nécessaire coordination des secteurs sanitaire et social et par un renforcement des structures et de leurs moyens tant en amont qu'en aval.*"¹⁴⁸ Il semble en effet essentiel que l'itinéraire sanitaire du patient âgé ne présente aucun blocage. Sur cette question, les SROS citent l'insuffisance de structures d'aides et de soins à domicile comme source de la congestion des services sanitaires. Lorsque le dispositif de maintien à domicile n'est pas suffisamment solide, les effets se font sentir à la fois à l'entrée en hospitalisation (alors perçue comme une solution de secours) et à sa sortie car les "*services vont devoir organiser avec beaucoup de difficultés la sortie des patients qui resteront hospitalisés plus longtemps que nécessaire.*"¹⁴⁹

2.1.2 Une prise en charge hospitalière peu adaptée, peu graduée et insuffisamment coordonnée

Lorsque l'hospitalisation est inévitable, les ARH cherchent à restreindre la survenue de la dépendance des patients âgés au cours de leur itinéraire sanitaire en adaptant la prise en charge sanitaire à leurs problèmes spécifiques. "*[...] le dispositif doit être organisé pour prévenir la perte d'autonomie et limiter les effets iatrogènes des séjours hospitaliers.*"¹⁵⁰

En premier lieu, les SROS relèvent la nécessité d'une prise en charge spécifique du patient gériatrique, non seulement parce que son état est fragile et requiert une attention particulière, mais également parce que les équipes hospitalières doivent prendre en charge plusieurs pathologies simultanément. La prise en charge de cette patientèle fragile, qui nécessite une approche pluridisciplinaire se heurte à une organisation sanitaire centrée sur les spécialités d'organes. "*L'inadéquation du système hospitalier se [traduit] par une segmentation historique en disciplines d'organes [...].*"¹⁵¹

Selon l'ARH des Pays de la Loire, elle se heurte également au manque de compétences des professionnels hospitaliers en matière de gériatrie. Il apparaît essentiel de leur apporter une formation adaptée à ce type de patientèle.

Par ailleurs, alors que la fragilisation des personnes âgées est proportionnelle à la durée d'hospitalisation, les séjours hospitaliers sont jugés trop longs. "*Les séjours hospitaliers générés par les patients de 80 ans et plus ont une durée moyenne supérieure de 50 % à la durée moyenne de séjour de l'ensemble des*

¹⁴⁷ ARH Rhône-Alpes, 2004, op.cit.

¹⁴⁸ ARH Bourgogne, 2004, op.cit.

¹⁴⁹ ARH Rhône-Alpes, op.cit.

¹⁵⁰ Guide méthodologique, C.G. Gironde, ARH Aquitaine, CRAM Aquitaine, DDASS Gironde, op.cit.

¹⁵¹ Bilan de la mise en œuvre du volet complémentaire du SROS, prise en charge sanitaire des personnes âgées, travaux préparatoires au SROS de troisième génération, ARH Bretagne, octobre 2004.

patients hospitalisés, quel que soit l'âge."¹⁵² Ceci est notamment la conséquence du manque de dispositifs visant à réduire l'hospitalisation complète. Ceux-ci *"doivent être fortement développés (hospitalisation à domicile, hospitalisation à temps partiel, consultations gériatriques [...])."*¹⁵³

La priorité affichée dans l'ensemble des SROS est de prendre en charge de manière adaptée le patient âgé – en maintenant son autonomie jusqu'après son retour à domicile, en raccourcissant son séjour hospitalier –, et de désengorger les services de court séjour et d'urgence en diminuant le temps de prise en charge et en limitant l'hospitalisation évitable.

Les objectifs des SROS, orientés par les circulaires sont nécessairement proches les uns des autres. L'ARH Languedoc-Roussillon est représentative de l'ensemble des ARH et synthétise les recommandations des circulaires : *"Ainsi, l'objectif principal du SROS est de développer une prise en charge sanitaire des personnes âgées globale, continue, coordonnée, graduelle et préventive en articulation avec le secteur ambulatoire, social et médico-social en vue de prévenir les risques de perte d'autonomie et de privilégier le maintien de ces personnes dans leur cadre de vie."* Cette optique de travail nécessite une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur le patient. La réalisation de cet objectif repose notamment sur la mise en place ou l'amélioration de la *"filière gériatrique"*¹⁵⁴. Il s'agit de rendre cohérent le parcours sanitaire et médico-social du patient âgé, de l'amont à l'aval de l'hospitalisation.

Au-delà des circulaires qui prévoient une réflexion propre des autorités hospitalières régionales sur le volet « personnes âgées », l'étude succincte qui précède révèle l'engagement des acteurs dans la réflexion et la relative convergence des analyses de part et d'autre des frontières sanitaire et médico-sociale. Cette convergence peut directement se traduire en termes d'initiatives de planification : en région Bretagne, un schéma régional interdépartemental de médicalisation des EHPAD a ainsi été défini en 2002-2003, sous l'autorité du Préfet de région ; un comité de pilotage ARH – État s'est attaché à garantir la cohérence des deux démarches.

De façon plus générale, un certain nombre d'orientations peuvent être formulées pour traduire cet engagement et traiter les problèmes repérés par les exercices de planification.

2.2 Orientations pour la planification sanitaire

2.2.1 Consolider les connaissances quant à l'impact du vieillissement sur la consommation de soins

La réalisation d'enquêtes et d'études sous forme d'état des lieux pour mieux cerner les besoins de la population âgée hospitalisée constitue une étape indispensable dans toute démarche de planification. (cf. en annexe 28 l'exemple des études conduites en Bretagne). Elles doivent permettre d'apporter des connaissances sur les caractéristiques des patients, les raisons de leur hospitalisation et leurs besoins de soins. Elles doivent également déterminer les adaptations à apporter aux prises en charge. Il est essentiel de mieux cerner les besoins. La crédibilité de la démarche de planification en dépend. En outre, la prise de conscience par les acteurs des spécificités des prises en charge des personnes âgées constitue une contribution importante au développement d'une dynamique en faveur de cette priorité de santé.

Sur le plan financier, l'effet du vieillissement sur la consommation de soins est établi. Pour l'avenir, il conviendrait d'approfondir l'évaluation de cet impact. En effet, le profil par âge des dépenses de santé n'est pas constant dans le temps. Plusieurs facteurs influent sur les perspectives de croissance : les données sanitaires, les données économiques (impact du niveau de revenu sur la dépense de santé), les facteurs comportementaux (et notamment l'effet de génération) ou encore les techniques et les modes de prise en charge (maintien à domicile, prises en charge ambulatoires, hospitalières, alternatives à l'hospitalisation, etc.)

¹⁵² ARH Rhône-Alpes, op.cit.

¹⁵³ Guide méthodologique, ARH Aquitaine, op.cit.

¹⁵⁴ Cf. annexe 27 : Planification gérontologique et sanitaire : la filière gériatrique comme passerelle.

L'élaboration des schémas d'organisation sanitaire peut constituer une opportunité pour mieux cerner l'impact financier du vieillissement sur la consommation de soins hospitaliers.

Avec la disparition de la carte sanitaire, les objectifs quantifiés constituent désormais l'outil de régulation de l'offre pour les principales activités de soins (médecine, chirurgie, soins de suite, réadaptation fonctionnelle, psychiatrie). En Bretagne, le scénario d'évolution des objectifs quantifiés, actuellement soumis à la consultation réglementaire des conférences sanitaires, propose ainsi à l'horizon 2010, compte tenu de l'évolution démographique et de l'effet du vieillissement, une progression :

- de 4,5 % en objectif cible, 9 % en seuil plafond pour la médecine et la chirurgie,
- de 9 % pour les soins de suite et près de 15 % en seuil plafond.

Au moment où les ARH définissent leurs objectifs quantifiés et finalisent le SROS, il serait particulièrement opportun de mettre en place un suivi tout au long de la période de réalisation du SROS afin de mieux cerner l'impact du vieillissement sur l'effet volume et, en conséquence, sur l'ONDAM hospitalier. Une telle évaluation permettrait en particulier de mesurer les redéploiements possibles entre les enveloppes hospitalière et médico-sociale et de programmer sur des bases solides le plan de transfert évoqué au chapitre précédent, élément essentiel du financement (par redéploiement) du développement de l'offre médico-sociale.

2.2.2 Concevoir une réponse globale (sanitaire, médico-sociale et sociale)

2.2.2.1 Une approche globale

Les besoins des personnes âgées et/ou dépendantes sont, par nature, multifformes, imbriqués et tiennent tant aux conditions d'environnement qu'à leur seul état de santé somatique ou psychique... L'émergence progressive ou subite de leur complexité constitue, de plus, un facteur de situations de crise et de rupture, préjudiciable aux intéressés et à leurs familles.

L'évolution démographique, caractérisée par une part accrue de personnes très âgées et fragiles, implique une démarche volontariste de prise en charge pluridisciplinaire médico/psycho/sociale, fondement de la politique gériatrique. L'approche transversale de cette population justifie de dépasser le clivage sanitaire et médico-social pour mettre en cohérence les schémas d'organisation de soins, les schémas gérontologiques et améliorer, ainsi, la réponse aux besoins ainsi que la fluidité de l'ensemble du dispositif.

En d'autres termes, la qualité des dispositifs de prise en charge doit s'entendre en termes de globalité, de continuité et de proximité des réponses aux besoins. Leur élaboration doit être conduite avec le souci majeur de garantir la cohérence et la coordination de la démarche, initiée dans le domaine sanitaire avec l'ensemble des politiques menées au bénéfice des personnes âgées. La prise en charge globale relève à la fois du champ sanitaire, médico-social et social.

2.2.2.2 Une approche territoriale

La demande de la population en termes de maintien dans le milieu de vie et de proximité doit être privilégiée pour bâtir une organisation de l'ensemble de la prise en charge, y compris les services dispensés par l'hôpital. Celle-ci implique d'identifier des territoires de proximité pertinents dans lesquels peut s'envisager la mise en œuvre coordonnée et optimale de l'ensemble des actions retenues pour satisfaire les demandes exprimées et ressenties.

Identifier ces territoires de proximité signifie "officialiser" le lien entre offreurs de soins libéraux, hospitaliers et patients d'un même territoire. Cela sous-tend également de définir des espaces de proximité où l'accessibilité est ainsi, en distance et en temps, sans rupture symbolique forte, où les personnes concernées sont susceptibles de s'identifier aisément et/ou les déplacements du soigné et de son entourage sont compatibles avec la vie de tous les jours.

A la fois espaces de vie, d'accès aux services et cadre de mobilisation des acteurs, ces territoires de proximité correspondent, par exemple, en Bretagne, à 21 zones proches du découpage des pays. Ils représentent un poids démographique différent selon le caractère urbain ou rural de la zone et sont constitués de un ou plusieurs secteurs gérontologiques. Dans la ligne des recommandations de méthode faites pour l'élaboration des schémas gérontologiques, il importe donc d'identifier les territoires de proximité pertinents et cohérents entre les différents exercices.

2.2.2.3 Une organisation en réseau

Au-delà des incantations, le développement des réseaux gérontologiques doit être porté par les acteurs.

- **Une affaire de financement**

Il paraîtrait légitime de mieux prendre en compte la problématique "personnes âgées" dans l'affectation des ressources de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), prélevée sur l'ONDAM médico-social. L'article L.162-43 du code de la sécurité sociale a en effet individualisé une enveloppe dite "dotation nationale de développement des réseaux". Cette dotation destinée à financer des réseaux de soins (sanitaires et mixtes sanitaires / médico-sociaux) est prélevée sur les différents ONDAM selon une clé fixée par voie réglementaire. Or la part prélevée sur l'ONDAM médico-social est anormalement élevée, compte tenu d'un « retour sur investissement » particulièrement faible : peu de réseaux de soins gériatriques, pratiquement aucun réseau géronto-gériatrique décloisonné avec la médicosocial.

L'ONDAM médico-social représente 8 % de l'ONDAM global, alors qu'il contribue pour plus de 17% à la DNDR (31,3 M€ sur 170 M€ en 2006).

Cette somme devrait logiquement contribuer essentiellement au développement de réseaux de soins concernant les personnes âgées (80 %) et les personnes handicapées (20 %) et comportant systématiquement une composante médico-sociale.

Le pilotage de ces opérations devrait associer la DHOS, la DGAS et la CNSA et l'utilisation de ces crédits respecter un cahier des charges préétabli.

- **Une affaire de méthode**

Un cahier des charges conjoint entre l'ARH et l'URCAM a été réalisé en Bretagne à l'intention des promoteurs potentiels, développant une vision commune des réseaux gérontologiques et de leur articulation avec les CLIC. (cf. annexe 29). L'éligibilité au financement de la dotation de développement des réseaux y est subordonnée aux critères suivants :

- le réseau doit organiser la coordination des acteurs sanitaires et sociaux de proximité. Il doit assurer une prise en charge globale et efficiente des personnes âgées fragiles dont la situation sanitaire est lourde et/ou complexe dans un objectif de maintien à domicile. La fragilité est définie en référence à l'état d'instabilité, de forte vulnérabilité de la personne âgée et du risque élevé de dépendance, d'hospitalisation, d'entrée en institution, de mortalité ;
- l'objectif stratégique est de contribuer par une prise en charge sanitaire coordonnée, à favoriser un maintien à domicile de qualité.

De manière plus opérationnelle, sur le plan de la coordination autour de la personne âgée, il s'agit d'améliorer la prévention et le dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (dénutrition, déshydratation, déficits sensoriels). L'organisation en réseau doit également viser à améliorer la prise en charge curative et palliative et à éviter/différer/raccourcir les hospitalisations et les entrées en institution. Elle doit améliorer la coordination avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales existantes, ainsi que l'articulation avec les autres réseaux thématiques concernés par le grand âge. Sur le plan de l'harmonisation et de l'évaluation de pratiques en gérontologie et gériatrie, il s'agit de respecter les référentiels de qualité des prescriptions et des délivrances de soins et d'organiser sur le long terme le suivi de la population prise en charge en s'appuyant sur un référent identifié.

Outre l'approche globale des situations, les principes d'organisation soulignent la nécessaire implication des opérateurs du territoire au moment de la conception et de la mise en place du réseau afin de garantir la continuité des soins, mais surtout l'articulation forte avec le CLIC et les structures dont le champ d'intervention est proche (SAD, SSIAD, HAD, ...).

Une prise en charge adaptée suppose de formaliser les principales étapes du parcours du patient : information - accueil - orientation ; identification des personnes fragiles : modalités de repérage des besoins ; modalités et articulation de l'évaluation sanitaire et médico-sociale ; élaboration du plan d'aide ; mobilisation et coordination personnalisée de l'offre de réponse.

Enfin, les autres critères d'éligibilité portent sur le territoire de proximité de référence ; l'effectif minimum de personnes âgées pris en charge, un jour donné fixé à 200 ; l'implication significative des professionnels de santé et des structures sanitaires et médico-sociales ; l'articulation avec les autres réseaux (soins palliatifs).

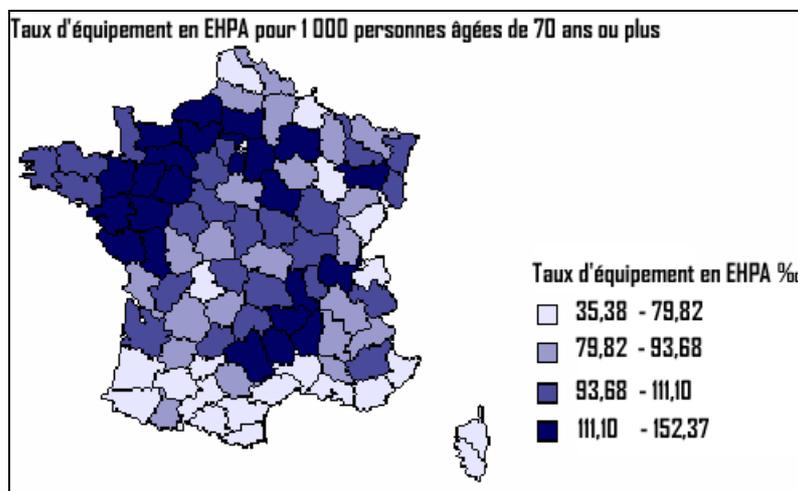
3 Les disparités départementales de l'accueil et des services infirmiers aux personnes âgées

3.1 Les taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées et services de soins infirmiers à domicile.

A défaut de connaître précisément les « besoins » au niveau de chaque département, les disparités départementales sont de façon usuelle étudiées à partir des taux d'équipement, en établissements ou en services, rapportant le nombre de places ou les personnels concernés au nombre de personnes pouvant en bénéficier pour chaque département. Dans cette première partie, la population de référence susceptible de bénéficier de ces équipements ou services est celle des personnes âgées de 70 ans ou plus, ce seuil ayant été retenu afin de pouvoir rapprocher les données portant sur les établissements de celles des services de soins infirmiers à domicile.

3.1.1 Les disparités d'offre globale en établissement pour personnes âgées

Carte n°1



Source : Drees - Enquête EHPA 2003

Les taux d'équipement en établissements pour personnes âgées sont très différents d'un département à l'autre. Le taux d'équipement moyen pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus en établissement est de 94 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus en métropole. La Lozère, le Maine et Loire et l'Ardèche ont les taux d'équipement les plus élevés : plus de 140 places pour 1000 personnes de 70 ans ou plus. Dans la moitié des départements de métropole, les taux d'équipement sont compris entre 35 et 94 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus. Dans l'autre moitié, les taux varient entre 94 et 153 pour 1000. La partie Sud de la France est globalement moins équipée en établissements que la partie Nord.

3.1.2 Les disparités d'offre en établissement par type d'établissement

Le taux d'équipement en maisons de retraite est beaucoup plus élevé que celui en logements-foyers et en USLD : respectivement, 63, 19 et 12 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus. Les logements-foyers présentent une dispersion des taux d'équipement autour de la moyenne beaucoup plus grande (ils sont donc implantés de façon plus hétérogène).

13 départements sont classés pour chacune des catégories d'établissement dans la moitié des départements les moins équipés : Haute Corse, Alpes Maritimes, Aude, Bouches du Rhône, Charente Maritime, Drôme, Gard, Gers, Lot et Garonne, Pyrénées Atlantiques, Pyrénées Orientales, Var et Haute Vienne. A l'inverse, 8 départements sont classés pour chacune des catégories d'établissements, parmi la

moitié des départements les plus équipés : Ardèche, Finistère, Ille et vilaine, Loire, Marne, Oise, Sarthe et Essonne. 45 départements sont classés parmi les départements les plus équipés pour deux catégories d'établissements sur trois. Les autres (30) sont classés parmi les départements les plus équipés pour une seule catégorie sur trois.

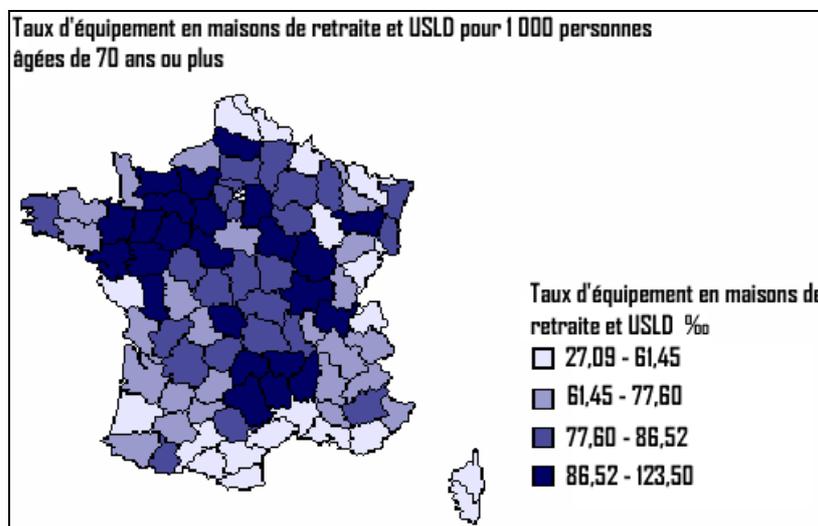
Le taux d'équipement en établissements publics est beaucoup plus élevé que celui en établissements privés à but non lucratif et en établissements privés commerciaux : respectivement, 60, 23 et 11 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus. Ce sont les établissements privés lucratifs qui présentent la dispersion autour de la moyenne la plus forte (ils sont donc implantés de façon plus hétérogène).

9 départements sont classés pour chacun des statuts dans la moitié des départements les moins équipés : Corse du Sud, Hautes Alpes, Ardennes, Ariège, Doubs, Charente Maritime, Gers, Haute-Savoie et Paris. A l'autre extrême, 9 départements sont classés pour chacune des catégories de statut juridique, parmi la moitié des départements les plus équipés : Ain, Ardèche, Calvados, Eure et Loir, Loire, Marne, Oise, Seine Maritime, et Yonne. 41 départements sont classés parmi les départements les plus équipés pour deux types de statuts juridiques sur trois. Ainsi la Lozère, très bien dotée en établissements, est classée dans la moitié des départements les plus pourvus en établissements publics et privés à but non lucratif, mais est classée dans la moitié des départements les moins pourvus en établissements privés commerciaux. Les autres départements (38) sont classés parmi les départements les plus équipés pour un seul statut juridique.

3.1.3 Les disparités d'offre en maisons de retraite et USLD (hors logements foyers)

Le taux d'équipement en établissements, hors logements-foyers, pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus est de 75 places. Dans la moitié des départements, les taux d'équipement sont compris entre 27 et 78 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus. Dans l'autre moitié, les taux d'équipement sont compris entre 78 et 124 places pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus.

Carte n°2



Source : Drees - Enquête EHPA 2003

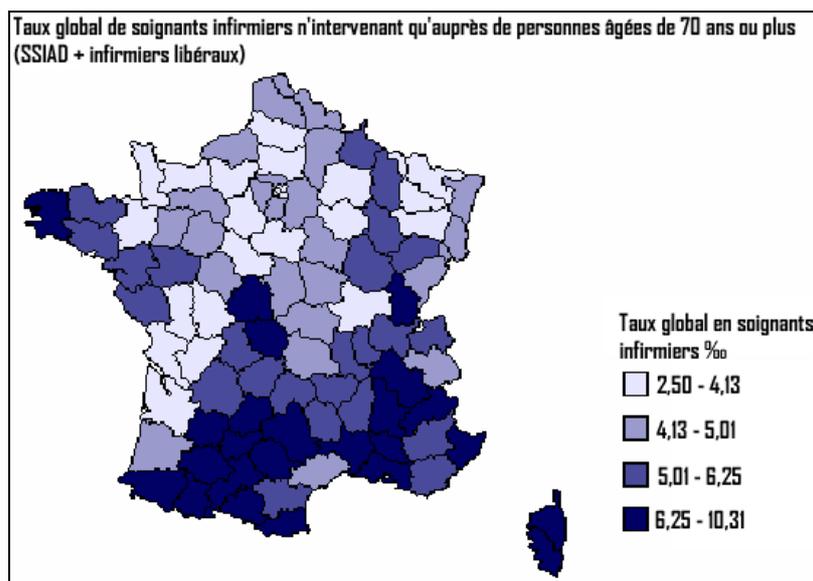
Trois départements ont des taux supérieurs à 110 places pour 1000 : la Lozère, la Haute Loire et l'Yonne. Le constat que le sud de la France est bien moins équipé reste vrai pour le taux d'équipement hors logements-foyers.

Si on compare la carte du taux d'équipement en maisons de retraite, USLD et logements-foyers avec celle des taux d'équipement en maisons de retraite et USLD, on peut noter que 76 des 96 départements sont classés dans la même moitié des départements sur les deux cartes (les départements sont classés en deux groupes de même nombre (48 départements dans chaque groupe) selon le rang de classement pour chacun des deux taux d'équipement).

En revanche, 20 départements ne sont plus classés dans la même moitié des départements : dix départements passent de la moitié des départements les moins équipés à celle des départements les plus équipés. Parmi eux, l'Aisne, l'Allier, l'Aube, la Corrèze, la Dordogne, l'Indre, la Meuse, Les Hautes-Pyrénées, la Somme et le Tarn. Le même nombre de départements passe de la moitié des départements les plus équipés à celle des moins équipés quand on exclut les logements-foyers. Ce sont les Côtes d'Armor, la Gironde, le Lot, la Manche, le Morbihan, le Rhône, la Savoie, la Seine-Maritime, la Vendée.

3.1.4 Les disparités d'offre en Ssiad et en infirmiers libéraux

Carte n°3



Source : Drees - Enquête Ssiad 2002, Cnam - Snir, Calculs Drees

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) interviennent principalement auprès de personnes âgées dépendantes pour différer une hospitalisation ou pour faciliter leur retour à domicile après un séjour à l'hôpital. Ils participent ainsi fortement au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes mobilise de plus en plus souvent des soins infirmiers. On compte donc ici dans le total des soignants infirmiers par département, les soignants salariés exerçant leur activité dans le cadre d'un Ssiad et le nombre d'infirmiers libéraux du département pondéré par la part des 70 ans et plus au sein de leur patientèle.

On compte en moyenne 5,3 soignants infirmiers pour 1000 personnes âgées de 70 ans ou plus. Les densités les plus élevées (+8,4 ‰) concernent 4 départements : Hérault, Haute Corse, Hautes Alpes et Aveyron. D'une façon globale, la partie méridionale de France apparaît plus dotée que la moyenne en soins infirmiers.

3.1.5 Les disparités globales d'équipement (soignants infirmiers et établissements)

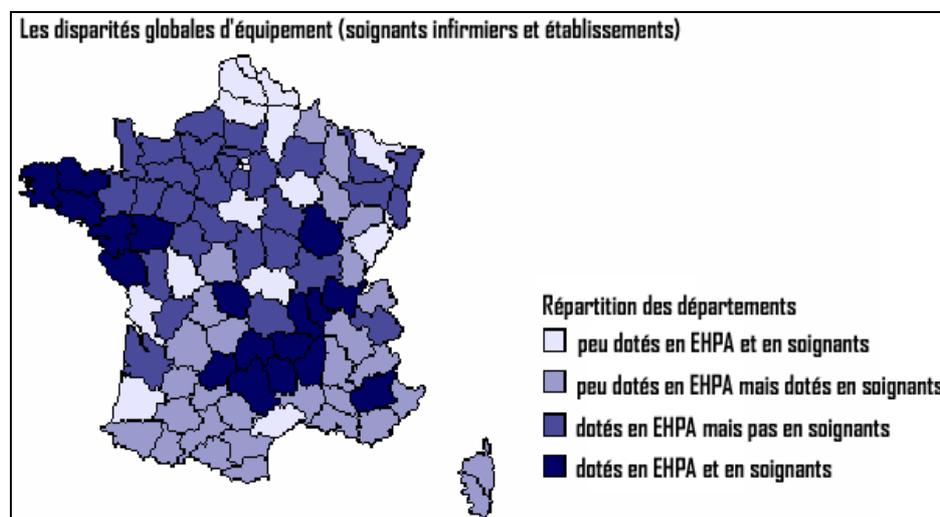
Dans cette partie, on considère le classement des départements en croisant les deux critères : taux d'équipement en nombre de places en établissements et en personnels soignants infirmiers (SSIAD et infirmiers libéraux), rapportés à la population des plus de 70 ans.

Il y a 18 départements qui sont à la fois classés dans la moitié des départements les plus dotés en établissements et dans la moitié de ceux les plus pourvus en soignants infirmiers. Il s'agit principalement de départements de l'ouest : Vendée, Finistère, Morbihan, Loire Atlantique, Côtes-d'Armor, mais aussi de départements localisés dans la moitié sud : Lozère, Aveyron, Cantal, Ardèche, Rhône, Ain.

A l'autre extrême, il y a 18 départements qui sont classés à la fois dans la moitié des départements les moins dotés en établissements et dans la moitié de ceux les moins pourvus en soignants infirmiers. Il

s'agit notamment de Paris et de départements de la petite couronne et du nord de la France (Nord, Pas de Calais, Aisne et Somme).

Carte n°4



Source : Drees – Enquêtes EHPA 2003 et Ssiad 2002, Cnam – Snir, Calculs Drees

Les 60 autres départements se répartissent en deux groupes : 30 sont classés dans la moitié des départements les plus dotés en établissements et dans la moitié de ceux les moins pourvus en soignants infirmiers ; 30 sont classés dans la moitié des départements les moins dotés en établissements et dans la moitié de ceux les plus pourvus en soignants infirmiers. Cette analyse ne permet cependant pas de statuer sur les éventuelles complémentarités entre modes de prise à charge.

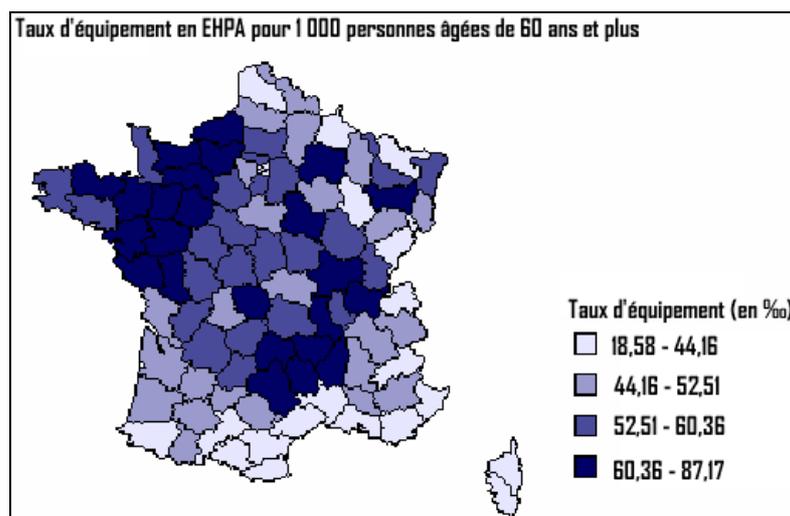
3.2 Une approche de la capacité d'accueil en établissement par département standardisée en fonction de la structure de la population âgée de 60 ans ou plus

3.2.1 Le taux d'équipement observé rapporté au nombre de personnes de 60 ans ou plus

Dans cette partie, on considère la population des personnes de 60 ans ou plus, et non plus celle des 70 ans ou plus retenue précédemment à des fins de comparaison entre taux d'équipement en établissements et en soins infirmiers. Ce seuil de 60 ans est conventionnel : on sait en effet que les taux d'institutionnalisation croissent fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ou 80 ans. Toutefois, pour l'étude descriptive des disparités actuelles, il a paru ici préférable de retenir le champ complet des personnes pouvant être prises en charge en établissement : les personnes de moins de 70 ans constituent aujourd'hui près de 10 % de la population accueillie en EHPA (maisons de retraite, USLD ou logements foyers). Il est cependant clair que, dans une optique plus prospective d'analyse des besoins et notamment des besoins de création de places au plan départemental, il convient d'étudier les possibilités de reconversion de places existantes actuellement occupées par des personnes relativement jeunes et présentant une perte d'autonomie en moyenne plus faible. Les résultats qui suivent retracent donc les disparités actuelles ; ils ne se transposent pas directement à une analyse des besoins dans une optique plus normative.

Le taux moyen d'équipement ainsi calculé est de 49 places pour 1000 personnes de 60 ans ou plus. Il est nettement plus faible que celui calculé précédemment sur la base des personnes de 70 ans ou plus, mais les différences entre départements des taux d'équipement en EHPA calculés sur la base des personnes de 60 ans ou plus diffèrent assez peu de celles observées sur la population des 70 ans ou plus (voir en annexe la comparaison des distributions des taux d'équipements [nombre de places totales sur la population de la tranche d'âge concernée] selon 4 tranches d'âge – 60 ans ou plus, 70 ans ou plus, 75 ans ou plus et 80 ans et plus).

Carte n°5



Source : Drees - Enquête EHPA 2003

On retrouve toujours des taux d'équipement plus faibles que la moyenne dans les départements du pourtour méditerranéen. A l'inverse, ceux situés plus au nord, notamment dans l'ouest et le centre, affichent des taux supérieurs à la moyenne.

Les 24 départements les plus équipés (classés dans le quatrième quart des départements) sont par ordre décroissant des taux : la Lozère, l'Ardèche, le Maine et Loire, la Mayenne, la Sarthe, la Haute-Loire, l'Yonne, la Seine Maritime, les Deux Sèvres, la Vendée, l'Aveyron, l'Orne, les Vosges, la Marne, l'Ille et Vilaine, la Loire, le Calvados, la Saône et Loire, l'Eure, le Cantal, la Creuse, l'Ain, les Côtes d'Armor et la Loire Atlantique.

Quelques différences apparaissent quand on considère les taux d'équipement relativement aux 60 ans ou plus comparativement à ceux observés sur les 70 ans ou plus. La Saône et Loire, le Cantal, la Creuse et les Côtes d'Armor font ici partie du quart des départements les plus équipés au seuil de 60 ans, alors qu'ils étaient classés dans le troisième quart lorsqu'on considérait le seuil de 70 ans. Inversement, la Seine et Marne, l'Oise, le Val d'Oise et l'Essonne, qui figuraient dans le quart des départements les plus équipés au seuil de 70 ans, restent plus équipés que la moyenne mais sont classés dans le troisième quart au seuil de 60 ans.

Les 24 départements les moins équipés (classés dans le premier quart des départements) sont par ordre décroissant des taux : la Corse du Sud, la Haute Corse, la Seine Saint Denis, Paris, les Pyrénées Orientales, les Bouches du Rhône, le Doubs, la Haute Savoie, le Var, l'Aude, l'Hérault, le Gard, le Territoire de Belfort, les Ardennes, le Pas de Calais, les Alpes Maritimes, la Haute Marne, l'Ariège, le Val de Marne, la Moselle, la Haute Garonne, les Pyrénées Atlantiques, les Hauts de Seine et les Hautes Alpes.

Le Val de Marne, la Moselle, les Hauts de Seine et les Hautes Alpes font ici partie du quart des départements les moins équipés, alors que leur taux d'équipement pour mille personnes de 70 ans ou plus est aussi au dessous de la moyenne mais n'est pas dans les plus faibles. Tandis que la Haute Vienne, le Gers, le Tarn et Garonne et les Landes, qui figuraient dans le quart des départements les moins équipés au seuil de 70 ans, restent en dessous de la moyenne mais ne sont classés que dans le deuxième quart au seuil de 60 ans.

3.2.2 La capacité et le taux d'accueil théoriques basés sur la structure par sexe et âge de la population de personnes de 60 ans ou plus

On cherche ici à construire des taux théoriques d'équipement pour chaque département, de façon standardisée, en appliquant pour différentes catégories de population les taux observés au plan national et en les déclinant selon les structures de population observées dans les départements.

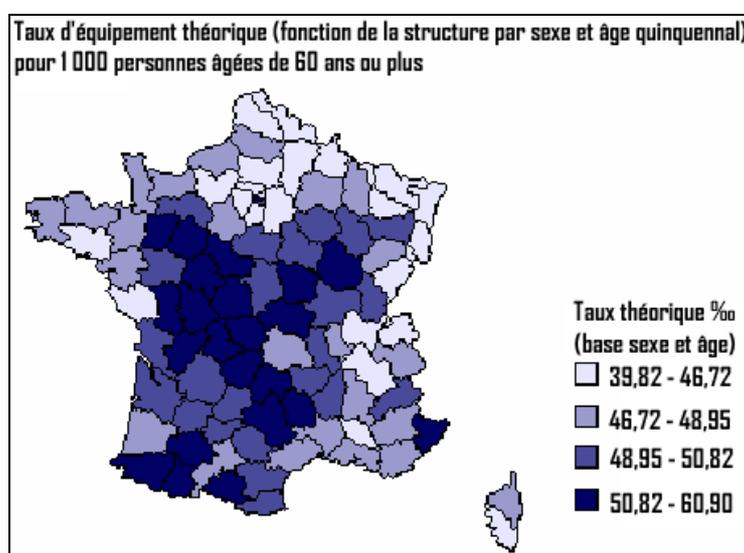
Cet exercice ne permet pas de déterminer les besoins effectifs de chacun des départements, mais il permet de décrire la capacité théoriquement nécessaire dans chaque département après prise en compte de certains facteurs structurels, en considérant les taux d'institutionnalisation moyens France entière pour chaque catégorie de population. La somme des capacités théoriques départementales ainsi calculée est égale à la somme des capacités observées dans l'ensemble des départements.

Dans un premier temps, un taux théorique d'équipement en hébergement a été estimé pour chaque département en fonction uniquement de la structure par sexe et âge quinquennal de la population des personnes âgées y résidant. Le taux moyen d'institutionnalisation observé en France métropolitaine dans chaque sous-groupe de population a été appliqué aux effectifs correspondants des départements.

Tableau n°64 : Taux de prise en charge en institution par sexe et âge (pour 1000 personnes)

	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans	90 et plus	Total
H	7	11	18	30	57	124	229	28
F	3	12	20	46	103	250	395	65
T	5	11	19	40	86	210	356	49

Carte n°6



Source : INSEE - ELP, Drees - Enquête EHPA 2003, Calculs Drees

Le taux d'équipement théorique moyen (France métropolitaine) ainsi calculé est par construction égal au taux d'équipement observé (49 places pour 1000 personnes de 60 ans ou plus). Mais la dispersion des taux est beaucoup plus faible : le taux théorique le plus faible est de 40, le plus élevé est de 61 quand le taux observé du département le plus équipé est 87 et celui du moins équipé de 19.

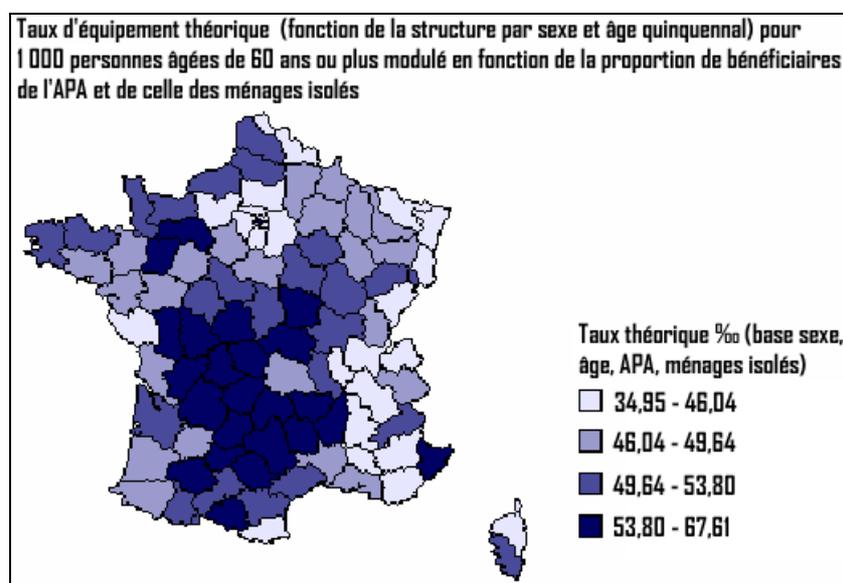
De plus, les 24 départements qui ont les taux théoriques les plus élevés ne font pas partie du quart les plus équipés et inversement, ceux qui ont les taux théoriques les plus bas ne font pas tous partie des moins équipés.

Ainsi les départements du Nord-Ouest comme la Seine Maritime, l'Ille et Vilaine, le Calvados, l'Eure, les Côtes d'Armor et la Loire Atlantique ainsi que la Vendée, la Marne et l'Ain qui sont parmi les plus équipés présentent des taux théoriques inférieurs à la moyenne. A l'inverse, plusieurs départements du sud de la France (les Pyrénées Orientales, l'Aude, les Alpes Maritimes, l'Ariège, les Pyrénées Atlantiques, les Hautes Alpes), d'Île de France (Paris, Val de Marne et Hauts de Seine) ainsi que la Haute Marne apparaissent avec des taux théoriques au-dessus de la moyenne alors qu'ils font partie des moins équipés.

La différence entre cette représentation et celle des taux observés met donc en évidence que les taux d'équipement ne sont pas uniquement déterminés par la structure de la population par sexe et âge mais que d'autres facteurs interviennent.

3.2.3 Modulation des taux théoriques en fonction de l'importance de l'APA et des ménages isolés dans la population des personnes âgées.

Carte n°7



Source : INSEE - ELP, Drees - Enquête EHPA 2003, Calculs Drees

Les taux théoriques d'équipement en hébergement ont été ensuite corrigés en fonction de la part des bénéficiaires de l'APA, celle-ci étant considérée comme un indicateur de dépendance reconnue, et de celle des ménages isolés dans chaque département. En effet, ces populations sont nettement plus souvent accueillies en établissement que les autres (460 pour 1000 bénéficiaires de l'APA et 108 pour 1000 personnes isolées vivent en établissement contre 49 en moyenne dans la population des personnes de 60 ans ou plus). Toutefois, cette correction n'a pas été apportée en reprenant l'intégralité de ces effets car la structure par sexe et âge en capture déjà une partie. Ainsi, le taux d'APA dans la population des 60 ans et plus du département (6,1 % en moyenne) est d'autant plus fort que la proportion des personnes de plus de 75 ans au sein des 60 ans et plus dans le département est élevée. Tandis que le poids des ménages isolés (41 % en moyenne pour les 60 ans ou plus) est plus faible quand la proportion d'hommes de plus de 75 ans au sein des 60 ans et plus dans le département est élevée.

Ces corrections ont eu pour impact d'augmenter les taux théoriques des départements où la proportion d'APA est supérieure à la moyenne et/ou ceux des départements où la proportion de ménages isolés est supérieure à la moyenne et inversement de diminuer ceux des départements où la proportion d'APA est inférieure à la moyenne et/ou ceux des départements où la proportion de ménages isolés est inférieure à

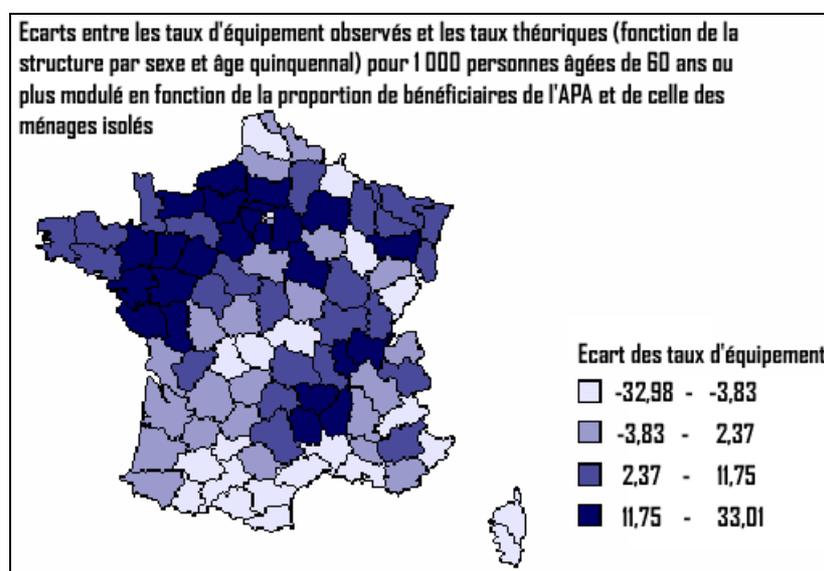
la moyenne. Ainsi, les taux théoriques des départements comme l'Ariège, la Creuse, l'Aveyron, la Haute Loire et l'Ardèche sont plus élevés (entre +6 et +11 points) que si on considère uniquement la structure par sexe et âge, tandis que ceux du Var, de Seine et Marne, des Yvelines et de l'Essonne sont plus faibles (entre - 6 et - 8 points).

Par ailleurs, les taux théoriques des départements bordant les côtes du nord de l'Atlantique et de la Manche sont aussi, mais dans une moindre ampleur, plus élevés que si on considère uniquement la structure par sexe et âge.

3.2.4 L'écart entre les taux d'équipement observés et les taux théoriques

La comparaison des écarts entre les taux observés et les taux théoriques constitue ici une autre façon d'appréhender quels sont les départements qui paraissent plus équipés que la moyenne (qualifiés par convention de « plutôt suréquipés » par rapport aux caractéristiques de leur population dans la suite du texte pour les différencier de la notion de « plus équipés » retenue lorsque l'on analyse la distribution des taux d'équipement observés) et inversement ceux qui paraissent moins équipés que la moyenne (qualifiés de « plutôt sous équipés » par rapport aux caractéristiques de leur population dans la suite).

Carte n°8



Source : INSEE - ELP, Drees - Enquête EHPA 2003 , Calculs Drees

Cette représentation des écarts est assez proche de celle des taux d'équipement observés notamment en ce qui concerne les extrêmes : les départements qui figurent dans les 24 présentant les écarts de taux les plus positifs, donc considérés ici comme « plutôt suréquipés » par rapport aux caractéristiques de leur population, sont souvent parmi les « plus équipés » c'est-à-dire parmi les 24 ayant les taux d'équipement observés les plus élevés et, à l'opposé, les départements qui figurent dans les 24 présentant les écarts de taux les plus négatifs (donc considérés ici comme « plutôt sous équipés » par rapport aux caractéristiques de leur population) sont souvent parmi les « moins équipés » c'est-à-dire parmi les 24 ayant les taux d'équipement observés les plus faibles. La prise en compte de la structure par sexe et âge, ainsi que de la proportion d'APA et de ménages isolés dans la population des 60 ans ou plus n'a donc modifié que partiellement le constat fait précédemment.

Les 24 départements qui paraissent « plutôt suréquipés » par rapport aux caractéristiques de leur population sont par ordre décroissant des taux (écart de taux compris entre +12 et +33) : le Maine et Loire, la Lozère, l'Ardèche, la Seine et Marne, la Vendée, la Sarthe, l'Essonne, L'Eure, l'Oise, l'Yonne, le Val d'Oise, l'Ain, les Vosges, la Marne, les Yvelines, l'Ille et Vilaine, la Seine Maritime, la Mayenne, la Loire Atlantique, les Deux sèvres, la Haute-Loire, l'Eure et Loir, le Calvados et le Rhône.

La Seine et Marne, l'Essonne, L'Oise, le Val d'Oise, les Yvelines et l'Eure et Loir figurent ainsi parmi les « plutôt suréquipés » bien que n'étant pas parmi les « plus équipés ». A l'inverse, bien qu'étant parmi les « plus équipés », l'Aveyron, l'Orne, la Loire, la Saône et Loire, le Cantal, la Creuse et les Côtes d'Armor ne semblent pas « plutôt suréquipés », la Creuse apparaît même comme « plutôt sous équipée ».

Les 24 départements qui paraissent « plutôt sous équipés » par rapport aux caractéristiques de leur population sont par ordre croissant des taux (écart de taux compris entre - 3,8 et -33) : la Corse du Sud, Paris, la Haute Corse, l'Ariège, les Alpes Maritimes, la Haute Vienne, les Bouches du Rhône, la Seine Saint Denis, le Territoire de Belfort, le Pas de Calais, les Pyrénées Orientales, l'Aude, l'Hérault (pour ces 13 départements les écarts sont inférieurs de plus de 10 points), le Gers, le Tarn et Garonne, le Gard, le Doubs, les Ardennes, la Haute Marne, la Haute Garonne, la Creuse, les Hautes Alpes, les Hautes Pyrénées et l'Allier.

Bien qu'étant parmi les « moins équipés », la Haute Savoie, le Var, le Val de Marne et les Hauts de Seine, les Pyrénées Atlantiques et la Moselle ne comptent pas parmi les « plutôt sous équipés par rapport aux caractéristiques de leur population ». A l'inverse, la Haute Vienne, le Gers, la Creuse, les Hautes Pyrénées et l'Allier ainsi que le Tarn et Garonne, paraissent « plutôt sous équipés » bien que n'étant pas parmi les « moins équipés ».

3.2.5 Recherche des facteurs explicatifs des écarts entre les taux d'équipement observés et les taux théoriques fondés sur les caractéristiques de la population

3.2.5.1 *La méthode*

Il s'agit d'expliquer ici les écarts entre les taux d'équipement observés et les taux théoriques, basés sur la structure par sexe et âge de la population de personnes de 60 ans ou plus et modulés en fonction de l'importance de l'APA et des ménages isolés dans la population des personnes âgées, à partir d'autres variables caractéristiques de la situation socio-économique, ainsi que des autres formes de prise en charge des personnes âgées. Ces variables doivent être disponibles par département.

- Les variables qui ont été intégrées dans le modèle sont les suivantes :
- la part des infirmiers libéraux pour 1000 habitants de plus de 70 ans (données 2002),
- la part des soignants salariés pour 1000 habitants de plus de 70 ans (données 2002),
- la part des personnes originaires du département au sein des personnes accueillies en établissement dans le département (données 2003),
- la part des personnes bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les plus de 65 ans (données 2004),
- la part de la population des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire (données 2003),
- le taux d'activité féminine parmi les femmes 20 à 60 ans (données 1999),
- le poids des non salariés dans la population active (données 1999),
- le poids des ouvriers et des employés dans la population active (données 1999),
- la part des ménages non imposables (données 2002),
- la part des GIR 1 et 2 dans les établissements,
- la part des établissements publics,
- le poids des dépenses par habitant.

L'objectif est de déterminer si ces indicateurs départementaux sont liés aux écarts entre les taux observés et les taux théoriques. La méthode utilisée est un modèle économétrique qui calcule une équation globale mettant en relation les écarts de taux et les indicateurs retenus, en procédant à une analyse descendante retenant dans l'ordre les variables explicatives les plus significatives : $\text{Écart} = \text{constante} + a * I_1 + b * I_2 + \dots + x * I_n$

3.2.5.2 Les principaux résultats

Le modèle obtenu explique 58 % de la dispersion des écarts entre les départements et retient 7 indicateurs significatifs.

La part des bénéficiaires du minimum vieillesse explique 26 % de la variance totale, celle de la CMU, 16 %, celle des originaires du même département, 5%, le taux de non imposition, 4 %, le poids des GIR 1 et 2,3 %, les dépenses par habitant, 2 % et le taux de soignants salariés, 2 %.

La part des personnes bénéficiant du minimum vieillesse joue en négatif dans l'équation (coefficient estimé - 1,3), les écarts diminuant lorsque la part du minimum vieillesse augmente : plus les bénéficiaires du minimum vieillesse sont nombreux dans un département, plus les taux observés risquent d'être inférieurs aux taux théoriques.

La part des personnes bénéficiant de la CMU complémentaire joue aussi en négatif dans l'équation (coefficient estimé - 2,9), les écarts diminuant lorsque la part de la CMU complémentaire augmente : plus les bénéficiaires de la CMU sont nombreux dans un département, plus les taux observés risquent d'être inférieurs aux taux théoriques.

La part des personnes accueillies dans leur département d'origine joue aussi en négatif dans l'équation (coefficient estimé - 0,6), les écarts diminuant lorsque la part des originaires du département augmente : plus les établissements d'un département accueillent de personnes extérieures à leur département, plus les taux observés risquent d'être supérieurs aux taux théoriques.

Ainsi, il semble que ce soit, en premier lieu les indicateurs de « pauvreté » des départements qui aient l'impact le plus fort et que cela se traduise par une tendance au « sous équipement » des départements les plus « pauvres ». Par ailleurs, assez logiquement, le « suréquipement » apparaît comme la conséquence d'un accueil plus massif de personnes originaires d'autres départements.

Il faut toutefois se garder d'interpréter ces effets comme des causalités : la méthode utilisée permet de rendre compte de corrélations. Par ailleurs, les variables explicatives étant elles-mêmes corrélées entre elles, certaines variables peuvent apparaître non significatives, car leur effet est déjà pris en compte par les variables explicatives précédemment retenues dans le modèle, ou inversement, les variables significatives retenues peuvent l'être du fait de variables omises dans le modèle, mais qui sont de fait liées à celle qui ont été incluses dans l'analyse.

En outre, le pouvoir explicatif du modèle n'étant que de 58 %, il est évident qu'il y a d'autres raisons à la disparité entre les départements et que ces raisons ne figurent pas dans les variables qui ont été analysées ici. Ces raisons peuvent avoir trait à des facteurs liés à l'état de santé des populations (dont le lien avec la perte d'autonomie n'est pas clair), à des modalités de prise en charge des personnes âgées différenciées renvoyant soit à des habitudes du passé soit à la politique des départements qui peut mettre plus ou moins l'accent sur le développement de l'accueil en établissement. Par ailleurs, il peut également y avoir des phénomènes de compensation au sein d'une région ou d'un secteur géographique.

Ces points devront faire l'objet d'investigations complémentaires, de même qu'il faudrait étudier l'effet de certains départements « atypiques », qui peuvent potentiellement peser sur les résultats de la régression.

Les 24 départements pour lesquels les écarts entre taux observés et taux théoriques sont très mal expliqués à partir de ces 8 indicateurs retenus par la régression sont les suivants : Lozère, Maine et Loire, Indre, Ardèche, Territoire de Belfort, Alpes de Haute Provence, Paris, Seine Maritime, Sarthe, Vienne,

Mayenne, Jura, Nord, Gers, Haute Saône, Rhône, Seine et Marne, Yonne, Haut Rhin, Landes, Marne, Aveyron, Ille et Vilaine et Haute Marne.

Parmi ces 24 départements, 4 figurent parmi les «plutôt sous équipés » par rapport aux caractéristiques de leur population : Paris, Territoire de Belfort, Gers et Haute Marne alors que 11 figurent parmi les « plutôt suréquipés » : Lozère, Maine et Loire, Ardèche, Seine Maritime, Sarthe, Mayenne, Rhône, Seine et Marne, Yonne, Marne et Ille et Vilaine.

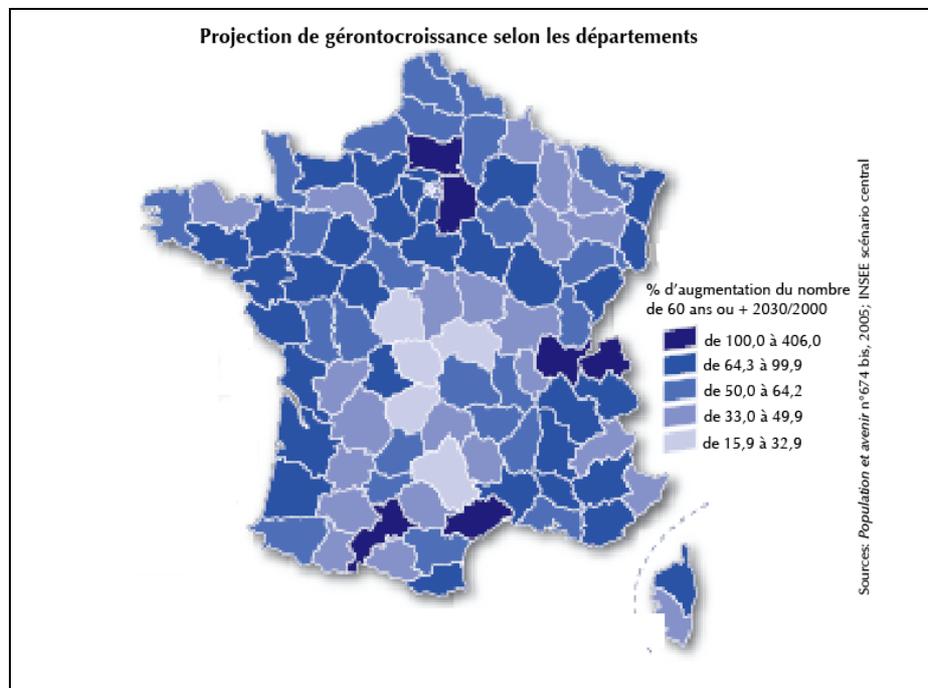
4 Développements territoriaux

4.1 Les territoires du vieillissement en France à l'horizon 2030.

Plutôt que de considérer les territoires qui accueillent actuellement ou accueilleront en 2030 une population âgée nombreuse, le processus de vieillissement peut aussi s'envisager en termes de dynamique démographique des territoires. Pour les différents acteurs locaux, l'enjeu central est de savoir dans quelle mesure leur territoire aura à subir le phénomène de vieillissement, s'il se réalisera de manière brutale ou plus diffuse.

De manière globale, on estime que l'ensemble des départements français enregistreront sur la période 2000-2030 une augmentation du nombre de personnes âgées, processus également appelé « gérontocroissance ». Dans certains départements, l'évolution pourra même atteindre + 400% entre 2000 et 2030.

Carte n°9

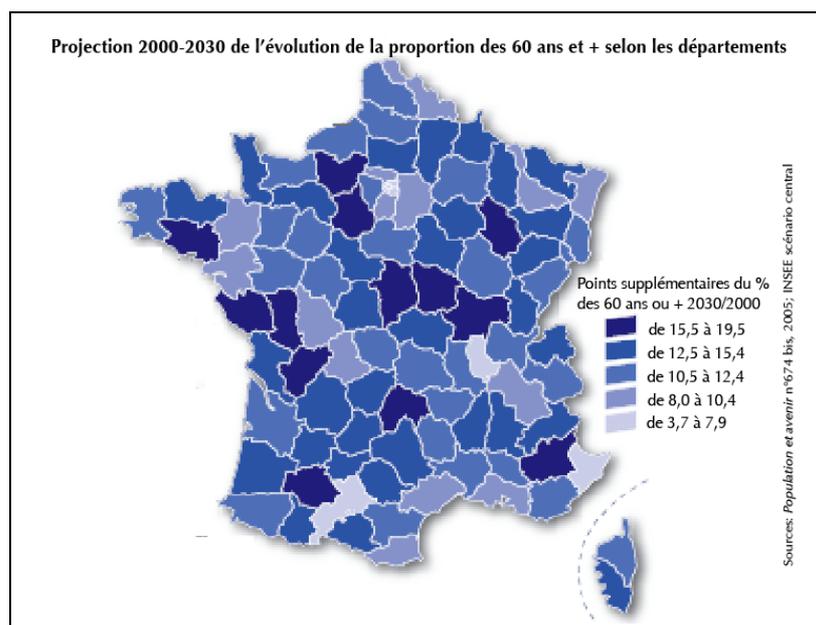


Les départements les plus touchés par ce phénomène seront la Haute-Savoie, la Seine-et-Marne, l'Ain, la Haute-Garonne, l'Hérault et l'Oise. Il s'agit de territoires accueillant actuellement une population jeune qui devrait vieillir sur place.

A l'opposé, certains départements devraient enregistrer une faible augmentation des effectifs de personnes âgées sur leur territoire (< 30 %) comme la Corrèze, l'Aveyron, la Creuse, l'Indre et l'Allier. Notons toutefois qu'ils recensent d'ores et déjà une population âgée nombreuse. De surcroît, ces mêmes départements peuvent constater une augmentation de la part de leurs personnes âgées dans la population totale sans noter toutefois d'augmentation du nombre de plus de 60 ans. Ce phénomène pose des problèmes en termes d'équilibre démographique territorial.

Outre l'accroissement général des effectifs de seniors, l'ensemble des départements français enregistreront également sur cette même période une augmentation de la part de leurs seniors dans la population générale. En d'autres termes, la croissance des effectifs des classes d'âge les plus jeunes ne serait de toute manière pas suffisante pour compenser celle des plus âgées. Cette évolution sera globale mais les disparités géographiques de répartition du phénomène seront cependant nombreuses.

Carte n°10



Les plus fortes croissances de la part des 60 ans et plus toucheront essentiellement les départements ruraux et d'ores et déjà vieillissés. A ce titre, le Cantal enregistrera une augmentation de la part des 60 ans et plus de l'ordre de 19,5 points. La Haute-Marne, le Cher, le Gers et la Nièvre devraient également constater une forte croissance de la proportion des 60 ans et plus dans la population départementale.

Suite à cette forte croissance démographique des âges les plus élevés, les 60 ans et plus devraient représenter plus de 45% des habitants de la Creuse, du Cantal et du Gers en 2030.

On constate également que les départements littoraux attractifs pour les retraités connaîtront une forte augmentation de la proportion de leurs seniors. Il s'agit tout particulièrement de la Vendée et du Morbihan.

A l'inverse, les augmentations départementales les plus faibles concerneront les départements les plus urbains et les plus attractifs pour les jeunes. Il s'agit de Paris et de sa proche couronne ainsi que du Rhône et de la Haute-Garonne. L'augmentation la plus faible de la proportion des 60 ans et plus de 2000 à 2030 devrait avoir lieu dans les Hauts-de-Seine.

4.2 La question migratoire

4.2.1 Les migrations selon l'âge : données générales

Selon l'INSEE¹⁵⁵, les changements de domicile ont concerné une personne sur trois depuis 1999. Quel que soit l'âge considéré, il s'agit pour une large part de migrations de proximité : 31% des migrants se sont installés dans la même commune et 35% se sont établis dans une autre commune du même département.

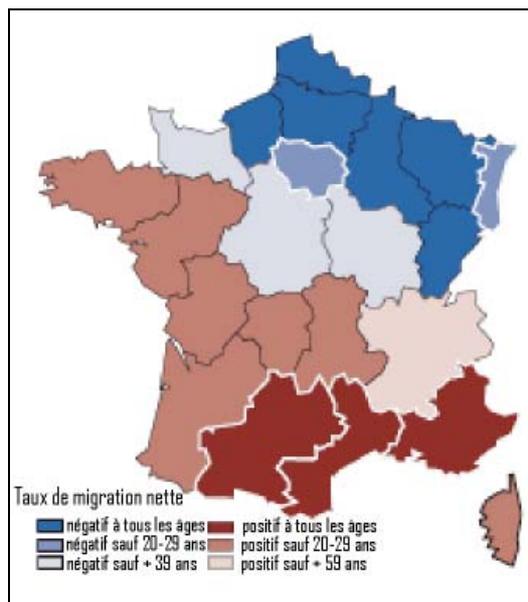
Pour les migrations interrégionales, la tendance de 1999 se confirme en 2004 avec, au Sud et à l'Ouest de la France, des territoires attractifs, au Nord et au Nord-Est des déficits migratoires.

Les régions les plus touchées par les déficits migratoires sont l'Île-de-France, la Champagne-Ardenne et le Nord-Pas-de-Calais. A l'inverse, les plus attractives sont le Languedoc-Roussillon, l'Aquitaine et Midi-Pyrénées.

¹⁵⁵ INSEE Première n°1001, janvier 2005

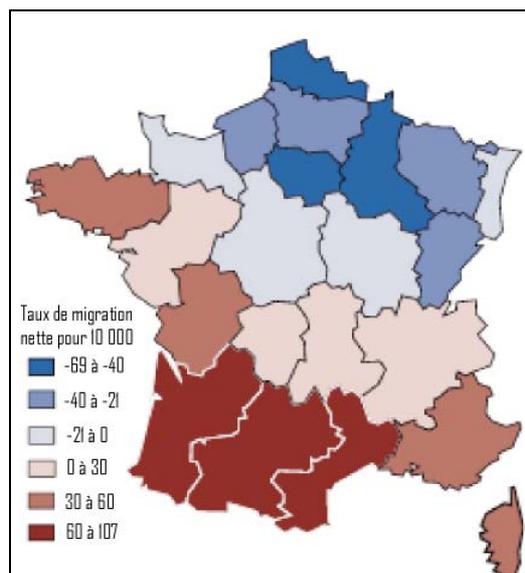
Les motifs et orientations des migrations diffèrent selon les classes d'âge observées. Ainsi, chez les 20-30 ans les territoires d'accueil de migrations interrégionales sont induits par la recherche d'un premier emploi et par l'offre d'enseignement supérieur. A titre d'exemple, l'Ile-de-France est globalement déficitaire en termes de migrations, mais elle accueille néanmoins plus de 20-29 ans qu'elle n'en perd. Inversement, d'autres régions sont attractives pour l'ensemble de la population excepté pour cette classe d'âge. Certaines régions attirent certains profils démographiques spécifiques. Ainsi, alors que la Basse-Normandie enregistre un déficit annuel de migrations de 176,6 pour 10 000 habitants de 20 à 29 ans, elle réalise en revanche un excédent de 34,3 pour 10 000 habitants de plus de 60 ans. L'affluence de profils de population spécifiques sur certains territoires menace l'équilibre socio-démographique et pose de nouveaux enjeux pour les autorités locales en termes de ségrégation spatiale et de mixité sociale.

Carte n°11 : Typologie des régions selon le solde migratoire par âge entre 1999 et 2004



Source : INSEE, "INSEE Première" n°1028, juillet 2005

Carte n°12 : Solde migratoire des régions entre 1999 et 2004 (ensemble des personnes âgées de 50 ans et plus)



Source : INSEE, "INSEE Première" n°1028, juillet 2005

Les migrations des seniors suivent le gradient Est-Ouest d'attractivité régionale. Chez les plus de 60 ans, les territoires répulsifs sont les mêmes que pour la population générale mais dans des proportions différentes. Ainsi pour la période 1999-2004 le taux annuel de migration nette chez les seniors est estimé à -120,9 pour 10 000 habitants en Ile-de-France, contre -67,5 pour 10 000 habitants pour la population générale. A l'opposé, le Languedoc-Roussillon est également la région la plus attractive pour les seniors, mais dans une moindre mesure que pour l'ensemble de la population (83,1 pour 10.000 contre 106,7 pour 10.000).

D'une manière générale, les taux régionaux annuels de migration sont moins dispersés chez les plus de 60 ans que pour l'ensemble de la population. Les destinations des seniors sont donc moins concentrées géographiquement que pour les autres classes d'âge.

En désagrégeant la classe d'âge des 60 ans et plus, on distingue de nouveaux motifs de migrations en fonction de l'âge ainsi que des variations d'intensité de migrations. Ces variations sont tributaires de l'âge et de son corollaire, l'état de santé. On relève que les 60-75 ans migrent moins, alors qu'ils pratiquent le plus la mobilité résidentielle (entre le logement déclaré et la résidence de villégiature par exemple). En revanche, après 75 ans, les migrations reprennent légèrement, notamment en raison des entrées en institution.

Tableau n°65 : Part des « migrants » et « non-migrants » (entre 1999 et 2004) selon l'âge

Âge	Non-migrants	Migrants	Total
50-59 ans	90,74	9,26	100
60-69 ans	91,42	8,58	100
70-79 ans	96,02	3,98	100
80-89 ans	96,08	3,92	100
90 ans et plus	85,71	14,29	100
Ensemble	95,75	4,25	100

Source : Irdes, Rapport SHARE 2004

Le rapport *SHARE* de l'Irdes souligne notamment, dans le cas de la France, le taux important de "migrants" aux âges les plus élevés. Entre 1999 et 2004, la part des plus de 90 ans à "migrier" a été supérieure à la part des migrants des autres classes d'âge.

Parallèlement, une étude de l'INSEE a démontré qu'à partir de 70 ans, les changements de commune et de logement cessent de diminuer pour stagner au grand âge. Il s'agit de migrations de proximité à la faveur de lieux d'accueil plus adaptés à leur état de santé. Les migrations au grand âge ont donc une logique spécifique.

4.2.2 Caractéristiques de la mobilité des seniors¹⁵⁶

La mobilité des seniors est donc une réalité sur le territoire français. Elle répond à des aspirations différentes selon l'âge, on l'a dit. Celle des jeunes seniors est davantage motivée par la quête d'un épanouissement personnel que par la volonté d'un retour aux régions d'origine. La recherche d'une qualité de vie meilleure se traduit par une sortie importante des départements à dominante urbaine et par des entrées sur les littoraux atlantique ou méditerranéen, dans les Alpes et dans les régions périphériques de l'Ile-de-France.

Les motivations de mobilité des seniors plus âgés sont différentes et répondent à un souci de sécurité et de commodité. Elles sont de quatre ordres : les inquiétudes relatives à une éventuelle dégradation de l'état de santé, l'aspiration à trouver un logement moins coûteux ou plus fonctionnel, le souhait de se rapprocher de la ville ou d'un centre urbain et le désir de se rapprocher de ses enfants et de sa famille. La question de la santé et de la proximité de services de prise en charge de la vieillesse et d'une situation éventuelle de dépendance sont des éléments déterminants dans la décision des seniors de déménager. Les plus de 75 ans vont ainsi quitter les départements à dominante rurale du fait de l'isolement et du

¹⁵⁶ L'Observatoire Caisse d'Épargne 2004, Seniors : parcours de vie, parcours d'épargne

maintien à domicile rendu plus difficile et migrer vers des départements situés à proximité de pôles urbains. Ces zones leur assurent une qualité et une densité des services de soins (professionnels libéraux, structures hospitalières) et un accès plus aisé aux commerces, activités, services et moyens de transport.

La mobilité résidentielle est beaucoup plus fréquente chez les catégories aisées. 30 % des retraités cadres ont déménagé entre 55 et 64 ans contre 18 % dans la classe ouvrière.

La migration de retraite concerne particulièrement les retraités d'Ile-de-France, qui sont trois fois plus mobiles que l'ensemble des personnes âgées et constituent près de la moitié de celles qui ont changé de résidence entre 1990 et 1999. (cf. infra)

Les stratégies migratoires des personnes âgées affectent la structure par âge et les marchés immobiliers locaux de certains territoires. Elles ont un impact tant dans leur région de destination, où elles accroissent la demande de logements, que dans leur région d'origine, où elles en libèrent. Leurs acquisitions, ajoutées à celles des ménages étrangers à fort pouvoir d'achat, ont tendance à tirer les prix vers le haut. Elles provoquent un effet d'enrichissement pour les ménages locaux vendant leur propriété et un effet d'éviction pour les primo-accédants. Ce phénomène est particulièrement visible par exemple dans le Var, département marqué par un afflux de personnes âgées.

Les comportements résidentiels des plus de 60 ans traduisent une légère préférence pour les villes. Selon un sondage réalisé en 2003, les retraités seraient 5 % de plus que la moyenne à vouloir vivre en centre ville. Ces mouvements de retraités ont donc un impact sur les marchés immobiliers urbains et périurbains. Lorsqu'ils déménagent, ils choisissent de préférence des appartements de petite et de moyenne taille en centre ville dans des immeubles collectifs. Parallèlement, les seniors contribuent à accroître l'offre de maisons individuelles situées en milieu périurbain. Ainsi, selon la base BIEN (base d'informations économiques notariales) des notaires d'Ile-de-France, plus d'un tiers des ventes effectuées par les retraités de cette région portent sur des maisons individuelles.

4.3 Le cas de l'Ile-de-France

Outre les données sur les migrations évoquées ci-dessus, l'Ile-de-France est assez emblématique de l'importance et des difficultés de la planification appliquée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Au-delà des particularités de la gouvernance qui ajoutent à la complexité régionale, les divergences marquées des situations présentes et des évolutions attendues, les transferts de population pour des motifs de prise en charge, l'importance des restructurations hospitalières sur le long séjour en font une sorte de cas d'école.

4.3.1 Une région relativement jeune mais disparate

Au 1^{er} janvier 2004, l'INSEE estimait à 11 264 000 le nombre d'habitants en Ile-de-France. Cette région (2,2 % du territoire) rassemble à elle seule 18,6 % de la population française, concentre 22 % de l'emploi et 28 % du PIB.

C'est une région "jeune" en raison notamment de l'attraction que produit le pôle d'emplois francilien sur les jeunes actifs (avec simultanément un effet positif sur le solde naturel), et du départ des personnes âgées au moment de la retraite (figure 1). *"Le solde migratoire de la région est le plus négatif des régions françaises, avec notamment un taux de sortie le plus élevé pour les 60 à 74 ans."*¹⁵⁷.

Les retraités franciliens privilégient trois destinations :

- la région Centre, lieu de villégiature dominicale,
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), région de villégiature estivale,

¹⁵⁷ Charraud A., Le Jeannic T., *"Ile-de-France, région capitale"*, Ile-de-France à la page, INSEE, hors série, août 2003.

- Chapitre 4 -

- la Bretagne, ancienne région de forte émigration.

A l'inverse, les retraités issus des autres régions de France choisissent prioritairement :

- l'Ile-de-France (43 000 retraités y ont emménagé de 1990 à 1999),
- la région PACA,
- le Languedoc-Roussillon.

Une autre vague migratoire générationnelle est aujourd'hui envisagée, laquelle pourrait influencer les effectifs du grand âge : *"Certains d'entre eux reviennent dans la capitale à un âge élevé soit pour être près de leurs enfants, soit pour y être soignés."*¹⁵⁸

L'âge moyen francilien est estimé à 36,5 ans alors qu'il atteint 39,1 ans en province. Parallèlement, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 5,5 % de l'ensemble de la population régionale en 1999, contre une part moyenne de 7,7 % pour l'ensemble de la population française.

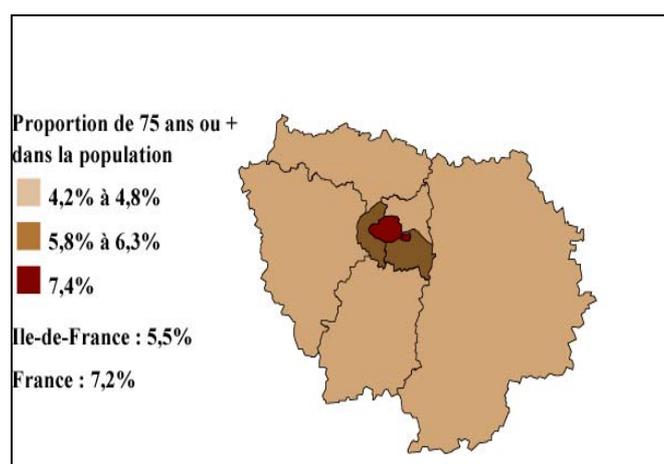
La région est jeune, mais le nombre de personnes âgées augmente. Entre 1990 et 1999, la croissance de la population générale en Ile-de-France a été estimée à 2,7 % (3,4 % en France métropolitaine) alors que le nombre de franciliens âgés de 60 ans et plus a augmenté de 8,5 % (mais de 10,43 % en France métropolitaine). Par ailleurs, on relève que la croissance démographique de la région est plus forte aux âges les plus élevés : les 85 ans et plus ont augmenté d'un quart leurs effectifs depuis 1990.

La population régionale est donc plus jeune que la population nationale. Les 5,5 % de personnes âgées de 75 ans et plus représentent 600.000 personnes (soient 14,1 % des 75 ans et plus en France). En considérant de manière plus fine la région, on constate l'existence d'importantes disparités sur plusieurs plans.

Répartition géographique régionale

En 1999, Paris comptait 7,4 % de personnes âgées de 75 ans et plus dans sa population totale. Dans les départements constituant la proche couronne la part était de 5,9 % et dans la grande couronne elle était de 4,8 %. La répartition régionale des personnes âgées suit un gradient centre/périphérie (carte ci-dessous).

Carte n°13



Source : ORS Ile-de-France

¹⁵⁸ Rodwin V., Gusmano M., Montero G., Vieillir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris, Tokyo, *Etudes et Résultats* n°260, Drees, septembre 2003.

A chaque changement d'échelle, de nouvelles formes de disparités apparaissent dans la distribution géographique. Ainsi, l'échelle départementale agrège elle-même les disparités communales. "[...] les disparités communales [...] tiennent aux caractéristiques des logements offerts, mais aussi à l'attrait actuel ou passé des communes."¹⁵⁹

Vie à domicile et gradient centre-périphérie des 75 ans et plus

Le nombre de franciliens de 75 ans et plus vivant en collectivité (8 %) est inférieur à la moyenne nationale (10 %). A grande échelle, la répartition des personnes âgées à domicile suit un gradient centre-périphérie. A Paris, 95,5 % des 75 ans et plus vivent en ménage ordinaire, quand ils sont 87,4 % dans l'Essonne. Paradoxalement, la logique spatiale centre-périphérie est également respectée si l'on considère les 75 ans et plus vivant seuls à leur domicile. Ils sont 54,7 % à Paris contre 41,4 % dans les Yvelines ou encore 41,9 % en Seine-et-Marne. Or, un des corollaires au maintien à domicile est la présence d'un conjoint dans le ménage. "Une étude de l'INSEE confirme que la probabilité de vivre en institution dépend essentiellement du GIR et du contexte familial (présence d'un conjoint et présence d'enfants) : plus les personnes sont dépendantes, et moins elles ont d'aide potentielle, plus elles résident en institution."¹⁶⁰ On peut donc légitimement supposer que les personnes âgées vivant seules à Paris ont un degré de dépendance inférieur à la moyenne régionale.

4.3.2 Répartition des équipements et des personnes âgées

Toutes structures d'hébergement confondues, l'offre moyenne observée dans la région est très inférieure à la moyenne nationale. On dénombre ainsi 145 places pour 1.000 personnes âgées de 75 ans et plus en Ile-de-France contre 153 places pour 1.000 en France. On relève à nouveau d'importantes disparités entre le centre et la périphérie de la région. Alors qu'il y a un très haut niveau d'offre de soins à Paris (à titre d'exemple, à Paris la densité de médecins spécialistes est quatre fois plus élevée que la moyenne), la capitale connaît un très faible taux d'équipement destiné aux personnes âgées : "avec 85 places pour 1.000 personnes de 75 ans ou plus, Paris reste très en retrait de la moyenne régionale ; les départements de proche couronne se situent en deçà du niveau régional (de 136 à 143 pour 1.000) ; quant aux départements de la grande couronne, ils se situent bien au-dessus de la moyenne nationale, offrant de 192 à 215 places pour 1.000 personnes de 75 ans ou plus."¹⁶¹ Le gradient du taux d'équipement est donc diamétralement opposé à celui de la répartition des 75 ans et plus dans la population totale.

Tableau n°66 : Places médicalisées en établissement et population dépendante

	Nombre de personnes âgées de 75 ans et + en 1999	Part des personnes âgées de 75 ans et plus	Nombre de places médicalisées pour 1 000 personnes dépendantes de 75 ans et plus
Paris	168 544	7,9%	280 ‰
Proche couronne	236 386	5,9%	450 ‰
Grande couronne	231 062	4,8%	564 ‰
Ile-de-France	635 992	5,8%	446 ‰
France	4 504 911	7,7%	503 ‰

Sources : INSEE, Drees, ORSIF

Si, en région parisienne, l'espérance de vie à 60 ans est considérée comme l'une des meilleures au monde et l'espérance de vie sans incapacité progresse, il n'en reste pas moins que l'INSEE estime à 92.000 le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) en Ile-de-France (pour 84.000 bénéficiaires de l'APA)¹⁶². Le taux d'équipement en places médicalisées (établissements + SSIAD) serait de 640 places pour 1.000 personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus. A une échelle fine, on constate une inadéquation entre la répartition des personnes âgées et celle des places médicalisées en

¹⁵⁹ Les personnes âgées en Ile-de-France, Evolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance, ORS Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, janvier 2003.

¹⁶⁰ Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, les cahiers du Plan, n°11, Commissariat général du Plan, septembre 2005.

¹⁶¹ Atlas de la santé en Ile-de-France, ORSIF, IAURIF, Préfecture de la région Ile-de-France, DRASSIF, septembre 2005.

¹⁶² Données de l'INSEE selon l'exploitation des remontées d'informations des conseils généraux de la région.

établissement. Alors que le département de Paris recense les effectifs les plus importants de personnes âgées de 75 ans et plus de la région (168.544), l'offre d'établissements pour personnes âgées y est la plus faible. Le centre francilien est beaucoup moins équipé que sa périphérie. En termes de taux d'équipement, le rapport va du simple au double entre Paris (280 places pour 1000 Parisiens dépendants de 75 ans ou plus dépendants) et la grande couronne (564 places pour 1000).

A la lecture des données sur l'état actuel de l'Île-de-France, deux hypothèses peuvent expliquer le phénomène de la répartition des personnes âgées selon le modèle centre-périphérie (l'une n'excluant pas l'autre) :

- la structure socio-professionnelle de la région et des départements qui la composent (qui est un déterminant de l'entrée dans la dépendance des personnes âgées) amoindrit les effectifs de franciliens entrant dans la dépendance et plus particulièrement des Parisiens ;
- l'existence de fuites d'effectifs de personnes âgées dépendantes franciliennes et plus spécifiquement parisiennes vers des territoires où l'offre destinée aux personnes âgées dépendantes est à la fois plus nombreuse et moins onéreuse.

Tableau n°67 : Nombre de places pour 1000 habitants de plus de 75 ans

	1980	2005
Paris intra muros	17	31
Paris y compris places hors Paris (CASVP)		38
Île-de-France	80	80
France entière		101

Source : Ville de Paris

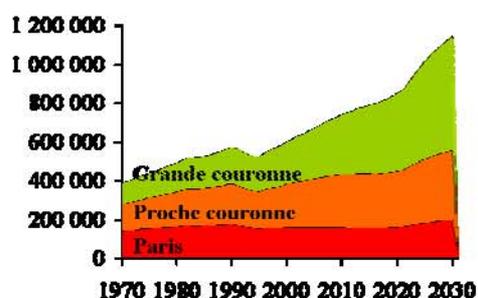
Les caractéristiques de l'offre de services francilienne sont décrites en annexe 32.

4.3.3 Prospective de la situation des personnes âgées en Ile-de-France

Un basculement de la répartition des personnes âgées estimé vers 2030

Les franciliens âgés devraient doubler leur nombre d'ici à 2030. Les 60 ans et plus devraient augmenter de 60 % leurs effectifs et représenter 2 805 000 personnes ; les effectifs des 75 ans et plus pourraient doubler pour atteindre 1 142 000 personnes. La forme de la distribution géographique des personnes âgées en Ile-de-France devrait basculer et concerner essentiellement la grande couronne (+170 % de personnes âgées de 75 ans et plus entre 2000 et 2030) et dans une moindre mesure la proche couronne (+63 %).

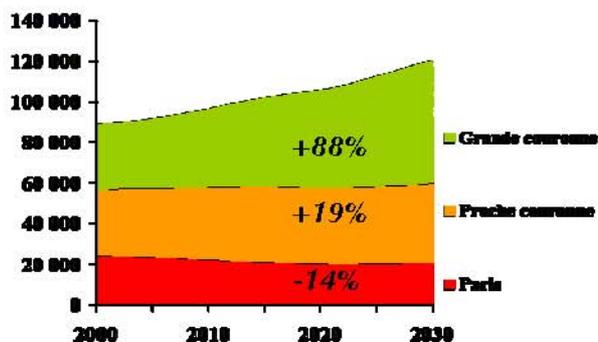
Graphique n°6 : Effectifs des 75 ans et plus en Ile-de-France de 1970 à 2030



Sources : ORS Ile-de-France

L'ORS Ile-de-France estime à 35 % l'augmentation de personnes âgées dépendantes d'ici 2030. A la forte hausse du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus estimée en grande couronne, correspondrait une forte hausse de personnes âgées dépendantes.

Graphique n°7 : Projection du nombre de franciliens dépendants de 75 ans ou plus entre 2000 et 2030
(scénario central)



Sources : ORS Ile-de-France

Compte tenu du basculement des perspectives de besoins de prise en charge à l'horizon 2020-2030, la planification (à 5 ans) et la programmation (triennale) font face à des injonctions contradictoires : rééquilibrer l'offre aujourd'hui et assurer une meilleure prise en charge de proximité intra-muros d'une part, considérer le long terme d'autre part.

5 Etendre et conforter la péréquation

La péréquation est encore une idée neuve. Elle rend compte de l'objectif d'égalisation des situations territoriales : en ce sens, les pouvoirs publics peuvent revendiquer une ambition péréquatrice à travers les dispositifs de planification ou de programmation "classiques", définis selon des règles nationales, à vocation égalitaire et non discriminantes. Le résultat n'est pas probant, on la dit. Au-delà, l'ambition de la péréquation est de traiter les distorsions de dotations et de pouvoir d'achat de services dans le cadre d'une action décentralisée, quel que soit le mode de décentralisation. Egaliser les taux d'équipement dans tel ou tel élément de la gamme n'est pas un objectif en soi. En revanche, allouer des ressources en fonction d'une analyse territoriale composite des besoins ou corriger les déséquilibres *ex post* dans le cas du fédéralisme fiscal est le propre de la péréquation.

5.1 Pratiques françaises de la péréquation

Nous avons évoqué plus haut les dispositifs de péréquation en vigueur il y a quelques années dans le secteur hospitalier... et leur modeste bilan. La péréquation a longtemps été à l'œuvre dans le champ des grands services publics en réseau ; elle l'est encore pour une part.

La pratique péréquatrice la plus éclairante pour notre propos est sans doute celle des dotations de l'Etat aux collectivités locales¹⁶³. Les collectivités territoriales françaises connaissent en effet des inégalités de « potentiel fiscal » et de « charges » sans équivalent en Europe. Les inégalités de ressources proviennent pour l'essentiel des prélèvements sur les entreprises. Les inégalités de charges atteignent aussi des proportions très importantes en raison notamment de la très inégale répartition de la population entre les communes. Au total, les collectivités territoriales françaises sont très loin de disposer du même pouvoir d'achat exprimé en termes de consommations collectives.

La politique de péréquation territoriale mise en œuvre en France vise à réduire ces disparités de pouvoir d'achat. Elle présente trois caractéristiques principales. Tout d'abord, l'égalité recherchée se réfère au pouvoir d'achat du potentiel fiscal en services publics locaux, donc à la richesse fiscale corrigée des charges. Ensuite, la péréquation n'ambitionne pas d'instaurer une égalité complète mais uniquement de progresser vers plus d'égalité après répartition des concours nationaux. Enfin, le financement de la péréquation provient du recyclage de la croissance des compensations financières versées par l'État en contrepartie soit d'impôts supprimés ou réduits, soit de dépenses liées aux transferts de compétences. La réforme constitutionnelle de 2003 renforce aujourd'hui le besoin d'évaluation de la péréquation. La Constitution dispose, en effet, en son article 72.2 alinéa 5, que « *la loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité entre les collectivités territoriales* ». Non seulement, la péréquation est ainsi entrée dans le champ constitutionnel, mais on peut s'attendre à ce que se développe une demande accrue d'évaluation non plus seulement des moyens utilisés mais des résultats de la performance redistributive des mécanismes péréquateurs.

Il convient d'avoir ces éléments à l'esprit quand on envisage le rééquilibrage de l'offre de services aux personnes âgées dépendantes sur le territoire : quantité de dispositifs ont des capacités redistributives, quand bien même ils ne seraient pas faits pour cela ; la performance globale en matière de péréquation vient du cumul des outils expressément péréquateurs (intensifs) et des outils dont ce n'est pas la vocation première ; le critère en ces matières consiste à juger de la progression vers l'égalité.

5.2 Péréquation et prise en charge de la dépendance

5.2.1 APA et péréquation

La Cour des Comptes a retracé la brève histoire de la compensation de l'APA aux départements et la mise en place de la démarche de péréquation (cf. encadré).

¹⁶³ Voir *Commissariat général du Plan*, Evaluation des effets péréquateurs des dotations de l'Etat aux collectivités locales (sous la direction de Guy Gilbert et Alain Guingant), juillet 2004.

Compensation et péréquation en matière d'APA - Extrait du rapport de la Cour des Comptes

« A l'origine, le FFAPA était destiné à compenser une partie du coût à la charge des départements et à introduire une péréquation dans le financement de l'APA. Il a versé en 2003 aux départements 1 326 M€, soit 42 % du coût total de l'APA.

Les critères de répartition entre départements visent à tenir compte du nombre de personnes âgées mais aussi de la richesse relative des départements. Les critères étaient en 2002 et 2003 : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, le potentiel fiscal, le nombre de bénéficiaires du RMI. Des correctifs sont intervenus également sous forme de complément de versement aux départements dont les dépenses d'APA par bénéficiaire sont supérieures de 30 % à la moyenne.

Un décret du 19 septembre 2003 a renforcé cette péréquation en réservant 15 % du produit de l'emprunt exceptionnel de 400 M€ effectué en 2003, soit 60 M€, pour financer la fraction de la charge nette de chaque département supérieure à 21 % de son potentiel fiscal. En 2003, cette dotation a été utilisée à hauteur de 49 M€ au bénéfice de 20 départements.

Le FFAPA a été remplacé le 1er juillet 2004 par la CNSA qui reprend ses ressources et assumera désormais ses missions. La loi du 30 juin 2004 prévoit que la CNSA « contribue au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ».

La même loi a modifié, à compter de l'année 2004, les critères de répartition du concours de la CNSA au titre de l'APA entre les départements. La répartition se fait désormais en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, du nombre de bénéficiaires du RMI, du potentiel fiscal mais aussi du montant des dépenses d'APA.

Enfin, le concours spécifique est pérennisé : la loi prévoit que le rapport entre les dépenses d'APA nettes de la contribution de la CNSA de chaque département et leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses qui dépassent ce seuil sont donc prises en charge par la caisse et viennent en diminution des attributions aux autres départements. »

Elle concluait son analyse en faisant état de doutes quant à la pertinence des critères de répartition et des modalités de concours, en raison notamment de la difficulté de contrôler les dépenses des départements au titre de l'APA et du souci de ne pas favoriser « les départements qui appliquent une politique plus généreuse que celle prévue par les textes ».

D'un côté, l'Etat n'a certes pas à accompagner la « générosité » des départements. D'un autre côté, à partir du moment où les textes fixent un plafond aux plans d'aides, où la charge qui incombe aux départements est importante, sur un poste de dépenses majeur pour certains d'entre eux, le risque d'excès de libéralité n'est pas forcément premier.

Accompagner les départements qui font des efforts importants en faveur du soutien à domicile et, pourquoi pas, aider davantage (pour une fraction de la compensation) ceux qui privilégient une politique diversifiée ne serait pas forcément dénué de sens.

5.2.2 Financement des services et péréquation

L'allocation des ressources se fera en 2006 dans le cadre défini par la note d'orientation budgétaire du 30 novembre 2005 (voir encadré).

Les critères d'allocation définis dans cette note pour les créations de places nouvelles prennent en compte les crédits d'assurance maladie, les taux d'équipement « consolidés » (EHPAD et SSIAD), ainsi que la situation démographique actuelle et celle anticipée à l'horizon 2015. Ce dispositif marque un progrès quant à la prise en compte des ressources et des charges des territoires. L'analyse des disparités au niveau départemental faite plus haut montre cependant à la fois l'importance des écarts à combler et l'irréductibilité de ceux-ci à la dispersion des taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

Par ailleurs, les critères d'éligibilité des concours de l'Etat en matière de restructuration (décrits par cette même note d'orientation (cf. supra chapitre 3) ne font pas état de préoccupations de répartition territoriale.

Pour que l'ensemble des moyens d'intervention de l'Etat concourent à l'objectif de réduction des inégalités territoriales, il est sans doute nécessaire de fixer quelques orientations complémentaires.

Critères de définition des enveloppes régionales de référence

(Mesures nouvelles – Personnes âgées)

1. Eléments d'explications sur la procédure de répartition nationale de création de places

- *Ventilation des places nouvelles d'accueil de jour et d'hébergement temporaire*

Les informations disponibles sur le niveau de consommation des crédits destinés à la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire font apparaître un niveau de consommation globalement faible de ces enveloppes.

En raison de la difficulté à trouver des promoteurs, notamment en matière d'hébergement temporaire, les enveloppes de référence pour vos propositions de créations de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jours ont été fongibilisées.

La notification régionale et départementale des crédits d'accueil de jour et hébergement temporaire du 15 février 2006 s'effectuera au vu de l'engagement des départements à utiliser effectivement les crédits déjà notifiés.

- *Ventilation des places nouvelles de SSIAD /EHPAD*

Au stade préliminaire des enveloppes de référence :

- 50 % des financements de places ont été répartis entre les régions dont les ressources d'assurance maladie rapportées à la population de plus de 75 ans sont inférieures à la moyenne. Conformément à la demande de la cour des comptes, le montant des actes infirmiers (cotés en AIS) de la région a été intégré dans le total des ressources prises en compte. Le volume des AIS est très fortement corrélé à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il permet ainsi de moduler le taux d'équipement en fonction de l'activité de soins non techniques des infirmiers libéraux ;
- 10 % des financements de places ont été répartis entre les régions dont le taux d'équipement EHPAD et SSIAD (selon FINESS) est inférieur à la moyenne nationale ;
- 40 % des financements de places ont été répartis en fonction de la population de plus de 75 ans, en tenant compte pour moitié de la population de plus de 75 ans en 2004 et pour moitié de l'extrapolation de cette même population en 2015 (scénario central de l'INSEE).

2. Outil de répartition pour vos propositions

Il sera possible de rendre fongible les deux enveloppes régionales de création de places d'EHPAD et SSIAD.

Pour établir leurs propositions de répartitions départementales, les services sont autorisés à faire varier de + ou – 10 % le nombre relatif de places de SSIAD ou d'EHPAD à créer.

Afin de ne pas remettre en cause l'exécution des plans nationaux cette fongibilité devra se réaliser sur la base des « taux de conversions » moyens suivants :

SSIAD / EHPAD : 1,5 (une place de SSIAD en moins finance 1,5 place EHPAD en plus)

EHPAD /SSIAD : 0,67 (1 place EHPAD en moins finance 0,67 place de SSIAD en plus)

AJ/ HT : 0,7 (une place d'accueil de jour en moins finance 0,7 place d'hébergement temporaire de plus)

HT/AJ : 1,4 (une place d'hébergement temporaire en moins finance 1,4 place d'accueil de jour en plus).

5.2.3 Orientations pour la politique de péréquation

Il importe tout d'abord de renforcer au niveau national l'analyse consolidée des taux d'équipement et des motifs de dispersion actuels. L'analyse de la DREES, développée au point 3, apporte un certain nombre d'éléments d'explication des disparités départementales. Elle doit être prolongée pour s'assurer de la prise en compte de l'ensemble des variables et réduire les écarts non expliqués à ce stade. Il convient aussi d'enrichir les éléments pris en compte au titre des évolutions attendues : perspectives démographiques, migrations. Ce faisant, il sera possible de diversifier les critères pris en compte dans la péréquation, voire d'élaborer des cibles de convergence à l'échéance de 10-15 ans.

Dans cette ligne, les moyens nouveaux de renforcement de l'encadrement en établissement (à travers les créations de places ou au moment du conventionnement initial ou de son renouvellement) doivent non

seulement prendre en compte les évaluations par établissement mais également la situation du territoire au regard de la distribution des ressources et des charges. Autrement dit, dans l'attribution des crédits de médicalisation, il convient de favoriser relativement les territoires les moins dotés (dans le cadre d'une évaluation composite des ressources et des emplois), à charge ensuite pour la tutelle de répartir l'enveloppe entre les établissements en fonction de l'évaluation individuelle.

La croissance très soutenue de l'ONDAM médico-social en 2006 et au-delà, compte tenu des objectifs affichés, offre des perspectives de rééquilibrage intéressantes. Il serait bien entendu très difficile de procéder à un tel rééquilibrage à partir des seuls crédits de reconduction. L'achèvement du processus de conventionnement et son renouvellement - sur de nouvelles bases- ouvrent cependant des perspectives pour une gestion active de l'offre existante, qui ne saurait échapper aux impératifs de la péréquation. Autrement dit, la performance ne consiste pas à « faire du chiffre » en matière de conventionnement mais à profiter de l'occasion pour traiter mieux les territoires et les établissements qui le justifient. La logique de la médicalisation n'est pas d'être un guichet régulé par des règles abscones (la fameuse « DOMINIC + 35 », le « clapet anti-retour » et autres « effets mécaniques ») et par le dynamisme ou la passivité des tutelles.

La répartition territoriale des ressources se doit aussi d'être particulièrement attentive à la promotion des formes d'hébergement intermédiaires. Compte tenu des logiques de mise en œuvre de ces initiatives, celles-ci ont naturellement vocation à suivre l'implantation des établissements. Le risque d'un cumul des déséquilibres existe donc, d'où l'importance d'une action volontariste et équilibrée de développement. La fixation d'objectifs cibles par département et l'élaboration d'appels à projets en ce sens pourraient être une façon de concrétiser cette « action positive » en faveur des territoires potentiellement ou d'ores et déjà défavorisés.

Nous avons fait du développement d'une offre de services diversifiée (aide à domicile, SSIAD notamment) autour des établissements un axe fort des évolutions souhaitables pour l'avenir. Bien entendu, ce qui vaut pour les formes d'hébergement intermédiaire vaut aussi pour les autres services : l'objectif d'un développement à partir du pôle établissement doit être concilié avec l'objectif d'équilibre territorial ; là encore, l'action positive doit être dirigée en priorité vers les territoires les plus fragiles. Là où les problèmes de constitution d'une offre à domicile diversifiée et de qualité sont les plus criants, un effort particulier doit être fait pour apporter des solutions innovantes et coordonnées. Il ne servirait à rien d'inciter au développement de plates-formes de services à partir des établissements là où l'offre à domicile est dense et structurée. Il ne sert pas non plus à grand chose de favoriser la création d'établissements désinsérés sur les territoires peu denses. En revanche, il peut être justifié de s'affranchir de règles d'allocation des ressources strictes lorsque l'établissement a la capacité d'organiser un territoire, de coordonner des opérateurs diversifiés ou de pourvoir lui-même les services et d'utiliser au mieux des ressources rares (libérales et salariées).

Enfin, la programmation de la restructuration du parc doit refléter les objectifs de péréquation. Pour ce faire, l'Etat doit tout d'abord disposer des moyens d'exercer son influence, nous l'avons dit et évalué plus haut. Ces concours doivent être répartis sur le territoire en fonction des priorités dégagées par la péréquation et des possibilités de maximiser l'effet de levier. La coordination avec les départements est donc une clef du succès. Au niveau territorial ensuite, compte tenu de la proximité des coûts des restructurations lourdes et des créations d'établissements, il importe de conduire des études d'opportunité pour trouver les solutions les plus rationnelles économiquement. Cette évaluation en opportunité a en outre l'intérêt d'autoriser le choix des meilleures implantations.

6 Gouvernance et péréquation

La question de la péréquation permet aussi d'envisager sous un jour particulier la question de la dévolution des compétences. Dans les pays de l'Union européenne, les pratiques en matière de péréquation dans la gestion des systèmes de santé (y compris ce que l'on entend en France sous la catégorie « médico-social ») sont diverses.

En Scandinavie, la plus grande part de l'aide et des soins est du ressort des collectivités. La décentralisation est ainsi particulièrement poussée en Finlande : la gestion du système de santé se fait au niveau des 448 municipalités.

Au Danemark, les quatorze conseils de comté possèdent et gèrent les hôpitaux et centres de soins primaires et rémunèrent les professionnels de santé, salariés ou sous contrat. Au cours des années quatre-vingt-dix, des blocs de compétences importants ont en outre été transférés des comtés aux municipalités en ce qui concerne les soins de long terme. L'Etat central définit cependant les cadres d'action et les grandes orientations et dispose de leviers financiers, définis chaque année au cours d'une négociation avec les comtés et les municipalités :

- niveau maximal d'imposition,
- critères d'allocation des dotations d'Etat (en fonction des capacités contributives des collectivités et des besoins),
- d'autres outils existent comme les « enveloppes fléchées ». Outre la dotation générale, l'Etat peut allouer des fonds pour des objectifs précis et influencer ainsi les priorités d'action régionales.

Dans la péréquation financière allemande, la détermination du taux de cotisation à l'assurance maladie est centralisée – même si la gestion des cotisations et des prestations est assurée de manière décentralisée. Cette disposition implique que certaines caisses sont inévitablement « riches » tandis que d'autres sont « pauvres » selon le nombre d'allocataires sur leur territoire. Pour pallier ces disparités, un mécanisme de compensation a été instauré entre caisses à l'échelle fédérale.

En Espagne, c'est l'Etat qui prend en charge le financement de la *ayuda de soporte*. Le reste des prestations de soutien, qui en constitue la plus grande part, est du ressort de chaque Communauté Autonome. Ce mélange de décentralisation et de déconcentration, appelé « fédéralisme asymétrique », a rendu la situation complexe et occasionné des difficultés de trois ordres :

- difficulté à trouver un consensus sur des règles de péréquation financière entre Communautés Autonomes (soumises non à une répartition fixe mais à une suite de négociations bilatérales jusqu'en 1994, système amélioré ensuite par l'organisation d'un conseil inter-territorial avec négociation globale) ;
- difficulté à assurer la coordination entre les Communautés Autonomes : pour garantir un égal accès à des services équivalents sur l'ensemble du territoire national et permettre la circulation des patients entre Communautés Autonomes ;
- difficulté à dépasser le découplage entre responsabilité de la gestion du système et responsabilité du financement, d'où des conflits entre l'Etat et certaines Communautés Autonomes, qui ont systématiquement argué du fait qu'elles étaient sous-financées pour rendre compte de leurs déficits.

En Italie, les modalités de répartition des budgets entre Régions ont fait l'objet de débats récurrents et ont changé de nombreuses fois au cours des vingt dernières années. L'aide à domicile y est gérée par les Municipalités à partir d'initiatives locales. Les premiers services ont été mis en place dans le Nord de l'Italie dans les années soixante-dix et sont finalement apparus dans le Sud à la fin des années quatre-vingt, sans jamais en égaler le niveau. Actuellement, la part de la population âgée de plus de 65 ans bénéficiant d'aides à domicile décroît statistiquement du Nord vers le Sud du pays. Il existe, par ailleurs, de fortes disparités locales à l'intérieur d'une même région. Elles sont liées à :

une pression fondée sur des faits « objectifs » (la proportion de personnes âgées dépendantes, le taux d'activité des femmes, le nombre de descendants) rendant le recours aux aides familiales moins facile. Il y a plus de personnes âgées dépendantes dans le Nord, espace où les femmes ont aussi le taux d'activité le plus élevé et le moins d'enfants ;

une culture familiale plus forte dans le Sud, expliquant la lente émergence des services municipaux ;

la capacité de chacune des Autorités Locales et de chacune des Municipalités à développer et mettre en place des mesures en faveur des personnes âgées dépendantes.

Six régions sur vingt ont augmenté leur fiscalité en 2002 pour combler les déficits des budgets d'aide aux personnes âgées dépendantes, résultat du transfert de compétences.

Les niveaux de richesse et donc les capacités contributives des entités territoriales étant très différents, la dévolution fiscale a été accompagnée par une redistribution substantielle. Un fonds de solidarité, auquel les entités régionales « riches » contribuent, a ainsi été mis en place ; il vient abonder les ressources des entités dont les recettes fiscales sont insuffisantes. Une mise en œuvre progressive du processus est programmée. Il est estimé qu'à terme, en 2014, sept Régions italiennes contribueront au fonds de solidarité, tandis que toutes les autres recevront des transferts. Dans les Régions les plus pauvres, ces transferts représenteront jusqu'à 40 % du budget de la santé, induisant une dépendance financière de ces régions par rapport au niveau national.

Le point d'équilibre entre prérogatives centrales et prérogatives des collectivités a donc parfois été trouvé dans une répartition des tâches confiant au centre la responsabilité du financement et aux collectivités celle de la gestion des politiques. Concrètement, outre la définition des orientations de politique sanitaire, le centre a dans ce schéma la responsabilité d'allouer aux collectivités gestionnaires des enveloppes (construites sur la base des dotations historiques et de caractéristiques socio-démographiques ou épidémiologiques).

Cet équilibre, séduisant *a priori*, s'avère généralement peu stable. Les conflits se multiplient quant à la fixation des enveloppes et l'étape suivante est alors franchie, celle du fédéralisme fiscal, où la collectivité reçoit la responsabilité financière (celle de lever l'impôt). Le sens de la péréquation change alors radicalement : il ne s'agit plus d'instiller des éléments de correction des désajustements à l'intérieur de dotations centralisées mais de corriger *ex post* les disparités liées aux capacités contributives des territoires, la dévolution fiscale s'accompagnant alors d'une politique expressément redistributrice.

Conclusion

Dans ce rapport, nous avons voulu faire œuvre de pédagogie : pédagogie de la diversité tout d'abord, mais aussi de l'ampleur des défis, le vieillissement ne prescrivant pas, comme nous l'écrivions déjà dans le premier rapport, un seul avenir possible, de l'action de proximité enfin, pour inventer des solutions innovantes et intégrer sur les territoires pertinents l'ensemble des services aux personnes en perte d'autonomie.

Il reviendra au ministre, commanditaire de ce rapport, de se saisir des recommandations qui lui paraîtront judicieuses. Certaines sont à effet immédiat. D'autres utilisent les ressources de la planification stratégique pour éclairer l'ensemble des acteurs sur les trajectoires possibles ou souhaitables à moyen et long terme. Des instructions peuvent très vite être données aux services de l'Etat pour mettre en œuvre nombre de mesures ; des adaptations législatives sont par ailleurs proposées ; des programmes importants sont enfin calibrés, qu'il s'agisse des places d'hébergement temporaire, des soins à domicile, de la restructuration du parc d'établissements ou des moyens humains à consacrer à l'accueil des personnes âgées.

Le propos de ce rapport est aussi d'appeler à une mobilisation de l'ensemble des parties prenantes.

Les collectivités locales, les départements au premier chef, sont concernés par nombre des recommandations. Mobilisation en faveur du logement des personnes âgées, innovations, planification et programmation gérontologiques, refonte de l'aide sociale en établissement, formation des personnels, structuration de l'aide à domicile, construction d'un système d'information complet au profit des usagers, participation aux programmes de restructuration, cadrage financier de long terme, voire expérimentation d'une gestion déléguée de l'enveloppe soins : dans tous ces registres, les collectivités ont à œuvrer aux côtés des pouvoirs publics et ceux-ci se doivent de créer les conditions de cette coopération.

Le secteur médico-social est en mouvement, il doit faire face au défi du nombre et de la qualité, se montrer donc toujours plus performant. De nombreuses réformes ont eu lieu ; des approfondissements ou des inflexions fortes sont suggérés par ce rapport. Les professionnels et les opérateurs doivent eux aussi accompagner les réformes.

Les personnes âgées et leurs familles, enfin, seront immanquablement amenées à contribuer financièrement à la croissance et à la montée en gamme des services. Elles le sont déjà. Ce n'est d'ailleurs pas illégitime *a priori*. Le souci de ce rapport a été constamment de rendre cet effort plus équitable, en fonction des ressources individuelles et sur le territoire. Au-delà, la montée du consumérisme est souvent présentée comme une contrainte, nous voulons y voir une chance pour l'adaptation du secteur. L'exercice du droit à l'information, la revendication de qualité, l'engagement citoyen en faveur de solutions innovantes sur le territoire seront des ressources essentielles pour faire face au défi du vieillissement.

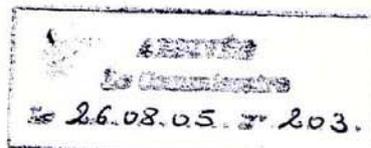
Annexes



*Le Ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes Âgées, aux Personnes Handicapées
et à la Famille*

Paris, le 24 AOUT 2005

D.05.9574



Monsieur le Commissaire,

Le premier rapport de prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes vient d'être réalisé par le Commissariat Général du Plan. Il porte sur la détermination du besoin en nombre de places nouvelles en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) à l'horizon 2010, 2015 et 2025.

Face aux besoins suscités par l'allongement de la durée de la vie, vous avez examiné trois hypothèses de travail à l'horizon 2015 : un scénario dans lequel aucune inflexion de tendance n'est donnée ; un scénario impliquant un effort soutenu pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ; un scénario de recours accru à l'hébergement en établissement.

La volonté du Gouvernement est de donner aux personnes âgées une liberté de choix qui exige un développement simultané et complémentaire des offres de services de maintien à domicile et des capacités d'hébergement en maisons de retraite. Cette politique a été engagée dans le cadre du plan Vieillesse et solidarités, qui comporte un effort significatif d'accroissement de l'offre sur l'ensemble des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Cette option implique d'approfondir l'étude d'un scénario équilibré comportant le développement d'une offre globale portant sur toute la palette des modes de prise en charge à domicile et en établissement.

Cette étude prospective devra intégrer les tendances de la démographie et en particulier l'évolution des maladies liées au grand âge.

Elle portera notamment sur les aspects suivants :

- ❖ La répartition optimale des différents types de places (EHPAD, logements-foyers, hébergement temporaire, accueil de jour, services de soins infirmiers à domicile, etc.), et la manière dont ces modes de prises en charge doivent s'articuler entre eux ;

Monsieur Alain ETCHEGOYEN
Commissaire Général au plan
18, rue de Martignac
75700 - PARIS 07 SP

1

14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP - Téléphone : 01 40 56 60 00

- ❖ Le nombre de places nécessaires en 2010, 2015 et 2025, pour chacun des modes d'accompagnement ou d'hébergement ;
- ❖ Les politiques particulières que nécessite le développement de chaque mode de prise en charge (dispositions fiscales, politique du logement, soutien à apporter aux aidants dans le cas du maintien à domicile, etc).
- ❖ L'évaluation des coûts correspondants, en investissement et en fonctionnement, et les dispositifs financiers susceptibles de faciliter leur prise en charge ;
- ❖ La répartition territoriale des efforts à mener dans le cadre de cette politique, aussi bien pour remédier aux inégalités en matière d'équipement que pour prendre en compte les difficultés spécifiques de l'isolement en milieu rural ;
- ❖ Les conséquences de ces choix sur la coopération et la coordination avec le secteur sanitaire, aussi bien en ville qu'à l'hôpital .

Ces thèmes englobent les deuxième et troisième parties de la commande qui vous a déjà été faite par Mme Vautrin, alors Secrétaire d'Etat en charge des Personnes âgées. Aussi, je vous propose de me remettre un rapport unique, pour la fin du mois de janvier 2006.

Pour conduire cette étude, vous pourrez vous appuyer sur les ressources de l'administration centrale (DSS, DGAS, DHOS et DREES) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que sur le réseau des ARH, des DRASS et des DDASS.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Commissaire, l'expression de mes meilleurs sentiments.



Philippe BAS

Annexe II

Composition du groupe

Membres internes au Centre d'analyse stratégique

Stéphane LE BOULER
Responsable de la mission

Guilhem BENTOGGIO
Chargé de mission

Sébastien DOUTRELIGNE
Chargé de mission

Marc-Antoine ESTRADE
Chargé de mission

Marie LECERF
Chargée de mission

Catherine MARCADIER
Conseiller scientifique

Marion UNAL
Chargée de mission

Yveline LULLY
Assistante

Morgane ROUAULT-MOURAINE
Chargée d'étude

Laetitia DELANNOY
Stagiaire

Adeline LAROCHE-LEVY
Stagiaire

Membres externes

Marie-Thérèse COMOLET
Bureau Santé
MINEFI - DGCCRF

Pierre HOUPIKIAN
Bureau des Comptes Sociaux et santé
MINEFI - Budget

Jean-Marie DEVEVEY
Chargé de mission
DIACT

Annick BONY
Chef du bureau « personnes âgées »
DGAS

Frédérique CHADEL
Chargée de mission bureau « Personnes âgées »
DGAS

Nicole ROTH
Sous-directrice
DREES

Joëlle CHAZAL
Chef du bureau *ESPAS*
DREES

Nathalie DUTHEIL
Adjointe au chef de bureau *ESPAS*
DREES

Céline LAMBERT
DSS

Florence CHENAL
Rédacteur
DHOS

Jean RINGON
DGUHC (Bureau IUH1)
Ministère de l'Équipement

Françoise DEBAISIEUX
Directrice
DRASS, Champagne-Ardenne

Charles de BATZ de TRENQUELLÉON
Directeur
DDASS, Yvelines

Yvon GUILLERM
Directeur adjoint
ARH Bretagne

Jean-François BAUDURET
Directeur adjoint
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Jeanne BROUSSE
Responsable de pôle programmation de l'offre
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Marc BOURQUIN
Responsable du pôle allocations budgétaires
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Claude POUILLOUX
CNAMTS

Claude PERINEL
Directeur national de l'action sociale
CNAVTS

Bruno LACHESNAIE
Sous-directeur
CCMSA

Emily DELFAU
Administrateur
Service des Études
Assemblée nationale

Pierre JAMET
Directeur général des Services
Conseil général du Rhône

Jean-Jacques MEROUR
Maire
Mairie de Pluneret (56)

Murielle JAMOT
Fédération hospitalière de France

Christian MÖLLER
Président de la Conférence Nationale des
Directeurs d'EHPAD

Isabelle DESGOUTE
Directeur du secteur des personnes âgées
FEHAP

Alain VILLEZ
Conseiller technique
UNIOPSS

Florence ARNAIZ-MAUME
Déléguée générale
SYNERPA

Pascal CHAMPVERT
Président
ADEHPA

Marie-Thérèse GOUGAUD
Déléguée régionale Ile de France
ADEHPA

Didier SAPY
Directeur
FNACPPA

Karen SOYER
Conseillère technique
UNCCAS

Jean DAVY
FNADEPA

Marc REYBAUD
Vice-Président
FNAPAEF

Marie-Thérèse ARGENSON
Secrétaire
FNAPAEF
(Présidente de VEDIBE)

Pierre DEBONS
Directeur adjoint
Union nationale ADMR

Pierre DEMORTIERE
Directeur du développement
UNA

Hervé DAUGE
Directeur administratif et financier
UNA

Nathalie BOURNOVILLE
ADOM

Maryvonne LYAZID
Adjointe au Directeur général
Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité

Agnès GRAMAIN
Maître de conférence
Centre d'étude de l'emploi

François TONNELIER
Directeur de recherche honoraire à l'IRDES

Brigitte CROFF
Consultante
BC Conseil et Formation

Bernard HERVY
Président du Groupe animateurs en
Gérontologie

Alain COLVEZ
Directeur de recherche à l'INSERM
Pôle d'étude et de formation en gérontologie LR

Marc BRODIN
Professeur
Faculté de médecine X. Bichat

Luc BROUSSY
EHPA Conseil

Annexe III

Modalités de travail

Au-delà des études internes conduites par l'équipe du Centre d'analyse stratégique, la mission a organisé ses travaux autour de quatre axes : des séances plénières, des ateliers techniques, des déplacements et des auditions.

Trois types de contribution ont été présentés en séance plénière :

- comme dans la première phase des travaux, un certain nombre des points ont été traités directement en séance plénière à partir de présentations des membres ;
- les séances plénières sont par ailleurs la scène sur laquelle les contributions élaborées dans les groupes techniques trouvent un débouché ;
- un certain nombre de séquences ont enfin été consacrées à des auditions de personnalités extérieures ou à des présentations de portée plus générale.

Au-delà, deux points du nouveau mandat du groupe méritaient un traitement particulier en formation restreinte, sous forme d'ateliers techniques :

- l'évaluation budgétaire et l'exploration des dispositifs de financement ;
- la dimension territoriale et les questions de péréquation.

Deux déplacements dans les départements ont complété le dispositif pour cette deuxième phase : sur le modèle du déplacement en Côte d'Or (organisé dans la première phase des travaux), ils ont été montés en relation avec les DDASS et les Conseils généraux dans les Yvelines et en Morbihan.

En dehors des plénières, des auditions ont été conduites par les membres de l'équipe interne du Plan auprès d'acteurs locaux, d'architectes, de gérontologues. Les responsables des quatre principaux groupes privés commerciaux de maisons de retraite ont en outre été auditionnés.

La mission a enfin été particulièrement attentive à un certain nombre d'initiatives conduites en parallèle à ses travaux, en particulier à la Cour des Comptes sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à l'Assemblée nationale (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur le financement des EHPA) ou dans le cadre de la mission conduite par Michel Thierry (IGAS) sur l'évolution des USLD.

Thématiques des réunions plénières et des ateliers

Séances plénières

❑ Séance n° 1 - 9 septembre 2005

Séance d'organisation des travaux de la mission en réponse à la lettre de commande de Philippe Bas.

❑ Séance n° 2 - 23 septembre 2005

- Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille : introduction des travaux.
- Brigitte Croff (BC Conseil et Formation) : « Vers une offre de services diversifiés ».

❑ **Séance n° 3 - 7 octobre 2005**

- Paulette Guinchard, ancienne ministre, vice-présidente de l'Assemblée nationale : "Bilan des années récentes dans le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, perspectives du secteur, évolutions souhaitables" ;
- Agnès Gramain (Centre d'étude de l'emploi) et Alain Colvez (INSERM) : présentation d'une étude INSERM - Université Paris Dauphine de comparaison des programmes innovants de prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, et de leurs aidants familiaux dans huit pays de l'UE.

❑ **Séance n° 4 - 21 octobre 2005**

- Anne-Marie Brocas, Secrétaire générale du Conseil d'orientation des retraites : prospective des revenus des retraités ;
- Stéphane Le Bouler : présentation et examen du projet de maquette du second rapport.

❑ **Séance n° 5 - 4 novembre 2005**

Organisation de l'offre de services :

- Maryvonne Lyazid, adjointe au Directeur général de la FCES : attributs et contenu possibles d'une plate-forme de services ;
- Fabienne Fruleux, responsable du groupe de travail « Services à la personne » du Synerpa, et Pierre Demortière, directeur du développement de l'UNA : Offres de services à domicile et initiatives de leurs organismes respectifs.

❑ **Séance n° 6 - 18 novembre 2005**

Articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social :

- Denis Raynaud (DREES) : données de cadrage relatives à la consommation de soins des personnes âgées ;
- Yvon Guillerm : prise en charge sanitaire des personnes âgées. Enquêtes et études réalisées en Bretagne entre 2002 et 2005 ;
- Patrice Prévost, médecin conseil à la DRSM de Bretagne : impact du vieillissement sur la demande et l'offre de soins ;
- Christian Möller, président de la Conférence Nationale des Directeurs d'EHPAD : rôle des hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées.

❑ **Séance n° 7 - 2 décembre 2005**

Stéphane Le Bouler : présentation des principales orientations du second rapport.

❑ **Séance n° 8 - 16 décembre 2005**

- Françoise Debaisieux, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Champagne-Ardenne ;
- Pierre Jamet, directeur général des services du Conseil général du Rhône ;
- Jean-François Bauduret, directeur adjoint de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ;

- Jean-Michel Rapinat, responsable du service du développement social de l'Assemblée des Départements de France.

Outils de planification territoriale et articulation entre les schémas gérontologiques départementaux, schémas régionaux d'organisation sanitaire et programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

❑ **Séance n° 9 - 6 janvier 2006**

- Joëlle Chazal et Nathalie Dutheil (DREES) : disparités départementales de l'accueil des personnes âgées en établissement ;
- Marc-Antoine Estrade : démarche de prospective des métiers et des qualifications appliquée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

❑ **Séance n° 10 - 20 janvier 2006**

Présentation des chapitres 1 et 4 du projet de rapport et discussion

❑ **Séance n° 11 - 27 janvier 2006**

Présentation des chapitres 2 et 3 du projet de rapport et discussion

Ateliers "financement" et "péréquation"

❑ **Séance d'atelier n° 1 – 28 octobre 2005**

Cadrage des ateliers relatifs à l'évaluation budgétaire, au financement et au sens d'une péréquation territoriale.

❑ **Séance d'atelier n° 2 – 9 novembre 2005**

Financement : les dépenses des collectivités locales et le financement des projets d'équipement.

❑ **Séance d'atelier n° 3 – 15 novembre 2005**

Financement : la tarification des services, les barèmes de prestations et les dépenses fiscales.

❑ **Séance d'atelier n° 4 – 23 novembre 2005**

Financement : emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance.

❑ **Séance d'atelier n° 5 – 30 novembre 2005**

La question de la territorialité et le cas particulier de la région Ile-de-France :

- Philippe Pépin, Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France : étude de l'évolution et des perspectives de prise en charge des personnes âgées en Ile-de-France ;
- Annick Deveau, directrice-adjointe à la Direction Régionale des Affaires sanitaires et Sociales d'Ile-de-France ;
- François Tonnelier, géographe : Etude comparative de la santé des personnes âgées dans quatre grandes villes (New-York, Paris, Tokyo et Londres) ;
- Paul Fuchs (IRADIE) : Présentation du projet "Mieux vieillir" dans le Haut-Nyonsais (Drôme).

□ **Séance d'atelier n° 6 – 14 décembre 2005**

- Dispositif de péréquation pour la prise en charge de la dépendance
- Bernard Thumerel, AIDA Technology.

Annexe 1

Caractéristiques de l'habitat des personnes âgées

• Statut d'occupation et soutien à domicile

Sur un parc total de 30,6 millions de logements en France, dont 25,7 millions en résidence principale, 4,245 millions sont des logements sociaux appartenant au parc HLM et 6,4 millions des logements localisés dans le parc ancien, dits sociaux « de fait » en raison des revenus des ménages qui y sont logés. La proportion de personnes âgées logées dans ce parc ancien n'est malheureusement pas connue. Elle constitue pourtant le gisement le plus important de travaux d'adaptation de l'habitat.

Les ménages de plus de 65 ans représentent 29 % des ménages à bas revenus¹ et 26 % de l'ensemble des ménages.

La question du vieillissement à domicile ou de l'entrée en institution doit être étudiée en considérant le statut d'occupation. Parmi les ménages de plus de 65 ans à bas revenus :

- 10,1 % étaient, au moment de l'*Enquête logement 2002*, hébergés en famille ou en institution ;
- 13,9 % étaient locataires hors logement social et donc dépendants de leur bailleur pour pouvoir bénéficier d'adaptations intérieures de leur logement ;
- 16,8 % étaient dépendants d'un bailleur social pour pouvoir bénéficier de telles adaptations ou se voir proposer par ce dernier un hébergement en logement-foyer ;
- 59,2 % d'entre eux sont propriétaires occupants ou accédants. Non soumis à l'impôt sur le revenu, ils sont difficilement éligibles aux incitations en matière d'équipement et probablement insuffisamment argentés pour financer seuls l'adaptation de leur domicile.

Parmi les retraités non propriétaires, 42 % habitent un logement social ; les autres, soit 58 % des retraités non propriétaires, habitent donc dans le parc privé, ancien ou neuf.

D'où l'importance de la mobilisation des propriétaires bailleurs dans le cadre de l'encouragement au soutien à domicile des personnes âgées dans un logement susceptible, grâce à des adaptations intérieures, de pallier voire de prévenir la dépendance et de permettre effectivement le maintien en bonne santé de la personne âgée.

Pour l'heure, ces bailleurs privés sont difficilement mobilisables. Ils sont visés par les axes 12 et 13 du *Plan de cohésion sociale* en faveur de la résorption de la crise du logement par la relance du conventionnement. Envisager avec eux un nouveau type de mobilisation en fonction des cas de vieillissement et de besoins spécifiques que pourront exprimer leurs locataires constitue un chantier difficile et important.

Cette question ne bénéficie sans doute pas de la même attention que celle de l'adaptation des logements-foyers détenus par les bailleurs sociaux, interlocuteurs organisés, avec qui il est relativement plus « simple » de passer des conventions. Même si la problématique des logements-foyers est assurément importante, elle ne saurait résumer l'agenda des bailleurs face aux enjeux du vieillissement.

¹ Est considéré comme ménage à bas revenus un ménage dont le niveau de vie est inférieur à la demie médiane des niveaux de vie. En 2002, les ménages à bas revenus ont un niveau de vie annuel inférieur à 7.300 euros (4.900 euros en 1988) et les ménages modestes un niveau de vie annuel inférieur à 10.900 euros en 2002 (7.300 euros en 1988).

- **Caractéristiques des logements et stratégie d'aménagement**

Les retraités forment de petits ménages (plus de 60 % de personnes seules). Parmi les locataires du parc privé, 12 % habitent des logements sans confort sanitaire. Ils sont également touchés par un différentiel important de taux d'effort par rapport au parc social².

Même s'il s'est produit incontestablement une amélioration du confort de l'habitat en moyenne générale en France, les retraités vivant en territoires ruraux, isolés ou de montagne, vivent en moyenne plus souvent que leurs homologues urbains dans des logements inconfortables – voire insalubres. Cette question est encore plus vive dans les territoires d'Outre-Mer où la problématique de l'insalubrité ou de l'indignité de l'habitat touche plus de 25 % de la population.

Ce qui fait souvent défaut aujourd'hui dans la réflexion sur la politique du logement des personnes âgées, relève moins de la capacité des différents opérateurs à recourir à la boîte à outils du logement, exceptionnellement riche en France, que de la définition d'une stratégie convergente en fonction du soutien à domicile, selon des critères qualitatifs partagés.

Face à des besoins qui concernent tout autant la qualité de la vie que l'adaptation aux contraintes spécifiques du grand âge, les questions à traiter s'envisagent différemment selon les opérateurs :

- le vieillissement dans le parc social conduit actuellement à évaluer à un sur cinq les locataires de plus de 65 ans dans le parc HLM³. Ceci pose la question de l'adaptation du parc locatif social et de la gestion de ce parc une fois libéré, en recourant par exemple au développement de bourses au logement adapté, mises en place par certains organismes, mais encore peu développées au sein de l'ensemble des organismes HLM et entre organismes ;
- le vieillissement dans le parc social dit « de fait », parc ancien ou reliquat de parc encore sous la loi de 1948, accueillant une proportion plus importante de retraités ou personnes âgées, mais non évaluée à ce jour : sont connus les montants annuels des aides versées par l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) au titre de la PALULOS ou le montant des subventions versées aux propriétaires bailleurs ou occupants pour l'adaptation de leur logement sous condition de ressources, mais il manque ici des données pour une évaluation précise des besoins en adaptation de l'habitat dans le parc existant. Les opérateurs en secteur conventionné dans l'ancien interviennent beaucoup plus sur le champ de la mise aux normes de salubrité, de l'adaptation des logements en fonction de l'âge de la personne âgée bénéficiaire. Mais le financement de ces travaux répond à du sur-mesure en fonction des opérations dans lesquelles ils se situent.

A échéance de vingt ans, ces adaptations conviendront-elles aux futurs ménages qui résideront en remplacement du ménage vieillissant ? Devra-t-on plutôt envisager là aussi des bourses locales du logement adapté ? Ne peut-on réfléchir à la conception de logements dits « adaptables » dans les produits neufs et au repérage systématique de logements de même destination dans le parc ancien, plutôt que de financer toute demande formulée par une personne âgée ?

- le vieillissement dans le parc existant « libre » s'effectue sous la responsabilité des propriétaires bailleurs et de leurs locataires ou propriétaires occupants, selon différents statuts (jouissance divise, indivise, usufruit, nue-propriété, propriété occupante...) qui conditionnent l'accès aux aides à l'adaptation des logements, en fonction du revenu des ménages et selon des plafonds de montants de travaux. (Cf. chapitre 3) Les opérateurs en secteur libre n'ont aucune obligation à l'égard d'un public particulier : qu'ils soient agents économiques indépendants ou personnes morales, les produits mis sur le marché sont standardisés et n'incluent aucun fléchage délibéré (rez-de-chaussée adaptés avec

² Source : « Les conditions de logement des ménages à bas revenus », J.C. Driant, C. Rieg in INSEE Première n° 950 – fév. 2004.

³ Les opérateurs en secteur social, existant ou neuf, sont tenus par des engagements particuliers. L'attribution d'un logement social n'est en effet pas susceptible de remise en cause, sauf à disposer de revenus dépassant largement les plafonds de surloyer. Or, les ménages retraités résidant dans le parc social ne disposent pas, en moyenne, de revenus élevés. Ils sont donc de droit dans les lieux, conformément aux dispositions relatives aux droits des locataires.

jardins, incitation à la vente en groupe, préférence donnée à des regroupements familiaux lors des transactions, pour favoriser les rapprochements et la mise en œuvre effective de la solidarité familiale) si ce n'est les recommandations propres à un marketing-produit bien ciblé en fonction de segments de marchés identifiés.

• **Vieillesse et normes d'aménagement**

Les *Comptes du Logement* n'abordent pas la problématique du logement avec une entrée sociale systématique. Ils ne repèrent ainsi les évolutions que pour les hébergements collectifs, où se retrouvent les personnes âgées lorsqu'elles entrent en institution, évolutions suivies et complétées par les analyses de la DREES. Nous connaissons ainsi relativement mieux l'hébergement des personnes âgées en institution qu'en logement banalisé.

Les commentaires statistiques élaborés à partir des données de la dernière *Enquête logement* (2002) concernant ces ménages vieillissants, relèvent généralement :

- l'impact du vieillissement sur la demande de logements à long terme : pression sur les grands logements⁴ ou pression sur les petits logements, retour au centre-ville à l'horizon de 20 ans : ces hypothèses ne sont, à l'heure actuelle, pas vraiment vérifiées ;
- la faible mobilité des locataires HLM, toutes catégories d'âge confondues dans l'approche statistique : on ignore ainsi l'impact quantitatif sur le parc HLM ou le parc ancien existant des départs en institution de personnes devenues trop dépendantes pour rester à domicile ;
- le taux de sous-occupation ou de sous-peuplement de leur logement, la tendance observable étant au maintien dans les lieux des parents ou de l'adulte de référence du ménage après la décohabitation du dernier enfant du foyer familial, « événement qui a pour effet de réduire et non d'accroître la mobilité, comme si les parents appréciaient d'être plus « au large » dans leurs murs, ou peut-être aussi parce qu'ils estiment qu'un retour de l'enfant au foyer ne saurait être exclu *a priori*. »⁵.

Les analyses concernant les taux de sous-peuplement (tableau n° A-1) des logements occupés par des ménages retraités (phénomène *a priori* considéré comme négatif), ou l'impact du vieillissement sur la demande en logements petits ou grands, évacuent l'aspect « soignant » du logement comme lieu de mémoire et de sociabilité, ainsi que l'impact positif de la distance spatiale *dans* le logement entre les personnes y résidant.

Tableau n° A -1

	Secteur social (%)	Secteur libre (%)
Sous-peuplement très accentué	2,5	8,5
Sous-peuplement prononcé	11	15,5
Sous-peuplement modéré	29,8	28,4
Peuplement normal	41,3	33,5

Source : *Enquête Logement 2002* - INSEE

⁴ « En 2002, on dénombre déjà 500.000 logements HLM en situation de sous-peuplement prononcé (il s'agit, par exemple, de logements de quatre pièces occupés par une personne seule ou en couple sans enfant, ou de logements de cinq pièces habités par un couple ayant au plus un enfant), soit un logement HLM sur huit. » (source : « Comportements résidentiels et marché du logement » A. Jacquot, *Economie & statistique* n° 381-392, 2005 – p.10)

⁵ *Ibid*

⁶ Définition de la norme de « normalité » : une pièce de séjour pour le ménage (entité de référence), une pièce pour chaque personne de référence d'une famille, une pièce pour les personnes hors famille non célibataires ou célibataires, une pièce pour deux enfants s'ils sont du même sexe ou ont moins de 7 ans, sinon une pièce par enfant. Au sens de cette norme, un couple doit disposer de deux pièces, tout comme les ménages d'une personne.

La promiscuité pendant la longue période de la retraite est susceptible d'accroître la fatigue des cohabitants, d'entraver le soutien à domicile par le jeu de confrontations physiques de fait usantes, et d'engendrer des coûts indirects de demande de soutien professionnel.

L'enjeu est, encore une fois, de considérer le logement comme *lieu de vie* et non simplement comme unité quantifiable, dont les normes de « peuplement normal » diffèrent entre le secteur social, où l'individu logé est attributaire d'un logement en fonction de normes administratives, et le secteur libre, où est qualifié de « sous-peuplement » l'aspiration à vivre dans un logement « spacieux ». Le débat est également prégnant en institution (*cf. infra*)

Nous touchons là la question du calcul des externalités positives liées au logement, qui n'ont jamais fait l'objet d'un travail systématique d'identification et d'évaluation en dépit des recommandations du Plan en ce sens dans ses nombreux rapports⁷.

Aujourd'hui, la crise d'offre en logements de grande taille laisse craindre des mesures en la défaveur des personnes âgées locataires d'un logement social, qui pourraient être fortement incitées à quitter leur domicile pour rejoindre un logement conforme aux « normes d'habitabilité » définies administrativement. Or déménager sur incitation forte et non par exercice libre de la volonté, quitter son environnement est source d'anxiété, de fatigue, voire d'accidents pour la personne âgée et son entourage, expérience symbolique du « départ » à venir qui la marque et risque d'accélérer son évolution vers la dépendance.

⁷ Rapport préparatoire au XI^{ème} Plan notamment, déclarant le logement, priorité de la Nation (1993).

Annexe 2

La sensibilisation aux soins palliatifs dans les EHPAD

A l'initiative de la direction générale de la santé (et financé par elle), un projet de sensibilisation des personnels soignants des EHPAD à la démarche des soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie a été lancé en région Picardie. Mis en œuvre par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), en collaboration avec la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), ce projet est conduit à titre expérimental avant une extension nationale si l'expérimentation se révèle concluante. Il est étroitement lié au volet personnes âgées du programme national de lutte contre la douleur.

Les personnels des EHPAD sont confrontés à la fin de vie des résidents de façon hétérogène en fonction notamment des projets d'établissement. Grâce à cette expérimentation, chaque structure qui le souhaite peut bénéficier d'un accompagnement à la construction d'une démarche de soins palliatifs. Ceci renvoie au volet soins palliatifs de ces projets et, plus largement, à la démarche qualité instaurée dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD.

Assurée par le GRETA, organisme de formation professionnelle, la formation dispensée se base sur une approche préalable des besoins de la structure, un soutien à l'organisation d'une journée de sensibilisation, ainsi qu'un accompagnement de la démarche institutionnelle. Elle implique à la fois les ressources de la structure (direction, médecin coordonnateur, infirmières, aides-soignantes) et les ressources de proximité (équipes mobiles de soins palliatifs, réseaux...) dans la perspective de développer une culture de soins palliatifs et une aide à la décision dans les cas difficiles. La dispensation d'éléments théoriques, techniques et organisationnels de cette formation vise donc l'amélioration de la structuration, de la coordination et des pratiques ordinaires de l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion de la fin de vie.

L'expérimentation implique l'ensemble des acteurs régionaux : ARH, URCAM, URML, DDASS/DRASS, Conseils généraux, société picarde de gérontologie.

Le bilan de cette démarche volontaire est effectué autour d'indicateurs simples : volet soins palliatifs des projets d'établissement, procédures mises en place, conventions passées, formations prévues.

Sur les 180 établissements que compte la région Picardie, une centaine sont déjà inscrits à cette action de sensibilisation qui sera terminée à la fin du premier trimestre 2006.

Annexe 3

Protocole Ethnologie des organisations - Maison des Sciences de l'Homme

Extrait du pré-rapport⁸

"Les informations recueillies au cours de ces immersions ethnologiques peuvent être brièvement listées comme suit :

- **A propos de la dépendance**

A dépendance égale, le traitement qu'une personne peut recevoir varie très sensiblement d'une institution à l'autre, avec des répercussions éventuelles quant à l'amélioration ou au contraire la dégradation de son état. Dans les cas observés, le constat de cette différence renvoie moins à une question de compétence du personnel soignant qu'il ne met en cause l'inadéquation de certaines catégories administratives ou les effets néfastes de certaines normes.

En interrogeant concrètement la notion de dépendance, les enquêtes ethnographiques ont permis d'appréhender les détails du franchissement du ou des seuils à partir desquels le résident devient ou est estimé dépendant des autres - avec tous les effets qui s'ensuivent pour lui (perte de dignité, moindre confort, honte, angoisse...).

A l'encontre des idées reçues, il apparaît qu'une forte dépendance peut constituer une « chance » pour obtenir une place en institution. On observe à ce propos que les familles ont tendance à diminuer la dépendance réelle qui affecte leur parent... tout en la mettant en avant pour justifier, de façon déculpabilisante, leur décision de le placer en institution.

La vie en maison de retraite est tributaire du travail, de l'engagement et de la personnalité des personnels. Reconnaître leur rôle primordial, c'est reconnaître également que le travail occasionné par la dépendance est quasiment le seul moteur d'une vie collective en institution et à quel point il est difficile d'imaginer un véritable projet de vie.

La question de la demande est essentielle à la compréhension des expressions ordinaires de la dépendance en institution – le fait, comme le formulent des personnes âgées, de « ne plus pouvoir se suffire ». La vie en institution et les relations avec le personnel soignant passent par la nécessité, pour les résidents, d'apprendre à demander - la demande de soin se révélant parfois surtout une demande de présence. L'observation rapprochée met en évidence ce qu'un tel apprentissage implique chez eux de difficultés, de gêne, d'angoisse et de détresse.

Une personne peut ainsi préférer porter une couche pour ne pas à avoir à demander un bassin, ou, moins spectaculaire, accepter qu'on lui ferme les volets quand il fait encore jour pour ne pas avoir à le demander plus tard. La peur du refus et de l'oubli est relativement forte chez certains pour que leur façon de demander (brutale ou exagérément affable) s'en ressente et entraîne en retour des réactions particulières (immédiates, différées ou inexistantes) de la part du personnel.

Cette peur peut également conduire un résident à s'abstenir de toute demande, volonté qui explique alors sa façon d'être (ou de ne pas être) en société. Ainsi, par exemple, certains résidents invalides en fauteuil roulant refusent qu'on les emmène assister à des animations, occasions pourtant privilégiées de voir rassemblés des résidents de tous les services, parce qu'ils ne veulent pas avoir à demander qu'on les

⁸ Ces pages sont extraites d'une étude conduite dans le cadre d'une convention entre le Centre d'analyse stratégique et la Fondation Maison des Sciences de l'Homme intitulée « Protocole d'ethnologie des organisations ». Ce texte réfère au travail de trois chercheurs, docteurs en ethnologie : Nicolas Jaujou, Eric Minnaert, Laurent Riot. Ces trois ethnologues ont séjourné six mois en « immersion » totale dans les institutions qu'ils ont étudiées. Leur travail a été suivi en permanence par un comité scientifique constitué de Monique Jeudy-Ballini (Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Paris), Maurice Godelier (EHESS), Pierre Lemonnier (CREDO, Aix Marseille), Alain d'Iribarne (CNRS/FMSH) et Jean-Luc Lory (CNRS/FMSH) également coordonnateur de ce protocole.

raccompagne dans leur chambre ni avoir à attendre que leur demande soit réalisée. Pour cette catégorie de personnes, pouvoir circuler dans l'établissement revient à être déplacé.

- **Les relations entre résidents et personnels**

Chez le personnel, le souci de prévenir l'inflation des demandes conduit à en apprécier la légitimité sur la base de critères particuliers (parfois différents de ceux des intéressés) ou à anticiper des demandes non formulées au risque parfois de retirer toute initiative aux résidents. Mais le manque de personnel tend généralement à créer entre les résidents une mise en concurrence des demandes dont certaines (jugées plus urgentes ou plus légitimes) tendent à en disqualifier d'autres. Le non traitement des demandes est susceptible au final de susciter des rancœurs pouvant dégénérer en violence et miner la possibilité d'une communauté d'intérêt entre résidents.

Aux yeux du personnel des établissements, plusieurs critères implicites de discrimination placent quelques résidents dans une position de « leaders ». La discrétion dont ces derniers font montre vis-à-vis de leurs co-résidents en même temps que leur capacité à nouer des liens est l'un de ces critères. Les personnes s'investissant dans la vie de l'institution tout en n'allant pas trop loin dans les relations personnelles sont celles par qui transitent les informations officielles entre les responsables et les autres résidents, celles aussi par l'intermédiaire desquelles les bénévoles s'adressent à l'ensemble des résidents pour proposer des activités, celles enfin sur qui comptent certaines familles pour s'occuper de leur parent âgé, etc.

On observe que ce sont les personnels les moins qualifiés (agents de services hospitalier et aides soignantes) qui passent le plus de temps auprès des personnes âgées.

Chez les nouveaux venus qui ont quitté un monde ouvert pour le petit monde clos de l'institution, l'observation ethnographique permet de saisir le détail, les codes, les ruses et les espoirs de relations nouvelles à instaurer avec le personnel, le médecin ou les autres résidents.

Les animations, dans lesquelles on pourrait s'attendre à voir un moyen agréable de passer le temps, sont des moments empêchant dans certains cas les possibilités d'échange, notamment lorsqu'elles tendent à écraser les occasions de discussions et à banaliser quelque peu les relations résidents/personnels. On parle ensemble pendant une toilette, pendant la réfection d'un lit, pendant l'attente du chariot repas par exemple. Mais la question se pose de savoir s'il est possible de se parler sans justifier cette communication par le soin ou le travail.

Les plaintes en maison de retraite méritent d'être étudiées. La plainte est souvent rhétorique, en ce qu'elle ne cherche pas forcément à être efficace. Pour qu'elle le soit, il faudrait savoir à qui se plaindre. Or la perception du personnel comme un groupe solidaire ne permet pas au résident ou à la famille de se plaindre en vue d'obtenir un effet.

Parmi les résidents encore alertes, les stratégies adoptées pour établir un rapprochement avec le personnel comme le fait de l'aider dans son travail en mettant le couvert, en s'investissant dans les animations proposées ou encore en s'occupant de personnes dépendantes, peuvent en même temps être interprétées comme autant de stratégies pour se démarquer nettement de ces personnes, autant de manières aussi de se donner à soi-même des formes de réassurance sur ses propres possibilités d'autonomie. De ce point de vue, la question de la marche et de sa relation avec le « moral » et la « santé » est fondamentale. Continuer de marcher est un aspect important de la représentation que les personnes âgées se font du temps qui leur reste à vivre. « Garder ses jambes » apparaît pratiquement aussi important que « garder sa tête » et les résidents les plus valides ont souvent l'impression qu'ils ne pourraient pas survivre s'ils perdaient leurs jambes (ce qui est pourtant le cas en institution).

Le temps des résidents est en complète dysharmonie avec celui du personnel. Tandis que ces derniers sont pressés par le temps, les autres attendent - les deux partis souffrant de la situation et se confrontant parfois sur cette ligne de front. Ainsi, par exemple, les toilettes s'organisent en série, avec un début et une fin. La construction de cette série essaie de composer avec les capacités d'attente des résidents, tout en essayant également de varier les suites réalisées pour que ces derniers ne soient pas systématiquement les

derniers. La manière qu'a le personnel de gérer son temps repose ainsi sur une certaine idée de l'égalité face au soin.

Les familles mais aussi les médecins de famille sont des « catégories fantômes » (c'est-à-dire toutes puissantes mais invisibles) ayant une influence décisive sur les itinéraires des personnes âgées : elles ne sont pas physiquement présentes en permanence, mais c'est par rapport à elles que l'activité des personnels est déterminée, et c'est par elles en partie que les résidents évoluent dans leurs itinéraires.

- **Les relations entre co-résidents**

De manière générale, bien qu'il existe peu de relations visibles entre co-résidents dans l'établissement et que ces relations soient rendues difficiles par les handicaps visuels, auditifs et déambulatoires des personnes âgées, une présence sur le long terme permet d'observer les liens que les nouveaux venus tissent petit à petit avec le personnel et les co-résidents.

Pour les personnes âgées, participer à la vie de l'établissement ne signifie pas forcément s'intéresser à la vie personnelle de leurs co-résidents. Les amitiés et les relations sentimentales qui naissent dans les maisons de retraite sont assez rares. Les vrais proches et les vrais amis sont généralement « ailleurs » - décédés ou dans un autre établissement. Les résidents cultivent leur jardin secret dans leur espace privé en se tournant de préférence vers cet ailleurs (le passé).

Il arrive que la gestion très (ou trop) stricte de certains produits (couches par exemple) aboutisse à certaines aberrations comme des ruptures de stocks le week-end, phénomène contribuant à durcir les tensions entre co-résidents ou résidents et personnel liées à la multiplication des demandes.

Les relations entre co-résidents s'organisent à partir d'apprentissages inédits liés à la vie en collectivité. Ainsi, tandis que les personnes âgées ont intériorisé tout au long de leur vie un certain nombre de codes d'évitement et de rapprochements en société, la vie collective de l'établissement les plonge tout à coup dans une toute autre logique. Sauf à rester cloîtrés dans leur appartement – ce qui est le cas de quelques cas marginaux et de grands grabataires – les résidents ne peuvent éviter ni les personnels qui travaillent en permanence dans l'établissement ni l'ensemble des co-résidents. Même si les relations avec les autres résidents, en dehors des repas, sont de courte durée, la vie en collectivité est bien là et induit une somme d'apprentissages nouveaux. Un exemple caractéristique de cet apprentissage est l'utilisation d'une nouvelle façon de se saluer et de conclure les échanges lors des multiples rencontres quotidiennes avec les personnels et les co-résidents. Assez rapidement, en effet, les nouveaux venus apprennent à dire « à bientôt » à la place d'« au revoir », parfois avec une certaine dose d'humour.

- **Les relations entre familles et personnel**

Les demandes des familles concernant un parent en institution ne s'adressent pas toujours à la bonne personne. Par leur forme, elles sont souvent perçues à tort comme des plaintes ou des ordres et le personnel interpellé ressent d'autant plus mal la demande qu'il n'évalue pas la situation selon les mêmes critères.

Annexe 4

Les conventions tripartites et la qualité de la prise en charge

La Fondation nationale de gérontologie et la Direction générale de la santé ont suscité conjointement une enquête⁹ auprès de professionnels et d'usagers d'une vingtaine d'EHPAD, en vue d'analyser l'impact du conventionnement tripartite sur l'organisation et le fonctionnement des établissements au regard des objectifs poursuivis (qualité des soins, vie de l'institution, coordination des acteurs).

Le conventionnement a entraîné la rénovation de nombreux établissements pour mise en conformité aux normes architecturales. D'une part, il constitue une occasion de rompre avec la tradition des hospices et de progresser vers un espace de vie plus respectueux de la dignité des personnes. D'autre part, la spécialisation des locaux permet une meilleure organisation du travail et de la vie des résidents et le développement de nouvelles offres de prise en charge.

Si le travail et la fonction du médecin coordinateur, axe fort de la réforme, sont reconnus par les autres professionnels de l'établissement, son identification par les familles et les résidents se révèle insuffisante. Etant assimilé au médecin traitant habituel, son rôle est très largement sous-évalué. Il reste aussi à réglementer le temps de présence des médecins coordinateurs, dont la durée de travail est très variable et ne permet pas souvent d'accomplir l'ensemble des tâches qui leur sont attribuées.

Le conventionnement améliore considérablement la coordination des professionnels dans la prise en charge des résidents, notamment grâce à une politique intense de formation à la gériatrie. Il met fin à l'externalisation des soins infirmiers. Il entraîne une augmentation et une diversification du personnel (aides médico-psychologiques, métiers de l'animation, de la réadaptation), ressenties par les familles comme génératrices d'une meilleure prise en charge. Pour d'autres, celles-ci ne pallient pas le manque de personnel sanitaire classique. La coordination avec l'extérieur, et notamment l'inscription de l'établissement en réseau avec les établissements hospitaliers, semble encore difficile. Les EHPAD ont pris de l'avance sur d'autres dispositifs gérontologiques grâce à un changement profond de culture professionnelle et à l'instauration de protocoles dans le cadre du conventionnement (ex. : protocoles sur la prévention des fugues, l'hydratation, les situations d'urgence, etc.). Cependant, ceux-ci apparaissent au gré des circonstances, d'où l'intérêt d'établir des protocoles validés au niveau national.

Le conventionnement s'est accompagné d'investissements importants et divers, tels que du matériel informatique, très limité auparavant, du matériel médical ou paramédical (aide à la déambulation, matelas anti-escarre, etc.), facilitant le travail des soignants et renforçant le confort des patients. Ceci étant, faute de réflexion normative, les stratégies d'équipement restent très hétérogènes d'un établissement à l'autre. On s'interroge parfois sur la pertinence d'un suréquipement en matériel médical, peut-être davantage opportun en milieu hospitalier. Dans un domaine où la technologie évolue rapidement, il est également nécessaire de créer une veille technologique sur les matériels, pour aider les établissements dans leur choix.

Les établissements ne semblent pas procéder à des sélections à l'admission, même si la population qui entre aujourd'hui en institution, se caractérise par une plus grande dépendance physique et psychique, qui entraîne un besoin accru d'actes de nursing et une prise en charge spécialisée. Il apparaîtrait même que certains comportements perturbateurs font partie des critères d'admission.

La place de l'animation dans les maisons de retraite semble enfin reconnue, mais son contenu n'est pas encore réellement défini (confusion observée entre loisirs et rééducation cognitive, manque de savoir scientifique, inadéquation des activités proposées, etc.). Malgré cette innovation, le sentiment d'ennui demeure toujours palpable dans les maisons de retraite. L'organisation de sorties est limitée. Les établissements demeurent en marge de la vie de la cité. Le conventionnement s'est accompagné de la

⁹ Impact du conventionnement tripartite d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Enquête qualitative sous la direction du Professeur Olivier Saint Jean, Fondation nationale de gérontologie et Direction Générale de la Santé (mai 2005)

reconnaissance de droits et libertés au profit des personnes âgées au travers des chartes. Une augmentation des prix, source d'inquiétude, a suivi le conventionnement. Cette inflation a parfois eu pour effet d'attirer une nouvelle clientèle plus aisée et/ou plus exigeante.

Les objectifs d'amélioration de la qualité des soins et de la relation personnel / résidents semblent être atteints (plus grande attention et disponibilité du personnel grâce à l'augmentation des effectifs). En revanche, ceux relatifs à la qualité de vie le sont moins (persistance d'horaires de vie et de repas inadaptés, organisation rigide du travail, etc.) Si les professionnels ont une vision globalement positive des effets du conventionnement, la perception des changements par les usagers est plus mitigée (prestations sanitaires de qualité mais sentiment de solitude et de confinement). Il est regrettable que les résidents n'aient pas plus été associés au projet, au même titre que les professionnels. Ceci explique probablement en partie la persistance de certains dysfonctionnements.

Annexe 5

L'enjeu de la lutte contre la maltraitance¹⁰

La maltraitance est la répétition et la banalisation de comportements de brutalisation dans la vie quotidienne. L'analyse de dossiers de signalement de plaintes déposées auprès de la DGAS montre que les personnes incriminées sont issues de toutes les catégories d'intervenants auprès de la personne âgée : direction ou personnel (médical et de service) d'établissement, autres résidents, famille, voisinage pour les personnes vivant à domicile, commerçants...

Les formes relevées de maltraitance sont sensiblement les mêmes pour les personnes vivant en institution ou à domicile. Il existe cependant des motifs de plaintes spécifiques à l'institution : les contentions, l'enfermement, la dénutrition, les atteintes à la dignité et l'inadaptation de l'établissement sont ainsi cités.

La plainte n'est pas nécessairement corrélée au degré de sévérité de la maltraitance. De plus, les motifs relevés ne s'inscrivent pas de façon évidente dans les typologies classiques de maltraitance. Alors que la typologie traditionnelle des atteintes distingue les violences physiques, psychologiques, financières, médicamenteuses (excès ou privation), négligences actives (enfermement...), négligences passives et violations des droits et libertés du citoyen, une typologie centrée sur la perception des victimes a été proposée par la DREES. Elle comporte trois catégories :

- les atteintes à l'intégrité de la personne (violence physique par exemple) ;
- les atteintes à la dignité de la personne (répercussions sur l'estime de soi) ;
- les atteintes à l'autonomie citoyenne. Ce sont les comportements entravant la capacité ou réduisant la liberté de décider soi-même qui peuvent induire un sentiment de dépossession de soi ou de ses biens.

L'enquête a relevé quatre réactions types de personnes confrontées à la maltraitance :

- la résistance efficace à la maltraitance ;
- la banalisation et la légitimation des atteintes ;
- le désaveu des autres et le silence de la victime, attitude fataliste ;
- le déni et la somatisation des atteintes.

Lorsque les atteintes donnent lieu à une plainte, celle-ci peut être portée par des tiers. C'est fréquemment le cas lorsque la victime n'a pas d'autorité sur l'auteur de la maltraitance. Les victimes font entendre plus facilement leurs plaintes lorsque les actes sont reconnus par la loi comme délictuels (vols, coups...) ou criminels (actes dégradants...). Les plaintes pour atteintes à la dignité et à l'autonomie aboutissent peu. Généralement, les victimes ne reçoivent un écho à leurs plaintes que si celles-ci sont relayées par des garants extérieurs qui rendent la plainte « crédible ».

¹⁰ Thomas H., Scodellaro C., Dupré-Lévêque D., *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative*, Drees, Etudes et résultats n°370, janvier 2005.

Annexe 6

Groupe technique sur le choix du référentiel à utiliser pour la requalification des USLD

Note de synthèse du président du groupe, Michel Thierry, 19 janvier 2006

Cette note, qui n'engage à ce stade que le président du groupe, a pour objet une première synthèse des travaux du groupe technique chargé de débattre du choix du référentiel prévu à l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale et de ses conditions d'utilisation. Trois points sont à distinguer :

I - Le choix du référentiel

Un consensus s'est manifesté sur la définition des USLD, mais pas complètement sur le choix d'un instrument permettant de l'exprimer. A défaut de consensus véritable et solide sur ce point, même si une tendance majoritaire se dessine en faveur d'indications à tirer du système PATHOS, j'argumenterai une préférence en faveur de cet outil.

- **Une nouvelle définition des USLD pour la mise en œuvre du processus prévu :**

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Cette définition présente un triple intérêt : elle associe les missions d'accueil aux missions de soins ; elle précise la notion de longue durée (pathologie ou poly pathologie active au long cours ou susceptible d'épisodes répétés de décompensation) ; elle indique des exigences minimales en matière d'intensité et de continuité des soins et de la surveillance. Elle devrait être inscrite en tête de l'arrêté fixant le référentiel. C'est elle en effet qui doit guider la position des différents acteurs du processus de requalification.

- **Un débat sur le choix entre trois types d'instruments :**

- AMS (Autonomie/ Morbidité / Soins), développé au sein de l'APHP, associe trois dimensions : la mesure de l'autonomie, par utilisation de la grille AGGIR ; l'analyse des pathologies, par un questionnement binaire portant sur 18 pathologies, plus des indications sur la démence et les troubles du comportement ; une évaluation de l'intensité des soins infirmiers dispensés, soit par utilisation de la méthode des SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée), sur une base volontaire, soit par extrapolation d'indications relatives aux pathologies et à leur traitement récent (par exemple injections ou modification du traitement médicamenteux) Elle débouche sur un classement des patients en trois catégories. Le groupe 1 correspond à des poly pathologies complexes, soins infirmiers lourds, dépendance forte, fréquentes décompensations. Le Groupe 2 correspond à des patients peu dépendants, sans pathologie lourde, généralement plus jeunes. Le groupe 3 regroupe des patients très dépendants, avec présence éventuelle d'une seule pathologie lourde, sans épisodes aigus ;
- PATHOS, développé par les services du contrôle médical de la CNAMTS et le syndicat national de gérontologie clinique évalue les soins requis en couplant 50 états pathologiques avec 12 profils exprimant la stratégie de soins. A un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles ; au total 240 couples états pathologiques/ profils de soins décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie. Cet outil débouche sur plusieurs types d'indicateurs au niveau de l'établissement : un taux de SMTI (soins médicaux et techniques importants), la répartition des profils de soins, un indicateur synthétique de l'importance des soins requis, le PMP ou « Pathos moyen pondéré », valorisé en termes financiers (unité de compte monétaire seule unité commune pour la valorisation de temps infirmiers, de médicaments, d'actes médico-techniques) ;

- Une grille *ad hoc* simple a été établie par deux membres du groupe pour tester la faisabilité d'une grille très simple, faisant largement confiance aux dires des praticiens et mettant l'accent sur la fréquence des décompensations.

- **Une grille d'analyse avantages / inconvénients doit intégrer au moins cinq critères ;**

- *La simplicité d'usage* : la prime à la simplicité irait à un instrument *ad hoc* simplifié. Cependant on se doit d'être attentif aux risques d'une fausse simplicité. Parce qu'elle se fonde sur un questionnement ouvert reposant largement sur les dires des praticiens, une grille simplifiée comporte les risques de très larges divergences d'interprétation d'un praticien à l'autre ou d'un établissement à l'autre, sans même évoquer d'éventuelles possibilités de manipulation. L'expérience de la grille AGGIR nous a enseigné par exemple la sensibilité des résultats à telle ou telle interprétation de mots ou d'adverbes censés approcher des situations intermédiaires entre autonomie et complète dépendance. Des questions trop ouvertes nécessitent un investissement de formation beaucoup plus important. Par ailleurs des grilles très simples exigeront un contrôle plus approfondi des échelons médicaux de la CNAMTS, et probablement un retraitement de l'ensemble des données individuelles. Le temps qu'on gagne sur la phase interne à l'établissement risque d'être perdu sur les phases amont et aval de la formation des praticiens et de la réalisation des validations.

Entre AMS et PATHOS, AMS paraît un peu plus simple (un peu moins de temps passé par patient, questions fermées en ce qui concerne l'analyse des pathologies), sous une réserve non négligeable qui tient au fait que dans une majorité de cas la mesure de l'intensité des soins ne résulte pas du recours à la méthode SIIPS, qui nécessite un investissement en temps infirmier, mais d'une approximation établie par le système ;

- *L'appropriation par les milieux professionnels* : elle est plus forte pour PATHOS, diffusé France entière, instrument du SNGC, ayant fait déjà l'objet de formations sur une échelle assez large. 830 médecins intervenant dans le champ gériatrique ont été formés à PATHOS, sans compter environ 300 médecins des DDASS, des Départements ou du contrôle médical ;
- *La praticabilité des opérations de validation et de contrôle par les services médicaux de la CNAMTS* : PATHOS, coproduit par la CNAMTS et largement utilisé par ses services médicaux, présente un très net avantage à cet égard. Chaque échelon régional comporte un praticien spécialiste de cet outil. Le recours à PATHOS devrait permettre un contrôle plus ciblé et accélérer la phase de validation ;
- *La possibilité de comparaisons entre champ sanitaire et médico-social* : PATHOS est utilisable et utilisé dans le champ médico-social ;
- *Enfin, critère le plus important, l'adéquation de l'outil à la définition donnée des soins dispensés dans les USLD et son « opérabilité » en termes de planification et de requalification des USLD*. Tous les outils examinés peuvent se prévaloir de la définition donnée des USLD, avec des accents différents.

AMS met l'accent sur la classification dans une pathologie ou un groupe de pathologies, avec pondération de leurs combinaisons, sans mesure en termes de soins requis par chaque patient en fonction de la phase d'évolution de sa maladie. AMS a l'intérêt d'approcher les phénomènes de décompensation en posant au moins une question sur les épisodes récents. L'intensité des soins n'est souvent pas directement évaluée mais dérivée du système.

PATHOS a l'intérêt, en couplant états pathologiques et profils de soins requis, d'approcher à un instant donné une population nécessitant des soins médicaux et techniques importants, ce qui semble, du moins à l'auteur de cette note, en prise plus directe avec la définition retenue pour les soins de longue durée. La notion de SMTI est certes plus large dans la mesure où elle peut englober des patients justiciables d'une prise en charge en moyen séjour ou services actifs mais elle délimite assez bien la sphère du sanitaire et on peut lui associer des indicateurs de répartition des profils de soins permettant d'affiner l'approche. Cette notion apparaît plus lisible, pour les besoins du processus de transformation des USLD, que le classement AMS en 3 catégories mixant pathologie et perte d'autonomie. Le point de vue du président du groupe est que les indicateurs fournis par PATHOS sont plus opératoires pour éclairer la concertation entre établissements, ARH et DRASS

- **Le référentiel**

Le référentiel ne peut être assimilable à une formule mathématique assénant un nombre de places USLD mais doit plutôt être conçu comme un faisceau d'indicateurs susceptibles d'éclairer la prise de décision et la concertation préalable, susceptibles également d'alimenter des démarches de planification à un échelon territorial plus large. C'est normalement sur cet outil que devraient s'appuyer les avis rendus par les établissements, en y associant les appréciations qu'ils jugeront opportunes sur le rayonnement de leurs structures de soins en matière de prises en charge gériatriques et les aspects gérontologiques du projet d'établissement, la création éventuelle d'un pôle gériatrique.

La structuration du référentiel pourrait être la suivante :

1. Des données d'identification des unités existantes :

- Personne morale gestionnaire
- Capacité de l'USLD
- Nombre de patients accueillis de moins de 60 ans
- GMP et PMP
- Organisation de l'USLD en unités de vie et définition retenue par l'établissement de la notion d'unité de vie
- Eléments de filière gériatrique existant dans l'établissement (services actifs de gériatrie, éventuels lits de porte, services de soins de suite et de réadaptation et % de patients âgés dans ces services, unités de soins palliatifs et % de patients âgés)

Ces données n'ont pas à avoir de portée discriminante dans le processus de requalification mais elles peuvent jouer un rôle supplétif dans la mise en œuvre du processus (ne pas partager de petites unités, tenir raisonnablement compte de l'organisation interne des USLD), fournir des éléments de contrôle de cohérence (GMP et PMP), alimenter la planification (éléments de filière gériatrique, patients jeunes).

2. Des pré-requis sur la continuité des soins et de la surveillance

Il s'agit là de développer les éléments contenus dans la deuxième phrase de la définition retenue par le groupe sur les éléments concernant la présence médicale, la permanence infirmière et le plateau technique. Ce sont les données, à définir par la DHOS, permettant de situer l'établissement par rapport aux prescriptions minimales en dessous desquelles une USLD ne peut être maintenue dans le champ sanitaire. Il y a consensus au sein du groupe pour les fixer simplement à un niveau de base.

3. Des indicateurs de profil des soins requis

- Taux de SMTI (personnes requérant des soins médicaux et techniques importants)
- Nombre de T2 (soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée. Etat clinique imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 h sur 24). Ce profil est au cœur de la notion de soins de longue durée.
- Nombre de R1 (rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle)
- Nombre de M1 (accompagnement psychologique et technique lourd des mourants)
- Nombre de M2 (Accompagnement d'un Etat crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins long terme) A la différence de M1 et des profils précédents, M2 n'est pas un profil SMTI, correspond à un accompagnement qui peut être délivré en maison de retraite, mais il paraît difficile de saucissonner l'approche que les USLD peuvent avoir de la prise en charge des fins de vie.

- Nombre de S1 (surveillance épisodique programmée des affections chroniques)
- Nombre de S0 (aucun soin médical ou technique) Ce profil concerne tous les états pathologiques stabilisés ou séquellaires qui peuvent générer et expliquer une perte d'autonomie mais ne requièrent aucun soin technique, ni aucune surveillance particulière. Les profils S0 et S1 ne sont naturellement pas pris en compte dans l'estimation des SMTI mais ils peuvent être utiles pour borner ce qui au minimum pourrait être transféré hors du champ sanitaire.

Le taux de SMTI constitue la variable synthétique centrale permettant de définir un socle sanitaire.

Les indications relatives aux profils spécifiques permettent à l'établissement de redéfinir éventuellement l'organisation d'une filière gériatrique (des valeurs importantes de R1 posent la question des capacités en service de soins de suite et de réadaptation, et de leur articulation avec les soins de longue durée), de plaider le cas échéant auprès des autorités de contrôle un élargissement de ce que donnerait une application mécanique de la notion de SMTI. (concentration des SMTI sur le profil T2, importance des profils de soins palliatifs et d'accompagnement des mourants), de fournir des indications de cohérence et de bornage (S0 et S1).

4. Un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation

La question reste ouverte. Cette note le propose, par souci de cohérence avec la définition retenue par le groupe, et parce que les indicateurs PATHOS n'appréhendent pas directement ces phénomènes. On pourrait utiliser les questionnements de la grille simplifiée élaborée au sein du groupe. Une difficulté est qu'on ne dispose ni de références comparatives ni de recul sur ce type d'indications (on ne peut pas définir *a priori* ce que serait un niveau très élevé de ce ratio) et qu'il ne peut être utilisable que dans le cadre de comparaisons intra régionales.

D'autres difficultés tiennent à la praticabilité de la démarche (il faut souvent compléter l'interrogation du praticien par une recherche dans les dossiers médicaux) et à des difficultés d'interprétation (une mauvaise qualité de prise en charge peut multiplier les épisodes de décompensation). Sous ces réserves, et à condition de définir un peu plus précisément le type de décompensations, il paraît utile et peut contribuer, en cas de valeurs comparativement élevées, à une modulation à la hausse de l'application de la notion de SMTI. Il pourrait s'exprimer par un taux de personnes ayant subi plus de x décompensations au cours des 3 derniers mois. Ne pas prendre en compte cette dimension risquerait de figer la reconfiguration des USLD sur une population de patients très lourds en situation de prise en charge intensive au moment de la coupe.

II - La conduite des opérations d'analyse statistique des profils de soins

- **Trois préalables** : la publication de l'arrêté fixant le référentiel avant la fin février ; la publication à la mi-février des algorithmes de PATHOS ; la diffusion, de façon concomitante ou à peu près à la publication de l'arrêté, d'une circulaire fixant le calendrier, les modalités de la campagne de formation et les indications générales nécessaires aux établissements sur le processus de requalification et les avis qu'ils sont appelés à transmettre avant le 15 septembre.
- **Le calendrier** : Il doit permettre, à partir d'un compte à rebours à origine du 15 septembre, de faire coexister dans une période limitée formation, coupes statistiques et validation par les échelons médicaux régionaux de la CNAM.
- Les opérations d'analyse s'échelonnaient entre le premier mars (pour les établissements disposant de praticiens déjà formés) et le 15 juin.
- La campagne de formation doit pouvoir être achevée au premier juin.
- La validation des coupes statistiques doit pouvoir être effectuée avant le 30 juin.

La circulaire de lancement demandera aux ARH de réunir rapidement directeurs d'établissements et praticiens conseil de l'échelon médical régional pour définir les besoins de formation et articuler les

calendriers formation/ coupe statistique / validation afin de répartir au mieux le processus de validation sur l'ensemble de la période.

- **La campagne de formation :**

1100 médecins au plus seraient à former (en moyenne 40 à 50 par région) pour une formation d'une journée. Les régions présentant les taux de formation les plus faibles sont l'Auvergne, la Basse Normandie, l'Aquitaine, la Bourgogne, l'Alsace, la Picardie.

Une journée nationale sera organisée avant le 15 mars, en direction des relais régionaux, avant démultiplication des sessions régionales. Une cellule opérationnelle et d'appui aux formations est en cours de mise en place à la DHOS.

- **La régulation méthodologique :** une instance scientifique légère, composée de 3 ou 4 experts indépendants (en existe-t-il ? entendre par là des experts qui ne soient identifiables à aucun des outils existants) sera mise en place, conformément à une demande exprimée dans le groupe, pour donner un avis scientifique sur les questions d'interprétation des indicateurs du référentiel et réguler des conflits d'interprétation persistants entre praticiens chargés de l'analyse dans chaque établissement et praticiens des échelons médicaux régionaux.

- **La sécurisation des établissements :** La circulaire de lancement comportera les indications générales nécessaires à la visibilité du processus par les responsables d'établissements, notamment :

- le rappel que le choix d'un outil de coupe statistique ne comporte aucun effet sur la situation individuelle et la prise en charge des patients ;
- les indications sur le mode d'emploi du référentiel reprenant les considérations de cette note : un faisceau d'indicateurs destiné à éclairer la prise de décision et le processus de concertation préalable, y compris la délivrance de l'avis prévu par la loi ;
- le rappel d'une articulation voulue entre la démarche par établissement et une démarche de planification territoriale à la fois sanitaire et médico-sociale. A cet égard il conviendrait d'inviter les ARH, en liaison avec les DRASS et les DDASS, à rouvrir le chantier du volet gérontologique des SROSS, pour définir des scénarios d'évolution à moyen terme sur la totalité de l'offre et identifier aussi précocement que possible les territoires les plus confrontés à une accélération de la croissance des personnes très âgées en perte d'autonomie et à une insuffisance des réponses existantes ;
- le maintien d'une tarification ternaire et l'invitation à passer des conventions tripartites avant la fin de l'année. Il sera demandé aux ARH et aux DDASS de prioriser le traitement des dossiers de conventionnement des USLD ;
- l'orientation générale d'une meilleure adaptation de la tarification à la charge de soins, dans le sanitaire comme dans le médico-social.

III - La suite des travaux

Un groupe « institutionnel », comprenant les représentants de la DHOSS, de la DGAS, de la CNSA, de la DSS, de la CNAM, de la DGS se réunira périodiquement dans les deux mois à venir pour approfondir les questions touchant au suivi administratif et institutionnel du processus, l'articulation avec les démarches de planification, les aspects financiers des transferts, la détermination de quelques pistes de mesure destinées à améliorer la qualité sociale de l'accueil en USLD comme la qualité de médicalisation des EHPAD médico-sociaux. La note jointe exprime une première série de questionnements sur ces points. L'objectif est d'aboutir avant l'été à une seconde circulaire sur ces objets.

Groupe institutionnel : schéma des questions à débattre, au-delà de la validation d'un instrument de coupe statistique par établissements.

Au delà du choix d'un référentiel, sur lequel nous devons nous prononcer d'ici la fin Janvier, le groupe doit élaborer des éléments de réponse sur 4 types de questionnements qui conditionnent la réussite du processus de transformation voulu par le Législateur :

- Comment passer d'une analyse par établissement de la population requérant des soins de longue durée à la configuration nouvelle de l'offre d'accueil et de soins ? (mode d'emploi du référentiel)
- Comment harmoniser l'approche par établissement et des considérations de planification de l'offre globale sanitaire et médico-sociale au niveau d'une région ou d'un territoire ?
- Quelles conséquences pour l'allocation des ressources, au delà d'une simple « valse des étiquettes » ?
- Comment favoriser la complémentarité entre sanitaire et social, introduire plus de vie sociale dans les USLD maintenues et des garanties de continuité des soins dans le médico-social ?

A ce stade, ces items n'engagent que le président du groupe mais il serait souhaitable que nous puissions disposer des positions institutionnelles des administrations et institutions concernées sur ce type de problématiques.

I - L'approche par établissement

1. Modalités de la transformation de capacités en fonction d'un taux de requérants de soins de longue durée
 - Seuil en dessous duquel on ne partage pas un service : 30 lits ?
 - Taux de requérants des soins de longue durée en dessous duquel une USLD est entièrement transformée en EHPAD médico-social ? (10%, taux de SMTI en EHPAD selon ERNEST, 15% ?)
 - Taux de requérants de soins de longue durée au dessus duquel l'USLD est intégralement maintenue dans le champ sanitaire (40 % ?) ; différenciation à envisager selon les fourchettes de capacités ?
 - Modalités de partage pour les autres situations
2. Critères complémentaires à la stricte mesure des requérants de soins de longue durée
 - Exigence dans tous les cas pour les USLD d'une présence médicale régulière ou rapidement mobilisable (éventuellement sous forme d'astreintes) et d'une permanence infirmière
 - Plateau technique minimal (radiologie de base, biologie, échos cardiaques) le cas échéant par voie d'accès conventionnel.
 - Possibilité de moduler à la hausse l'application du taux de requérants pour tenir compte de la fréquence des épisodes de décompensation ?
 - Possibilité de moduler à la hausse pour tenir compte du poids de déments séniles présentant des troubles du comportement caractérisés ?

II - L'approche régionale en termes de planification

3. Nécessité de replacer l'exercice de transformation dans une vision régionale à moyen terme des besoins d'accueil médicalisé des personnes âgées dépendantes, à la fois sanitaires (SSR, ULSD, hôpitaux de jour, éventuellement HAD) et médico-sociaux (EHPAD, Accueil de jour Alzheimer),

seule façon d'articuler SROSS et PRIAC . Travail déjà largement entrepris, mais dont il faudra disposer à 6 / 8 mois pour éclairer les décisions de transformation à prendre en fin d'année 2006 ou au début 2007. Peut-on définir des clés de répartition optimale dans chaque région , à horizon 3 /5 ans ?

4. Au niveau d'un territoire de santé, tenir compte du rôle de proximité des hôpitaux locaux, de la capacité des EHPAD existants ou projetés à accueillir des personnes requérant des soins importants ou une surveillance continue, en fonction des perspectives de vieillissement de la population.
5. Traiter le problème des adultes de moins de 60 ans en USLD, par la mise en place d'unités dédiées ou de référence, par des prolongations de soins de réadaptation et par le développement de foyers d'accueil médicalisé ou de MAS .
6. Veiller au désengorgement des hospitalisations de longue durée liées à des facteurs administratifs , en particulier lorsque les départements refusent une prise en charge en EHPAD médico-social tant que le dossier d'admission à l'aide sociale n'est pas complètement bouclé, y compris la recherche de tous les débiteurs potentiels d'aliments . Nécessité d'une disposition législative ?

III - L'allocation des ressources

7. Quels critères de pondération pour le partage du budget soins dans les USLD qui seront partagées, du moins lorsqu'un consensus ne se sera pas réalisé sur une répartition analytique des charges ?
8. Comment inciter les USLD non conventionnées à s'engager dans la négociation d'une convention tripartite susceptible d'être signée en 2006 ?
9. Item très lié au précédent, comment assurer une évolution des budgets soins liée à la charge en soins, en EHPAD comme en USLD ? Peut-on imaginer un exercice de prévision à 2 / 3 ans pour cibler une hypothèse de coûts 2008 et des marges de redéploiement possibles sur le court séjour (chirurgie ?) ?

IV - Mesures d'accompagnement : favoriser la complémentarité entre sanitaire et social

10. Comment développer le travail en réseau entre structures sanitaires et médico-sociales ?

Par des mises à dispositions ou détachements de praticiens hospitaliers ? Par la mise en œuvre de prestations ou services communs (par exemple en matière de pharmacie hospitalière) ?

11. Faut-il autoriser l'intervention de services d'HAD dans des maisons de retraite ?
12. Peut-on encourager la création de postes de directeurs de filières ou départements gérontologiques hospitaliers, chargés de coordonner les composantes hospitalières d'une filière gérontologique (services actifs de gériatrie, services de porte, SSR, soins palliatifs le cas échéant, USLD, équipes mobiles...) et d'animer les relations avec des réseaux externes (EHPAD médico-sociaux, CLIC, services de soins ou de soutien à domicile, accueils de jour...) ?
13. Faut-il travailler à des préconisations en matière de permanence des soins infirmiers dans les EHPAD médico-sociaux ?
14. Comment renforcer les missions d'accueil des USLD maintenues, dans le cadre de véritables projets de vie pour les patients ? Un directeur ou responsable administratif par USLD ou pour l'ensemble des USLD d'un même établissement de santé ? Une référente pour les soins infirmiers et la formation des soignants ? Une commission de surveillance désignée par le Conseil d'administration ?

Annexe 7

L'assurance dépendance en Allemagne : un dispositif intégré particulièrement dense¹¹

« Est considérée comme personne dépendante quiconque nécessite en permanence - ce pour une période présumée d'au moins six mois - et dans une très large ou assez large mesure, une aide pour exécuter les actes courants et périodiques de la vie quotidienne. La constatation de l'état de dépendance concerne quatre domaines : l'hygiène corporelle, l'alimentation, la mobilité et l'entretien du ménage. L'aide à apporter consiste à assister la personne dépendante dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, à exécuter ces actes entièrement ou partiellement ou à veiller sur la personne et à la guider lorsqu'elle exécute ces tâches. Le but poursuivi à travers l'aide est de parvenir, dans la mesure du possible, à ce que la personne dépendante exécute elle-même ces tâches. »

L'importance de la dépendance est déterminée dans le cadre d'une expertise menée par le service médical de l'assurance maladie, qui procède à un examen de la personne dans le milieu où elle vit.

Les personnes dépendantes, quel que soit l'âge, sont classées en trois catégories

- la catégorie 1 regroupe les personnes dont la dépendance est « grande ». Ces personnes ont besoin d'une aide au moins une fois par jour dans les domaines de l'hygiène corporelle, de l'alimentation ou de la mobilité, pour l'exécution d'au moins deux actes relevant d'un ou plusieurs de ces domaines, ainsi que plusieurs fois par semaine pour ce qui est du ménage ;
- la catégorie 2 regroupe les personnes dont la dépendance est « lourde ». Ces personnes ont besoin d'aide trois fois par jour dans les domaines cités ci-dessus et plusieurs fois par semaine pour le ménage ;
- la catégorie 3 regroupe les personnes dont la dépendance est « absolue ». Ces personnes ont besoin d'aide tous les jours, 24 heures sur 24, y compris la nuit donc.

Le temps qu'une tierce personne, un proche ou un professionnel, consacre chaque jour doit être de 90 minutes dont 45 pour les soins de base dans la catégorie 1, d'au moins trois heures, dont deux heures pour les soins de base dans la catégorie 2, d'au moins 5 heures, dont 4 pour les soins de base dans la catégorie 3.

Les principes affichés par l'assurance dépendance allemande sont explicites :

- « La prévention et la réadaptation ont priorité sur les soins. »
- « Les soins à domicile ont priorité sur les soins en établissement. »

La prestation est servie en nature (service dispensé par un organisme lié par contrat à la caisse d'assurance dépendance) ou en espèces ou à travers une combinaison de ces deux formes.

L'assurance dépendance prévoit en outre des prestations telles que les équipements nécessaires au domicile, des indemnités pour travaux de transformation du logement, à concurrence de 2.557 euros par opération et compte tenu d'une participation « convenable » du bénéficiaire, ainsi que des cours gratuits à l'intention des proches.

L'aidant informel bénéficie en outre d'une possibilité de suppléance en cas d'absence ou de vacances. L'assurance dépendance prend aussi en charge l'accueil de jour ou de nuit en établissement et, le cas échéant, dans un établissement de soins de courte durée (séjour pris en charge dans la limite de quatre semaines par an dans ce dernier cas).

¹¹ Source : ministère fédéral allemand de la Santé et de la Sécurité sociale.

Les personnes requérant une prise en charge particulièrement lourde ou une surveillance constante, en particulier lorsqu'elles sont désorientées, bénéficient d'une prestation supplémentaire d'assistance (dans la limite de 460 euros par an).

Les aidants informels qui sont dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle (ou sont réduits à l'exercer à temps partiel) sont affiliés au régime légal de l'assurance invalidité-vieillesse, l'assurance dépendance prenant les cotisations à sa charge.

En établissement, l'assurance dépendance prend en charge les dépenses liées aux soins de base, à l'encadrement social et aux soins médicaux à concurrence d'un montant fonction de la catégorie de dépendance. Les frais d'hébergement et de nourriture restent à la charge du bénéficiaire, celui-ci étant tenu de prendre en charge au moins 25 % du coût de la prise en charge (cette règle ne trouvant à s'appliquer par construction que dans les établissements peu coûteux).

Annexe 8

Référents étrangers en matière d'intégration

Il semble, au premier abord, difficile de mettre en place une offre conjointe d'aide domestique et de services médicaux à domicile, et ce pour trois raisons :

- les relations entre services médicaux et services sociaux sont traditionnellement difficiles eu égard à la question de l'autorité finale (considération socio-professionnelle) ;
- les services sanitaires sont fournis gratuitement et en fonction des besoins des usagers alors que les prestations sociales sont soumises à un examen de ressources et requièrent une participation financière de l'utilisateur (considération financière/gestionnaire) ;
- les actes ne sont pas forcément soumis à la même réglementation, ce qui peut entraver la combinaison de certains soins et aides (considération législative du point de vue sanitaire essentiellement).

L'administration italienne a pourtant choisi le modèle intégré d'offre médico-sociale. En effet, l'*Assistenza Domiciliare Integrata*, gérée par les Autorités Locales de Santé, est l'élément majeur de l'assistance à domicile en Italie et allie les composantes sanitaire et sociale. Les besoins sont reconnus pour chaque individu par une équipe de l'Unité d'Évaluation Gériatrique qui est, elle-même, composée impérativement de personnels médicaux et sociaux.

L'Italie n'est pas le seul pays à avoir effectué ce choix de gouvernance pourtant *a priori* paradoxal : l'Allemagne, la Suède, l'Espagne et le Royaume-Uni ont opté pour la même configuration, répondant, d'une part, au souci d'assurer une aide personnalisée et non plus normée et, d'autre part, à la nécessité de refléter la décentralisation des compétences en matière de santé et d'assistance à la dépendance.

En effet, d'un côté, les paniers de prestations sont le reflet du choix de la combinaison d'éléments sociaux et médicaux : en Allemagne, en Suède, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni, le principe d'action est commun (évaluation individuelle des besoins) et la priorité est identique (maintien à domicile). Dans ces mêmes six pays, c'est un niveau subnational qui en effectue la gestion. Les services offrent plus ou moins les mêmes prestations en nature et en espèces, mais les combinaisons et les finalités de ces paniers faisant office de listes de besoins personnalisées peuvent différer.

D'un autre côté, la détermination personnalisée du panier (en fonction de besoins des personnes âgées dépendantes, selon le principe du « *needs lead* » conçu au Royaume-Uni dans les années quatre-vingt) est effectuée par des équipes d'évaluation qui sont, elles aussi, le reflet de la combinaison d'éléments sociaux et médicaux : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, assistantes sociales, etc. :

- la démarche est celle du « *case management* » (Royaume Uni), du « *care needs certification* » (Japon) ou du « *Community Care Packages* » en Australie ;
- les équipes d'évaluation des besoins sont constituées, à l'inverse du cas allemand où les médecins des caisses l'assurent seuls, par des personnels mixtes médicaux et sociaux : en Italie les Unités d'Évaluation Gériatrique *Unita Valutativa Geriatrica*, au Luxembourg les Cellules Pluridisciplinaires d'Évaluation Et d'Orientation, en Australie les *Aged Care Assessment Team*.

La création de ces procédures et de ces équipes est un outil fréquemment utilisé pour tenter de remédier aux défauts de coordination médico-sociale.

Les prestations en espèces dans différents pays¹²

	Financement	Destinataires	Objectifs	Montant
Italie - <i>Indemnità di Accompagnamento</i>	Etat	Personnes dépendantes	Financement de services d'aide ou rémunération d'un proche	Fixe et national
Italie - Prestations locales en espèces	Collectivités	Personnes dépendantes sous un certain seuil de revenus	Financement de services d'aide ou rémunération d'un proche ; réduire le placement en établissement	En fonction des collectivités
Royaume-Uni - <i>Attendance Allowance, Invalid Allowance</i> pour les aidants	Etat	Personnes > 65 ans, handicap / maladie requérant aide	Attribuée comme un supplément aux revenus standards (Income supporter retirement pension)	Fixe et national
Royaume-Uni - <i>Direct Payment</i>	Collectivités	Personnes handicapées	<i>Community Care Direct Payment Act</i> de 1996 : les autorités locales peuvent remplacer le panier de services par une somme d'argent globale pour financer les actes	En fonction des besoins
Allemagne - <i>Pflegeversicherung</i> Assurance dépendance en espèces	Cotisations	Personnes âgées dépendantes	Assurance soins de longue durée	Trois niveaux en fonction des besoins
Espagne - <i>Ayuda de soporte a las familias con una persona mayor discapacitada</i>	Etat	Familles de la personne âgée dépendante	Aide aux familles hébergeant des personnes âgées dépendantes	Quatre niveaux en fonction des besoins
Suède - Prestation en espèces	Etat	Membre de la famille de la personne âgée	Ancien système de prise en charge	En fonction des besoins

Considérer les systèmes des soins intégrés du point de vue financier peut faire craindre une certaine sous-optimalité de ce choix organisationnel. Le cadre médicalisé est le plus souvent financé par les caisses de l'Etat, et gratuit pour l'utilisateur, alors que les services sociaux comportent souvent une participation pour ceux qui les utilisent mais « reviennent moins cher » aux collectivités. Cette situation peut entraîner une inefficience économique, les individus se dirigeant naturellement vers la solution la moins coûteuse pour eux, mais la plus chère pour la collectivité.

En Espagne par exemple, le secteur social comporte – à la différence du secteur sanitaire – une participation des personnes hébergées aux frais de séjour en établissement. Les personnes âgées dépendantes s'adressant au secteur sanitaire bénéficient de la gratuité totale alors que celles qui se dirigent vers le secteur social voient le quart de leur pension prélevé. Ce système, lié au manque de coordination avec les services sociaux, a entraîné un recours excessif à l'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes.

De même, le prisme gestionnaire oblige à considérer avec prudence le réel gain d'efficacité administrative. L'allongement des circuits de décision et la complexité de ce choix d'une gouvernance à plusieurs niveaux et impliquant des acteurs de statuts différents provoquent certains dysfonctionnements. Ainsi, en Espagne, les secteurs sanitaire et social sont placés sous l'autorité de ministères différents et sont financés selon des schémas différents. Par ailleurs, plusieurs niveaux territoriaux sont impliqués.

¹² Blanche LE BIHAN-YOUIYOU et Claude PARTIN « comparer les paniers de services aux personnes âgées dépendantes en Europe » in Claude Martin (dir.), *La dépendance des personnes âgées - Quelles politiques en Europe ?*, Editions ENSP, 2003

L'exemple du Danemark est, contrairement au cas espagnol, valorisé. Reconnu comme le pays où les services sociaux sont les plus intégrés, il dispose de procédures d'allocation des services assez uniformes d'une municipalité à l'autre et présente peu de problème de coordination. Afin de favoriser une meilleure intégration des services destinés aux personnes en perte d'autonomie, les municipalités ont non seulement fusionné les budgets destinés à l'hébergement et aux services de maintien à domicile, mais elles ont également fusionné l'ensemble des intervenants concernés en une seule équipe multidisciplinaire chargée de s'occuper des usagers où qu'ils soient. En conséquence, une personne ne changera pas de personnel soignant en changeant de milieu de vie. Pour les observateurs, le cas danois est exemplaire mais bénéficie d'un triple « effet-pays » : l'ancienneté de son système de décentralisation, sa petite taille et son haut niveau de revenus individuels soutiennent un dispositif sans doute difficile à imiter. Il consiste en effet en une décentralisation achevée qui repose sur une autonomie locale aboutie.

Modèle danois de soutien aux personnes démentes vivant à domicile et à leur famille soignante. C.E. Swane. La maladie d'Alzheimer : Quelle place pour les aidants ? A. Colvez, M-E. Joël, D. Mischlich

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés et leurs aidants informels font l'objet d'une attention et d'une prise en charge particulière au Danemark. Depuis les années 80 se mettent en place des politiques de décentralisation et de désinstitutionnalisation du système de santé et de Sécurité sociale.

La cohabitation intergénérationnelle a presque totalement disparu de nos jours. Ainsi, la plus part des personnes âgées vivent seules, à domicile (la moitié des plus de 70 ans, les 2/3 des plus de 80 ans) et sont à la charge de leur famille. Les familles contribuent ainsi de manière considérable à l'économie de la santé. Les enfants adultes ne sont pourtant pas juridiquement responsables des conditions de vie de leurs parents.

La prise de conscience de la lourde responsabilité des aidants informels n'est intervenue qu'à partir de 1995. Il n'y avait auparavant aucun système d'aide, de soutien et de formation des soignants proches. Il a donc fallu organiser des services de soins à domicile et ambulatoires pour décharger les familles. Les autorités danoises préconisent une action précoce, coordonnée, et adaptée. L'objectif est de pouvoir traiter, informer et conseiller le patient et l'aide-soignant. Au sein des bureaux municipaux des affaires sociales et de la santé ont été mis en places des formations de personnels soignants, des organisations de groupes d'aides à domicile spécialisés, des équipements spécialisés, des logements spécifiques.

Les personnes démentes sont désormais placées en maison de retraite ordinaire non spécialisée et plus dans des services psychiatriques qui pour une partie, ont été fermés. Au sein des maisons de retraite ont été créées des unités spécialisées. Celles-ci profitent aux malades, aux aidants informels (familles et les quelques bénévoles) et soignants professionnels. A Copenhague a été inaugurée une maison de « services d'allégement ou de répit » accueillant des personnes démentes pendant une période donnée, qui peut durer jusqu'à six mois.

Des coordinateurs psychiatriques ayant suivi une formation spécifique (infirmières, psychomotriciens, assistantes sociales), ont la responsabilité de coordonner les services entre les différentes institutions (soins à domicile, hôpitaux, maisons de retraite).

Annexe 9

Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins - Rapport de l'IGAS (mai 2005)

A la suite de la canicule de l'été 2003, une enquête a été menée par Anne-Chantal Rousseau et Jean-Paul Bastianelli (IGAS), sur le fonctionnement des équipes mobiles gériatriques (EMG) au sein de la filière de soins dans sept régions et sur une vingtaine d'établissements. La démarche d'investigation a consisté à interroger l'ensemble des acteurs des EMG (partenaires internes, externes, institutions assurant leur mise en œuvre ou leur financement).

Si les EMG s'adressent exclusivement à une clientèle ciblée (les personnes âgées dites « fragiles »), disposent de moyens modestes et d'outils communs de travail (grille d'évaluation médico-sociale), elles se caractérisent par leur grande diversité, tant dans leur fonctionnement et leur composition (métiers, effectifs) que dans l'étendue de leurs missions et de leur champ d'activités. Elles assurent en priorité des missions infra hospitalières : intervention, sur demande des services de spécialités et des urgences, pour identifier les patients dits « fragiles » et assurer leur suivi jusqu'à la sortie (prévention, orientation, plan d'aide personnalisé). Certaines EMG sont également sollicitées pour établir une expertise et un suivi gériatrique. Enfin, elles répondent de plus en plus à des demandes extra hospitalières : formation ou sensibilisation des partenaires médicaux et paramédicaux ; coordination de réseau et assistance (CLIC, EHPAD, SSIAD) ; aide et conseils méthodologiques.

L'orientation de travail de ces équipes repose sur deux constats : l'insuffisance de capacités de prévention des situations de crise en amont (domicile et médecins libéraux) et de capacités de lits en aval ; les lacunes dans la formation et la coordination des personnels communautaires.

Après une analyse du contexte actuel de vieillissement de la population et de croissance des besoins gériatriques, le rapport constate la nécessité de créer des EMG dans tous les hôpitaux à forte capacité.

La demande croissante adressée aux EMG, l'ampleur de la tâche et l'allongement consécutif des délais de réponse affectent parfois leur crédibilité. Elles ont donc dû clarifier leurs responsabilités, tout en veillant à ne pas concurrencer le personnel permanent auquel elles accordent leurs services. Leur intervention se limite à des avis, des conseils, des propositions de prescriptions, le praticien du service gardant la responsabilité des soins et des examens.

Le rapport constate que les outils d'évaluation de l'utilité et de l'efficacité des EMG font actuellement défaut, les EMG procédant le plus souvent elles-mêmes à l'évaluation de leur activité par un rapport annuel. Pour pallier les lacunes constatées, le rapport recommande trente quatre indicateurs d'évaluation classés en trois catégories : les indicateurs de moyens (structures et outils), les indicateurs de fonctionnement (type de patients et d'activités) et les indicateurs de résultats (modes de sortie des patients, efficacité et qualité du service). Les objectifs d'une évaluation plus standardisée sont de quantifier l'activité, d'apprécier la performance et la qualité du service rendu des EMG, afin de leur donner une légitimité supplémentaire et de justifier ainsi l'affectation de crédits. Le rapport propose également un classement des indicateurs selon leur pertinence et leur caractère prioritaire.

Le rapport analyse ensuite les difficultés rencontrées par les EMG : résistances, parfois même hostilité des non-utilisateurs, à l'intrusion d'une équipe gériatrique dans leur service (méconnaissance des besoins et des bénéfices qu'ils pourraient en tirer) ; collaboration difficile avec les services utilisateurs (insuffisante reconnaissance de la gériatrie, effectifs limités pour répondre à des besoins extensifs) ; manque de communication sur les missions des EMG ; risque d'instrumentalisation des EMG (équipe mobile considérée comme « travailleur social » ou équipe mobile « urgentiste »).

Enfin, le rapport établit des recommandations pour assurer la pérennité des EMG : attribution de moyens spécifiques ; point d'ancrage au niveau du court séjour gériatrique ou rattachement au pôle d'évaluation gériatrique ; proximité du plateau technique ; composition pluridisciplinaire souple de l'équipe ; formation aux techniques d'évaluation gériatrique ; crédibilité assise sur la compétence ; respect du principe de non-concurrence ; communication sur les activités des EMG aux niveaux intra et extra hospitalier ; lisibilité de l'action ; suivi des recommandations ; évaluation et valorisation de l'activité ; informatisation des données ; réglementation et formalisme à limiter.

Annexe 10

Deux exemples d'initiatives soutenues dans le cadre de l'appel à projets DATAR - ministère de la Santé

Le projet “les retraités, des enjeux pour le territoire” mené par le Pays “Vignoble gaillacois Bastide et Val Dadou” dans le Tarn fait partie des 61 projets retenus¹³. Il est également co-financé par la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité.

Les objectifs sont de permettre une approche par le projet de territoire et de définir les moyens de faire émerger des projets à l'échelle du Pays. Le public ciblé par la démarche est la population des plus de 55 ans, c'est-à-dire les retraités d'aujourd'hui et de demain. L'expérimentation a été menée en deux temps.

En premier lieu, il s'agissait de conduire des études pour identifier des leviers concernant l'amélioration de la qualité des services sur le territoire. Au moyen d'une enquête participative, l'étude a permis d'appréhender les attentes des plus de 55 ans, révélant des enjeux transversaux qui dépassent la dimension du vieillissement : les modes d'implication dans la vie locale ; les piliers de la qualité de la vie ; l'identification des critères de qualité d'une offre de services. Ces résultats ont permis la mise en place des groupes de travail porteurs de trois projets à l'échelle du Pays, consacrés respectivement au rôle des retraités dans la vie du territoire, aux conditions d'offre d'habitat rapprochant les personnes et les services et à l'innovation en matière d'offre de transport et de services pour maintenir du lien social.

La seconde étape de l'expérimentation consistait en l'animation de ces groupes de travail. Les travaux ont abouti à des recommandations relatives aux innovations pour chacun des trois projets, la difficulté consistant à mettre en relation cette lecture des attentes avec la logique des moyens, ainsi qu'à articuler le projet local avec les politiques supra-territoriales.

Le Conseil général, pour qui l'enjeu du prochain schéma gérontologique est l'implantation territoriale pertinente de ses services, s'appuie sur cette démarche. A ce titre, les lacunes ressenties sur le territoire, comme la répartition inégale des structures d'aide à domicile, apportent une lecture des effets négatifs des rapports de forces territoriaux.

Le projet “Mieux vieillir” (2002/2007) associe vingt communes rurales de trois cantons, dans le Haut-Nyonsais (Drôme). Le territoire regroupe 3 000 habitants. Le projet a émergé au moment du départ des religieuses d'un établissement de soin référent sur le territoire. La démarche vise à permettre le maintien à domicile des personnes âgées jusqu'à la fin de leur vie, notamment grâce aux solidarités locales. Le projet s'articule autour de l'idée que la santé des personnes âgées ne doit pas être pensée uniquement autour de la question de l'entrée en dépendance, mais dans un contexte global, ceci tout particulièrement en milieu rural.

La démarche du projet suit plusieurs étapes qui visent à favoriser la dynamique territoriale. En premier lieu, le projet accompagne les initiatives locales émergentes et il s'efforce de les coordonner. Par la suite, un groupe de pilotage est constitué à partir de chaque projet. Lorsque cette étape est achevée, les initiatives locales extérieures au réseau sont sollicitées pour des coopérations. La démarche vise à étendre le dispositif en intégrant tous les acteurs du maintien à domicile. Entre 2002 et 2005, plusieurs réseaux ont ainsi été créés sur le territoire.

Un travail a été mené auprès de chaque commune. Une association intercommunale d'habitants et d'élus a été montée en vue de faciliter la coopération intercommunale. Par ailleurs, une charte commune signée par les différentes associations du projet a été rédigée.

La mise en œuvre de ce projet a permis de limiter les transferts systématiques des personnes âgées vers les établissements, notamment en cas de départ en vacances des enfants. Il favorise le maintien à domicile et permet d'éviter les ruptures dans la vie de la personne âgée.

¹³ Cette expérience comme la suivante ont été présentées en séance d'atelier sur les questions territoriales.

Annexe 11

Une initiative soutenue par la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité

La fondation a soutenu la démarche du syndicat intercommunal de la rive gauche du Drac (SIRGD), en Isère, qui a lancé, en août 2004, une étude sur la mise en réseau des services aux personnes âgées. Confiée à la Maison du temps et de la mobilité, l'étude s'est appuyée sur une concertation avec les différents acteurs en phase de diagnostic, de préconisations, de montage et d'expérimentation. Deux enquêtes qualitatives ont permis une analyse de l'offre et des besoins : l'une menée auprès des intervenants de la prise en charge des personnes âgées, l'autre auprès des personnes âgées elles-mêmes. Les résultats ont dévoilé des préoccupations et besoins différents. Pour les professionnels, les problèmes relevés sont, par exemple, l'insuffisance de personnel, les difficultés de recrutement et de formation, la maltraitance, etc., alors que les personnes âgées ont plutôt insisté sur la solitude, l'accessibilité, les transports inadaptés, le manque d'activités, les services à domicile, l'épuisement des aidants, les problèmes d'information.

Pour répondre aux besoins recensés, dix axes d'action ont été déterminés :

- définir un cadre et des valeurs communes ;
- construire le projet autour de la personne âgée ;
- se concentrer sur la lutte contre l'isolement plutôt que sur les seuls services ;
- mobiliser largement l'environnement de proximité et le voisinage ;
- développer les réseaux de bénévoles ;
- favoriser la coordination des services plutôt que leur création ;
- privilégier une logique de plate-forme ;
- permettre à la personne âgée de rester dans le vie locale ;
- mobiliser l'ensemble des acteurs publics et privés ;
- mettre en place des outils de coordination, de suivi et d'évaluation à long terme.

Un projet de *système d'accompagnement mobile* a été établi avec les partenaires locaux. En phase expérimentale, il associe l'ensemble des structures et institutions du territoire destinées aux personnes âgées. Il s'agit d'un bouquet de services accessibles 24h/24 à partir d'un numéro unique. Il s'articule autour de cinq services principaux : la coordination globale et l'accès à l'information pour tous les services (téléopérateur), la détection des personnes en difficultés (partenariat avec la Poste), la veille et le suivi des personnes déjà identifiées (charte de voisinage...), la gestion des situations de crise (partenariat avec EDF), la participation à la vie locale. La phase expérimentale s'achèvera en septembre 2006. Elle sera suivie d'une évaluation.

Annexe 12

Rôle de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) dans le secteur des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA)

I – Dans tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les agents de la DGCCRF sont habilités à vérifier :

- que lors de son accueil la personne reçoit un livret d'accueil auquel sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement et un contrat ;
- que le Conseil de la vie sociale a été mis en place ;
- que le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ont été élaborés.

II - Dans certaines maisons de retraites listées à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles

- celles qui ne sont ni habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnées au titre de l'aide personnalisée au logement ;
- les mêmes, lorsqu'elles n'accueillent pas à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle elles ne sont pas habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- celles qui sont conventionnées au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour les prestations non prises en compte dans le calcul de la redevance (définie aux articles R. 353-156 à R. 353-159 du code de la construction et de l'habitation)

les agents de la DGCCRF ont la charge de vérifier l'existence d'un contrat et l'évolution des prix¹⁴.

Ce contrat doit être signé, est à durée indéterminée, précise les conditions et modalités de résiliation, comporte en annexe un document contractuel décrivant l'ensemble des prestations offertes et indiquant leur prix, détermine les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation et précise les prestations choisies par le résident.

Les DDCCRF réalisent régulièrement des enquêtes. Chaque plainte de consommateur peut également donner lieu à une enquête si le service l'estime nécessaire. Les plaintes reçues portent essentiellement sur les prix pratiqués mais aussi – et de plus en plus constatent les DDCCRF – sur les clauses contractuelles (clause relative au décès, clause relative à la remise en état des chambres, clause relative à la facturation en cas d'hospitalisation, clause modifiant le contrat initial, etc.). Les DDCCRF soulignent que certaines familles ne se plaignent pas – ou de façon anonyme – car elles ont peur de représailles sur la personne hébergée : le fait qu'une partie des plaintes parvienne aux services après le décès de la personne âgée est un indice de cette crainte.

¹⁴ Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe, le fait, dans un établissement mentionné à l'article L. 342-1 :

1° D'héberger une personne âgée sans avoir au préalable conclu le contrat écrit conformément aux dispositions de l'article L. 342-1 ;

2° De conclure un contrat dont les stipulations ne sont pas conformes aux dispositions de l'article L. 342-2 ;
3° De pratiquer des tarifs supérieurs à ceux résultant de l'application du pourcentage de variation fixé par l'arrêté ministériel ou préfectoral prévus aux articles L. 342-3 et L. 342-4.

Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies au présent article. Elles encourent la peine d'amende, dans les conditions prévues à l'article 131-41 du code pénal.

La récidive des contraventions prévues au présent article est réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

En outre, on découvre que ce qui était admis lors de la mise en œuvre de la réforme ne l'est plus.
Exemples :

certaines EHPA créent des tarifs hébergement variables non pas en fonction de la qualité de la prestation rendue ce qui est concevable (une chambre de 15 m², de 18m², de 20m²) mais en fonction du niveau de perte d'autonomie des personnes ce qui est une transgression du CASF. L'aide à la prise du repas relève du tarif dépendance et ne peut donc pas être payée deux fois ;

certaines EHPA prévoient, dans la liste de leurs prestations remise en annexe du contrat, la facturation de couches et d'alèses : ces fournitures sont incluses dans le tarif dépendance et ne peuvent aucunement être facturées en plus.

La DGCCRF restera extrêmement vigilante sur ces points d'autant plus que la complexité de la tarification échappe la plupart du temps aux résidents et à leurs familles et qu'il est facile de les abuser.

En matière contractuelle, le contenu des clauses échappe à la compétence des DDCCRF et pourtant, parmi les clauses posant problème, on peut citer la facturation des prestations en cas d'absence ou d'hospitalisation (à titre d'exemple, pour un hébergement de 92 €/jour, la ristourne en cas d'absence de la personne âgée peut se situer autour de 4 ou 5 €) ; la facturation pour remise en état de la chambre ou de désinfection, qui se conjugue à une clause relative à la facturation en cas de décès (rien n'étant précisé dans les textes sur ce point, les familles peuvent se voir facturer le montant d'un mois d'hébergement au décès de leur parent) ; une clause précisant que quelles que soient les raisons éventuelles de résiliation, le minimum de facturation ne pourra en tout état de cause être inférieur à 10 jours de frais de séjour alors que le résident aura dû prévenir l'établissement 30 jours avant la date de son départ.

La Commission des clauses abusives, qui avait rendu une recommandation concernant les contrats proposés par les établissements en 1985, a d'ailleurs décidé de procéder à un nouvel examen de ces contrats.

Annexe 13

Les prêts aidés

- **Le Prêt Locatif Social (PLS)**

Le PLS est un prêt réglementé, financé par le livret A, et dont le taux est indexé sur celui du livret A (3,80% en 2004).

Le recours au PLS permet d'obtenir :

- un taux d'intérêt privilégié, révisable, adossé au taux du livret A ;
- une durée de prêt allongée jusqu'à 30 ans ;
- une TVA réduite à 5,5 % sur les travaux réalisés, au lieu de 19,60 % ;
- la possibilité pour les résidents de bénéficier de l'APL ;

Le recours au PLS permet de financer entre 50 % et 90 % du coût de l'opération (hors subventions, TVA à 5,5 % incluse). L'octroi d'un PLS suppose que l'établissement dispose de 10 % d'autofinancement ou de subventions. Il peut être attribué pour 30 ans maximum plus 2 ans pour la durée de pré-financement.

- **Le PHARE**

Il s'agit d'un emprunt réglementé, révisable sur le taux du livret A, géré par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Son taux était de 3,45 % en 2004. Il permet de financer des projets de construction et de rénovation dans le secteur médico-social, quel que soit le porteur de l'opération. Il n'est octroyé qu'avec la garantie à 100 % des collectivités locales ou une caution bancaire. C'est un prêt sur 25 ans maximum, y compris la durée de pré-financement. Il peut porter sur tout ou partie de la somme à emprunter, sans besoin d'un taux d'autofinancement ou de subvention particulier.

Il ne permet toutefois ni d'accéder à un taux de TVA réduit ni d'accorder l'allocation logement aux résidents. Il peut être intéressant de le coupler dans certains cas à un PLS.

- **Le Prêt Locatif à Usage Social (PLUS)**

Le PLUS est géré uniquement par la CDC. Il se distingue du PLS sur cinq points :

- il n'est accessible qu'aux organismes de logement social ;
- il peut durer 35 ans maximum ;
- il doit financer au moins 50 % du total de l'opération (subventions comprises) ;
- son taux était en 2004 de 3,45 % ;
- il est assujéti à des plafonds de loyer plus bas que ceux du PLS et par conséquent permet de financer une somme moins importante du projet.

Annexe 14

Combien coûte un établissement nouveau ?¹⁵

Le secteur privé commercial compte aujourd'hui quelques indicateurs qui, au fur et à mesure, tendent à s'harmoniser entre les différents projets de création actuellement en cours. Etudions en ici deux : le nombre de m² par résident ; le coût total par lit.

1. 50m² par résident

Voici encore quelques années, un établissement se construisait en prévoyant environ une surface de 40m² par résident. Progressivement, cette surface par résident est passée à 50 m², d'abord parce que l'espace purement privatif doit désormais être d'au moins 18/20 m² tant il est vrai que l'arrêté du 26 avril 1999 portant cahier des charges des conventions tripartites comporte des « recommandations » qui sont en réalité, en fait sinon en droit, devenues de véritables normes ; ensuite, parce que le mouvement de médicalisation initié par la signature des conventions tripartites emporte un agrandissement des parties communes notamment par la création de locaux dédiés aux soins.

Dans le secteur associatif, les projets laissent apparaître des ratios allant plutôt de 50 à 55 m² de surface utile par résident.

Pour un établissement R+3, il faut schématiquement diviser la SHON par 4 pour obtenir l'emprise au sol. Ainsi pour un établissement de 4.000 m², cette emprise serait de 1.000 m² et le terrain disponible de 2.000m².

Quelles surfaces ? Lorsqu'on évoque la création d'un établissement, plusieurs éléments doivent être pris en compte :

- le coefficient d'occupation des sols (COS) : fixé par la commune, il indique le taux de construction possible. Un C.O.S. de 0,5 sur un terrain de 4.000 m² permettra de construire un bâtiment de 2.000 m². En Ile de France ou dans les centres urbains denses, le C.O.S. peut atteindre 0,7-0,8 ;
- la surface utile ;
- la surface SHON : il s'agit là de la surface hors d'œuvre nette. Elle est généralement 15 à 20 % supérieure à la surface utile.

Pour un établissement de plain-pied et avec un C.O.S. de 0,5, il conviendra donc de trouver un terrain d'une surface double de la surface SHON.

2. 85.000 à 100.000 euros par lit

Ce faisant, un établissement de 80 lits nécessite donc 50 m² de surface utile/résident, soit 4 .000m² de surface utile ; ces 4.000 m² de surface utile correspondent à une S.H.O.N. d'environ 4.600m² ; enfin, selon que l'immeuble sera plus ou moins élevé et avec un C.O.S. de 0,5, le terrain disponible devra compter entre 2.400 m² (pour un immeuble R+3) et 9.200m² (pour un immeuble de plain pied).

Pour appréhender le coût global d'une telle opération, il convient de prendre en compte :

- le coût du terrain,
- le coût de la construction.

Aujourd'hui en province, le coût d'une construction s'élève à environ 1.400€ H.T. par m². A cela, il convient d'ajouter :

¹⁵ Note de L. Broussy, déjà citée.

- les honoraires d'ingénierie (environ 15% du montant HT des travaux) ;
- la TVA (19,6% pour une création).

Dès lors, le prix de revient au m² s'élève tout compris en province à environ 1.600€ H.T. /m² et 1.900€/m² TTC. A Paris ou dans de grandes villes de France, ce coût peut s'élever à 2.200€/HT/m².

Il convient également de préciser que ces coûts de construction ont considérablement augmenté depuis deux ou trois ans. Les promoteurs estiment entre 10 et 15% l'augmentation des coûts depuis deux ans, en raison à la fois de la mise en place des 35 heures et de l'augmentation des prix de l'énergie.

Dès lors, le coût d'un établissement évolue en fonction de différents critères. Prenons dès lors deux cas de figure :

- un établissement de 80 lits en province (hors grandes villes) : à raison de 1.600€ H.T./m² et d'une surface SHON de 4.500m², un établissement coûtera 7,2 millions d'euros ;
- un établissement de 80 lits à Paris ou proche banlieue : à raison de 2.200€/m², le coût global représentera plus de 9 millions d'euros.

On le voit donc à travers ces chiffres : le coût par lit peut évoluer dans une fourchette entre 85.000 euros et 125.000 euros/lit à Paris. La fourchette plus raisonnable se situe entre 85.000 et 100.000 euros/lit.

Annexe 15

Le financement des MARPA (source CCMSA)

Les MARPA entrent dans la catégorie des logements-foyers pour personnes âgées qui peuvent donc être largement financés par des prêts aidés de l'Etat PLS ou PLUS (Prêts Locatifs Sociaux et Prêts Locatifs à Usage Social).

- **Maîtrise d'ouvrage et gestion**

La maîtrise d'ouvrage de la MARPA est assurée par un organisme HLM ou par une collectivité locale (commune ou communauté de communes). La gestion de la MARPA est confiée à une structure qui peut être publique (CCAS) ou associative. Une convention de location est conclue entre le maître d'ouvrage et la structure gestionnaire.

- **Superficies et architectures**

Conçus pour préserver un caractère familial, les bâtiments sont composés de logements privatifs (20 à 24 T1 et T2) et d'espaces communs conviviaux. L'ensemble représente une superficie d'environ 1300 m²

Une attention particulière est portée à la maîtrise des coûts (choix des matériaux, superficies).

- **Structure du plan de financement**

Le concept MARPA suppose que la commune ou communauté de communes porteuse d'un projet apporte gratuitement un terrain viabilisé en centre bourg d'environ 5000 m². Les MARPA n'ont donc pas à supporter de charge foncière.

Le plan de financement se compose :

- d'une subvention de l'Etat pour les financements PLUS,
- de subventions locales complémentaires. Elles proviennent essentiellement du Conseil général, du Conseil Régional, des Pays, des Communes ou communautés de communes, de la CMSA, des Caisses de retraite complémentaire,

Selon les projets, le taux de subvention s'échelonne entre 10 et 45 %.

- d'un prêt de la Caisse des Dépôts et Consignations (PLS ou PLUS).

- **Coût d'investissement (analyse issue de projets en cours)**

Coût de construction

- Le coût de construction d'une MARPA en 2005 se situe entre 1 650 000 € à 1 900 000 €. Ces coûts sont calculés sur la base d'une TVA à 5,5% (avantage lié aux prêts aidés de l'Etat). Ils comprennent l'ensemble des honoraires liés à la construction.
- Le prix au mètre carré se situe donc entre 1270 € et 1461 €.
- Signalons que l'investissement immobilier est en nette augmentation en raison notamment de l'augmentation du coût de la construction et des exigences en termes de sécurité (incendie, hygiène).

Coût de l'investissement mobilier

- L'investissement mobilier et équipement est d'environ 100 000 €.

Annexe 16

Coûts de l'adaptation des logements et aides disponibles

Le logement peut, on l'a dit, constituer un lieu de prévention de la dépendance s'il permet d'éviter l'isolement, le confinement et les accidents domestiques. Pour ce faire, de nombreux instruments et dispositifs d'intervention existent et sont probablement destinés à être plus largement sollicités à l'avenir, si l'on entend développer le soutien à domicile. Cependant, la réalisation des travaux d'adaptation connaîtra des conditions d'exécution variables en fonction du statut dans le logement et des disponibilités financières des personnes vieillissantes.

- **L'évaluation des besoins et des coûts**

- **Approche globale**

L'évaluation globale des besoins potentiels est assez fruste. Elle a été rappelée supra. Dans son étude sur les aides techniques et les aménagements du logement, la DREES évaluait à 5.420.000 le nombre de personnes pouvant éventuellement souhaiter voir adapter leur domicile à leurs besoins.

Tableau n° A - 2 :

Types de difficultés identifiées	Nombre
Déplacement vers l'extérieur	5 180 000
Accès de la rue au logement	1 030 000
Accès à l'intérieur du logement	725 000
Au moins l'une de ces difficultés	5 420 000
Personnes confinées dans leur logement	568 000

Source : DREES, *Etudes & résultats* n°262 – sept. 2003

- **Approche individuelle**

Toute demande d'aide doit nécessairement être introduite par un dossier technique justifiant les aides nécessaires au maintien à domicile de la personne, que celle-ci vive cette période d'adaptation de son logement pour prévenir une dégradation de son état ou parce qu'elle a connu un accident et ne peut vivre un retour à domicile sans intervention sur le domicile lui-même. Dans les deux cas, les missions d'accompagnement de la personne dans la définition de son projet d'adaptation ont été évaluées par la Fédération nationale des PACT-ARIM, en collaboration avec l'Association des paralysés de France et l'AFM en 2001/2002.

Son élaboration part de la personne elle-même, de sa manière de vivre dans son domicile, pour cerner au plus près ses besoins, l'objectif étant à la fois de permettre à cette dernière de poursuivre une vie aussi normale que possible chez elle, mais également, d'organiser avec la personne elle-même des gains fonctionnels qui auront des répercussions sur les conditions d'exécution des services à la personne (aide à domicile par exemple)

Ces démarches ont à la fois un coût et un délai de réalisation. Il est pourtant indispensable d'assister la personne en difficulté dans ses démarches administratives et techniques, de l'aider à concevoir différemment son univers et à accepter de vivre avec ses difficultés physiques ou sensorielles. La négligence en la matière risque d'entraîner des coûts invisibles en termes de prise en charge (traumatisme de travaux mal faits, mal programmés, ou au contraire attendus trop longtemps, accompagnés d'une dégradation de santé de la personne concernée...). Leur technicité révèle également la nécessité de réfléchir aux conditions d'une bonne coordination entre le bénéficiaire des adaptations et les entreprises mandatées pour la réalisation des travaux.

Tableau n° A - 3 : Actions préalables à l'engagement de travaux d'adaptation et suivi

Information au public concerné
Analyse de la demande et du projet de vie du bénéficiaire
Analyse globale de la situation familiale, sociale, économique... du bénéficiaire
Etude de faisabilité du projet d'adaptation et préconisations
Constitution du dossier technique (devis, demandes de subventions, prêts...)
Recherche des financements pour le projet
Assistance technique ou mission de mise en oeuvre
Suivi post chantier
Evaluation

- **Evaluation des coûts moyens d'adaptation du domicile**

La Fédération nationale des PACT-ARIM a aussi évalué les coûts moyens estimatifs des travaux d'adaptation.

Tableau n° A - 4 :

Types de travaux	Coût moyen en euros
Circulations extérieures	8 000
Motorisation	6 000
Adaptations sanitaires	8 000
Adaptations autres pièces (/pièce)	200/400/m2
Adaptation circulations intérieures	4 000
Adaptation monte-charge	15 000
Redistribution-réaménagement	600/m2
Extension	1 000/m2
Construction neuve	1 000/1 300/m2 en HLM

Trois niveaux techniques de projets d'adaptation peuvent ainsi être identifiés à partir de ces coûts moyens :

- Projet d'adaptation légère : 1 500 euros
- Projet d'adaptation standard : 10 000 euros
- Projet d'adaptation lourd : 30 à 40 000 euros.

• **Les possibilités de financement**

- Aides à l'adaptation du logement accordées par l'ANAH

L'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) est, pour le parc privé ancien, l'opérateur de référence en matière d'aide à l'amélioration des logements¹⁶. Le montant des subventions accordées

¹⁶ Le champ d'intervention de l'ANAH recouvre depuis 2002 l'ensemble du parc privé, qu'il soit locatif ou en propriété occupante. Les subventions accordées regroupent donc celles de l'ancienne ANAH et celles de la PAH (prime à l'amélioration de l'habitat).

s'élève en 2003 à 407 millions d'euros (368 millions en 2002)¹⁷. En 2004, 10 537 logements occupés par des personnes handicapées ou âgées et dépendantes ont bénéficié de subventions¹⁸. L'ANAH a défini un programme « Vieillir chez soi » et apporte une aide financière calculée en fonction de plafonds de ressources, aux propriétaires réalisant des travaux d'accessibilité ou d'adaptation du logement.

La subvention « ANAH adaptation » couvre au maximum 70 % du montant des travaux dans la limite d'un plafond de 8 000 euros. Les travaux subventionnables concernent l'accessibilité de l'immeuble et des parties communes. De tels travaux requièrent l'accord préalable de la copropriété.

Les travaux éligibles aux subventions de l'ANAH comprennent également les travaux d'adaptation du logement lui-même : suppression des marches, construction de rampes, équipement d'un monte-personne, installation de mains courantes, modification de cloisons, aménagement et équipement des pièces d'eau. Pour le montage du dossier de demande, l'établissement du plan de financement et la programmation des travaux, le propriétaire peut bénéficier de la prestation d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, mise en place en 2005. Les propriétaires occupants peuvent, sous condition de ressources, cumuler ces aides avec les aides classiques de l'ANAH pour les travaux d'amélioration du logement, si celui-ci a plus de quinze ans. L'aide de l'ANAH peut être complétée par d'autres financements : le plan d'aides APA peut prévoir un volet habitat et la CNAVTS peut également verser des aides.

En raison de délais de traitement importants, le recours à l'aide de l'ANAH s'avère délicat lorsque les travaux revêtent un caractère d'urgence (retour à domicile après un séjour en hôpital par exemple, dont la gestion technique pose d'importants problèmes). Lorsqu'il est nécessaire d'articuler différents financements, des organismes spécialisés peuvent alors assurer le montage des dossiers de demande d'aide financière et la réalisation des travaux, parfois avec l'aide d'ergothérapeutes. Dans ce cas, les services du CCAS ou du centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont vocation à orienter la personne âgée ou sa famille vers une association de type PACT-ARIM compétente en milieu plutôt urbain, ou vers une association de type Habitat et développement, intervenant en milieu rural, pouvant gérer à sa place la réalisation urgente des travaux d'adaptation.

Les locataires du parc privé, qui ne bénéficient ni des aides des propriétaires occupants, ni de l'action des organismes d'HLM, rencontrent davantage de difficultés pour financer les travaux d'amélioration ou d'adaptation du logement qu'ils occupent. Le code de la construction et de l'habitation (article R. 321-12-5) ne leur permet en effet pas de bénéficier d'une aide de l'ANAH pour réaliser ces travaux sans l'accord du propriétaire. Pour tenter de contourner cette difficulté, l'ANAH admet que le propriétaire puisse désigner le locataire comme mandataire pour le dépôt du dossier et la perception des fonds. Mais cette tolérance ne constitue aucune garantie pour le locataire d'un accord systématique. En cas d'impayés ou de difficultés de paiement de sa part, la situation risquera d'être difficile à gérer tant pour l'ANAH que pour le locataire.

Il existe plusieurs dispositifs d'aides et de garanties contre les impayés pouvant être sollicités dans les situations difficiles. Il ne semble toutefois pas assuré que tous les CLIC et CCAS soient en situation d'informer largement les bénéficiaires potentiels de l'existence de ces dispositifs et que des fonctionnements en réseau C.A.F./CLIC ou CCAS aient été largement mis en place pour faciliter le traitement des dossiers des personnes âgées.

- **Aides à l'adaptation des logements accordées aux opérateurs sociaux**

Les personnes locataires d'un logement social bénéficient de recours plus simples lorsqu'elles ont besoin d'une adaptation de leur logement. Elles adressent en effet leur demande de travaux d'adaptation au bailleur social gérant leur immeuble, qui peut avoir prévu dans son Plan Stratégique de Patrimoine un axe « adaptation des logements » et un axe « adaptation des logements-foyers », considérés comme logements ordinaires.

Plusieurs modes de financement sont alors envisageables. La prime à l'amélioration des logements à usage locatif et à occupation sociale (PALULOS) a pour vocation de permettre l'intervention sur le bâti,

¹⁷ Source : *Comptes du Logement 2003*.

¹⁸ La Cour des Comptes estime la dépense engagée au profit des personnes âgées à 29 M €.

en vue d'y réaliser des aménagements particuliers. Elle est accordée aux bailleurs pour les travaux effectués dans des logements de plus de 15 ans. Le taux de TVA à 5,5 % a été étendu à partir du 1^{er} janvier 1998 aux travaux de réhabilitation et concerne aussi bien les travaux bénéficiant des subventions PALULOS que les travaux des opérations d'acquisition-amélioration. Le taux de subvention est, dans le cas de la PALULOS, passé de 20 % à 10 % du montant total des travaux dans le cas général. Il peut être porté à 25 % ou à 40 % pour certaines catégories d'opérations. L'aide de l'Etat comprend une subvention au plus égale à 40 % du coût prévisionnel des travaux subventionnables, avec un plafond de 13 000 euros (hors dérogation préfectorale). S'y ajoute une réduction à 5,5 % de la TVA sur les travaux, ainsi que la possibilité de recourir à un prêt de la Caisse des dépôts et consignations pouvant s'étaler sur 20 ans.

Le montant des subventions PALULOS est passé de 231 millions d'euros à 134 millions d'euros entre 1996 et 2003. Le financement de l'adaptation du bâti, notamment en faveur du maintien à domicile des personnes vieillissantes entre ainsi, sur le plan du financement, en concurrence avec d'autres formes d'intervention de l'Etat en faveur du logement.

Par ailleurs, les dépenses d'adaptation ou d'accessibilité sont déductibles de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) pour les logements sociaux de plus de 15 ans. Les bailleurs sociaux ont de plus en plus recours à ce mécanisme prévu par la loi du 21 décembre 2001, visant à accorder une priorité dans l'attribution des logements sociaux adaptés aux personnes en situation de handicap. Des aides spécifiques peuvent aussi être consenties par les collectivités territoriales, dans le cadre de conventions locales, ou par les caisses de retraite.

Malgré toutes ces aides, une part du financement des travaux d'adaptation des logements du parc social peut rester à la charge des locataires.

L'adaptation du parc social ne fait pas encore l'objet d'une stratégie globale de la part des bailleurs, qui peinent à définir une politique en faveur des personnes âgées. L'Union Sociale pour l'Habitat¹⁹ les incite à prendre en compte cette problématique dans leur politique de travaux, d'attribution et de construction. Des « plans locaux habitat service » ont pu être développés dans les années 1990 par les bailleurs sociaux et les élus locaux. Ils ont pour objet de définir, à l'échelle d'une ville ou d'un quartier, des objectifs d'adaptation du parc et d'aménagement pour les transports et équipements urbains. Ils permettent d'articuler une politique de l'habitat (type PLH) avec la politique patrimoniale des bailleurs. Une fois les logements adaptés, leur recensement est indispensable pour les attribuer à des personnes handicapées ou dépendantes. La loi du 11 février 2005 prévoit que les futures Maisons départementales du handicap devront recenser l'offre de logements accessibles.

- **L'action sociale facultative des caisses de retraite et l'adaptation de l'habitat**

L'aide des caisses de retraite est une aide facultative attribuée aux ressortissants des différents régimes.

Elle prend essentiellement la forme d'aides à la personne, notamment d'aide ménagère à domicile (voir supra) ou d'aides à l'aménagement du logement. En 2003, 33 000 personnes âgées en ont bénéficié.

Les caisses peuvent aussi financer des actions immobilières, ceci représentant toutefois une part mineure de leur activité, sans doute appelée à se développer à travers une stratégie patrimoniale que les Caisses AGIRC ou ARRCO commencent à mettre en place sur les opérations de renouvellement urbain, mais sans ciblage particulier sur les personnes âgées.

Les caisses peuvent enfin apporter une aide à l'amélioration de l'habitat (44,9 M€ en 2003, dont 19,1 M€ pour la CNAVTS) pour financer des travaux d'adaptation du logement liés à la perte d'autonomie.

¹⁹ USH: fédération d'associations régionales d'organismes d'HLM.

- **Autres mécanismes de financement**

Une part majeure des financements publics bénéficiant aux personnes âgées dépendantes repose sur des mécanismes plus globaux dont les aides au logement (voir supra) et les allègements fiscaux. Certains dispositifs d'allègement fiscal ont été spécifiquement conçus pour participer à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. En matière d'impôt sur le revenu, il s'agit du crédit d'impôt en faveur d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées.

Le taux de TVA réduit à 5,5 % est prévu pour les ventes portant sur certains appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux pour les personnes handicapées²⁰ ainsi que pour la fourniture de logement et de nourriture dans les maisons de retraite²¹. Le taux réduit de TVA à 5,5 % s'applique également aux travaux d'amélioration, de transformation ou d'aménagement des logements, correspondant alors à une aide fiscale.

La loi de finances pour 2005 (article 91) permet aux locataires comme aux propriétaires d'un logement privé de bénéficier, jusqu'à fin 2009, d'un crédit de 25 % sur l'impôt sur le revenu pour les travaux d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées, dans la limite d'un plafond de 5 000 euros (ou 10 000 euros pour un couple).

²⁰ Article 278 quinquies du CGI. Ces matériels peuvent bénéficier aux personnes âgées dépendantes.

²¹ Article 279 du CGI.

Annexe 17- Tableau n° A - 6 - Données CRAM - Restructurations lourdes - Humanisation - Créations de substitution											
2003											
Dép	Localité	Type d'établissement	Coût global	Nombre de lits	Coût /place	Participation Etat	Participation Collectivités locales	Participation CNAVTS	Participation CRAM	Participation Autres dont emprunt	Financement sur fonds propres
47	Penne d'Agenais HL	USLD	1173857	20	58693	0	0	0	352157	821700	0
47	Penne d'Agenais HL	MR	7256573	124	58521	0	914694	1095723	408582	5246156	0
01	Villars les Dombes		2629825	20	131491	0	496694	397355	77086	1297190	361500
07	Vernoux	USLD	2858438	48	59551	322971	753599	0	349484	1245114	187270
07	Vernoux	MR	3214886	54	59535	299589	699041	333923	64781	1396721	420831
07	Annonay		3162769	51	62015	0	506175	323436	62746	2026490	243922
07	Le Teil	EHPAD	3431985	107	32075	0	156447	549117	106528	2543461	76432
07	Lablachère	EHPAD	4080000	61	66885	166452	645034	386854	75049	2806611	0
26	Marsanne	EHPAD	2055048	32	64220	133646	364202	291361	56524	1209315	0
26	Livron		2135126	30	71171	0	359780	287822	55837	1102707	328980
38	Tullins	USLD	6771207	85	79661	907071	1318933	0	643637	2791110	1110456
69	Tassin La Demi Lune		3875963	53	73131	0	0	295519	57330	2754364	768750
69	Saint Martin en Haut		2272240	26	87394	0	0	216713	42042	1135958	877527
69	Pollionnay		7437912	65	114429	781571	221051	582083	112923	5740284	0
69	Thizy		2884689	36	144234	0	167694	0	352734	1743598	620663
69	Thizy	EHPAD	2616623	28	93451	0	106714	250743	48645	1688721	521800
69	Lyon	USLD	3735000	60	62250	594551	781239	0	454331	0	1494000
73	Montmélian		3672710	46	79842	455823	669094	291726	56595	1581760	617712
44	Chateaubriant	MR	2942027	34	86530	362829	507960	232210	138882	0	84694
44	Chateaubriant		3816770	48	79516	455823	722400	327826	482917	0	0
49	Saumur	USLD	8690000	90	96556	960429	1344571	0	367628	400000	300000
49	Segré	EHPAD	7472684	90	83030	483750	677250	704979	800670	360000	760000
53	Bais	EHPAD	516000	7	73714	74700	104580	53994	50502	0	0
72	Thorigné sur Doué	MR	1700000	12	141667	0	229200	106038	92783	304900	0
18	Sancoins		6029296	84	71777	1210140	604793	553207	276603	0	700000
36	Chateauroux		14186704	172	82481	2319436	1325392	1187090	566378	13100667	112737
41	Blois	MR	4968368	80	62105	592722	1627840	526864	263432	0	0
41	Montrichard	MR + USLD	11643060	137	84986	1481804	2787676	605893	599307	292702	944250
18	Saint-Florent sur Cher		6989991	95	73579	1196387	683992	625651	312825	0	772592
28	Brou		9172000	83	110506	1024914	854095	329290	84856	0	630200
92	Clamart	MR	8232247	86	95724	0	2606878	613341	536673	4450963	24392

94	Bry sur Marne	MR	8400000	83	101205	0	3292833	607357	531437	2900000	1068373
94	Sucy en Brie	MR	13802022	110	125473	544653	2825643	1076960	942427	8412339	0
92	Bois Colombes		7745735	73	106106	331949	829882	516428	535030	5532446	0
78	Montfort L'Amaury	MR + USLD	17988984	202	89054	0	4647743	1909716	602695	4878605	5183266
75	Paris 6ème	MR	1481918	52	27287	0	0	76225	207469	641644	370479
77	Amillis		1761398	35	50326	0	561642	223650	224100	752006	0
77	Chatelet en Brie	MR	6981891	85	82140	0	2542850	750718	959319	2070348	80798
09	Pamiers	MR	7206031	130	55431	274408	274408	640079	403687	0	1375036
12	Nant		3043184	45	67626	456478	456478	622881	238588	1067144	152449
31	Cadours	MR	4863431	60	81057	0	0	557912	351866	103666	0
46	Sousceyrac		2210511	37	59744	246967	246967	226670	141620	0	150000
60	Noyon	MR	3421565	70	48880	165203	1026469	547450	213827	1468615	0
60	Beaulieu Les Fontaines	MR	3279788	67	48952	146308	983936	524766	196787	1427990	0
59	Roubaix	EHPAD	2288260	36	63563	686478	457652	366121	228826	0	549181
82	Saint Antonin Noble Val		1237477	10	123748	0	0	94581	58720	0	0
	Sous total 2003		237273193	3059	77565	16737229	40383521	19910272	13786865	85295295	20888290
2004											
47	Bordeaux	USLD	5797458	56	103526	0	0	0	753669	189069	2902844
02	Guisse	USLD	2395000	32	74844	0	239500	0	718500	1426500	10500
02	Guisse	MR	4358000	73	59699	0	435800	697280	610100	2309591	305228
13	Senas	EHPAD	1930000	90	21444	0	0	308800	25837	0	1351000
83	Saint Maur	EHPAD	7537032	106	71104	0	1570000	955583	209600	3942039	859808
44	Oudon	MR	940000	11	85455	0	268258	75908	131600	0	390000
85	La Chataigneraie	USLD	1507860	18	83770	138729	265656	0	452358	0	192100
85	Saint-Philibert de Bouaine	MR	2114256	44	48051	0	325000	264174	295996	180000	61000
92	Chatillon Sous Bagneux	MR	14948448	120	124570	0	2616025	907376	523601	9100224	1530896
93	Livry-Gargan	MR	20260167	244	83033	0	6354806	1589518	950040	10924875	
95	Luzarches	MR	8232247	76	108319	0	2112942	655674	366287	4044916	845000
94	La Queue en Brie	EHPAD / USLD	6936430	64	108382	0	1731821	468323	291445	4577003	274408
31	Auterive		2454282	31	79170	0	0	319760	291815	1573603	269104
32	Lectoure	USLD	6566000	90	72956	0	609800	0	530251	4875880	550069
46	Gramat		2227020	19	117212	334053	334053	121509	110890	1071295	255220
	Sous-total 2004		88204200	1074	82127	472782	16863661	6363905	6261989	44214995	9797177
	Ensemble		325477393	4133	78750	17210011	57247182	26274177	20048854	129510290	30685467

Tableau n° A - 7 - Données CRAM - Création d'établissements											
2003											
	Localité	Type Etab.	Coût global	Nb de lits	Coût/pla ce	Participation Etat*	Participation Collectivités Locales*	Participation CNAVTS	Participation CRAM	Participation Autres dont emprunt	Financement sur fonds propres
57	Freyming Merlebach	MR	1173863	12	97822	513102	271290	117438	88000	62073	62073
26	Porte les Valence	EHPAD	4468000	80	55850	0	893600	714880	138686	2452834	268000
38	Aoste	EHPAD	1442595	18	80144	92300	171754	109922	21325	867294	180000
38	Grenoble	EHPAD	6693793	80	83672	0	1219591	716409	138983	4618810	0
69	Caluire		247879	6	41313	0	18294	37611	7297	0	30000
13	St Maur	USLD	5407367	80	67592	0	801882	0	480838	114336	0
13	Montolivet	USLD	6756579	80	84457	987869	5471933	0	296777	0	0
84	Vaison la Romaine	MR	6058308	60	100972	503082	791942	417512	365323	2369400	1611048
84	Vaison la Romaine	USLD	2019436	20	100972	228674	249102	0	228673	947796	365191
75	Paris	EHPAD	7548557	88	85779	0	450000	555709	555709	9238474	0
77	Mitry Mory	EHPAD	6884114	72	95613	227463	1246848	551890	551890	4306023	0
78	Plaisir	EHPAD	5838800	64	91231	0	1463510	468323	409783	2552464	944720
59	Hondschoote	EHPAD	5251076	80	65638	0	2344349	840172	525107	1541447	0
59	Valenciennes	EHPAD	12312661	210	58632	3693798	3687835	1970025	1669042	1291961	0
	Sous-total 2003		72103028	950	75898	6246287	19081929	6499891	5477433	30362912	3461032
2004											
62	Calais	USLD	5218742	75	69583	1565623	1435154	0	612615	1605350	0
04	Oraison	USLD	5131836	52	98689	594750	144690	0	384888	3158981	848527
04	Oraison	EHPAD	1433164	28	51184	319944	77886	229306	50161	606397	149470
13	Noves	EHPAD	7281004	73	99740	0	2378205	282767	123711	3943848	552472
13	Tarascon	EHPAD	7450688	99	75259	0	3018490	437406	191365	2511500	1291926
83	Draguignan	EHPAD	7387997	70	105543	0	1152755	309277	135309	4590656	1200000
83	St Raphael	EHPAD	10062846	120	83857	0	1080000	530189	231958	6914634	1306065
84	Sarrians	EHPAD	5363479	60	89391	400179	701333	458093	100208	3122130	697365
	Sous-total 2004		49329755	577	85494	2880495	9988512	2247038	1830213	26453496	6045826
	Ensemble		121432783	1527	79524	9126782	29070441	8746929	7307646	56816408	9506858

Source : données CNAMTS - Réalisation Centre d'analyse stratégique

* : la répartition des concours de l'Etat et des collectivités locales est faussée par l'existence sur bon nombre d'opérations de crédits CPER.

Annexe 18 - Tableau n° A - 8 - Données relatives aux prix de revient des équipements et aux plans de financement communiquées par la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité

Localisation	Nature de l'opération	Propriétaire	Etat d'avancement	Nb de lits	Surface utile/lit en m ²	Coût global TTC 5,5% en €	Coût au lit en €	Coût terrain ou bâtiment existant en €	PLS ou PLUS en €	Communes en €	Départements en €	Régions en €	Etat en €	CRAM en €	Caisses de retraite en €	Autres (PEEC, fonds propres, reprise sur GR) en €
Gruissan - Aude	construction neuve	Bailleur social	achevé	50	46,60	3 141 172	62 823	0	1 910 207	Garantie PLUS	Garantie PLUS + Sub : 206873		130873	758 519	134 700	
Salle d'Aude - Aude	construction neuve	Bailleur social	achevé	70	45,93	3 700 271	52 861	0	2 000 767	Garantie PLUS	Garantie PLUS + Sub : 257944		178013	1 098 813	164 734	
Notre Dame de l'Osier - Isère	Restructuration lourde	FCES	achevé	80	48,53	3 275 918	40 949	0	1 676 940		Garantie PLS + Sub : 517366			658 046	190 562	233 004
Alès - Gard	Restructuration lourde	FCES	achevé	100	67,56	5 049 230	50 492	2 303 341	2 454 429						64 000	2 530 801
Vauvert - Gard	Restructuration lourde	FCES	achevé	80	48,03	3 660 529	45 757	289 501	1 829 388	Garantie PLS	Garantie PLS + Sub : 495459			399 012	64 029	872 641
Roanne - Loire	Restructuration lourde	FCES	achevé	80	50,24	4 149 062	51 863	482 501	2 457 347	Garantie PLS	Garantie PLS + Sub : 665777			657 784	268 795	99 359
Joué les Tours - Indre et L.	Restructuration lourde	FCES	achevé	110	52,68	6 050 054	55 000	1 850 470	5 254 308	Garantie PLS					193 616	602 130
Saint-Mandé - Val de Marne	construction neuve	Bailleur social	achevé	70	43,56	8 647 281	123 533	1 181 338	4 116 123	365878	1120500	960429	815460	1 047 380	221 511	
Cherbourg - Manche	construction neuve	Bailleur social	achevé	40	46,60	2 728 381	68 210	301 329	2 080 929						91 469	555 983
La Rochenard - Deux Sèvres	construction neuve	FCES	achevé	75	53,21	4 758 692	63 449	0	2 881 930		Garantie PLS + Sub : 506250			662 736	77 585	630 191
Lablachère - Ardèche	construction neuve	Bailleur social	en cours	61	52,38	4 164 300	68 267	0	2 943 454		645034			461 903	113 909	
Guchen - Hautes Pyrénées	Restructuration lourde	Bailleur social	en cours	60	64,35	3 146 750	52 446	0	2 240 101				48307	375 647	110 000	372 695
Felletin - Creuse	Restructuration lourde	FCES	en cours	94	52,26	5 244 641	55 794	0	2 600 000	Garantie PLS			259163	1 195 872	18 300	1 171 306
Nanterre - Hauts de Seine	construction neuve	Bailleur social	en cours	71	56,10	9 135 185	128 665	1 072 935	6 382 501			1101119		1 241 407	410 158	
Noyarey - Isère	construction neuve	Bailleur social	en cours	80	53,90	6 322 652	79 033	0	4 358 504		1195620			723 528	45 000	
Tourmay - Hautes Pyrénées	construction neuve	Bailleur social	2006	50	46,66	3 753 566	75 071	0	3 284 061					311 255		158 250
Perpignan - Pyrénées Orientales	Restructuration lourde	FCES	2006	80	51,63	5 515 108	68 939	659 417	4 533 791					300 824	45 000	635 493
La Londe les Maures - Var	construction neuve	FCES	2006	81	52,88	6 327 224	78 114	0	4 656 102	Garantie PLS	Garantie PLS + Sub : 729000			536 816	405 306	
Total				1332		88770016	66644									

Annexe 19

Tableau A - 9 - Estimation des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées²²

	Coût budgétaire global en M €		Bénéficiaires de plus de 60 ans		
	2003	2004	En % de l'ensemble des bénéficiaires	Dépenses fiscales correspondantes	
				2003	2004
Dépenses fiscales ciblées sur la dépendance					
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des «dépenses afférentes à la dépendance» supportées par les personnes âgées dans les établissements conventionnés	50	60	100%	50	60
Exonération de l'APA pour l'impôt sur le revenu	130	130	100%	130	130
Majoration du quotient familial pour personnes titulaires de la carte d'invalidité	310	320	30%	93 376	96
Crédit d'impôt pour les équipements spécialement conçus pour personnes âgées ou handicapées	0	60	Nd	0	Nd
Taux de TVA réduit à 5,5 % pour certains matériels	300	310	Nd	Nd	Nd
Sous-total	790	880		>273	>286
Dépenses fiscales non ciblées sur la dépendance					
Abattement sur le revenu imposable pour les personnes âgées de plus de 65 ans de condition modeste et les personnes invalides	230	230	95%	218	218
Réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile	1 520	1 715	50%	760	857
Majoration du quotient familial pour les personnes vivant seules et n'ayant plus d'enfants à charge	1 625	1 540	75%	1 219	1 155
Abattement de 10 % sur les pensions dans le calcul de l'impôt sur le revenu	2 100	2 050	100%	2 100	2 050
Exonération de la majoration de pension pour enfants et charges de famille pour l'impôt sur le revenu	435	435	100%	435	435
Exonération des prestations d'assistance (aide sociale, APL ou majoration pour tierce personne par exemple)	635	640	Nd	Nd	Nd
Exonération de taxe sur les salaires pour les rémunérations versées aux salariés à domicile	380	400	50%	190	200
Exonération de taxe d'habitation	1 300	Nd	77%	1 000	Nd
Dégrèvement sur la taxe foncière sur le bâti (personnes de plus de 65 ans et de moins de 75 ans)	563	Nd	100%	563	Nd
Exonération de taxe foncière sur le bâti	313	Nd	Nd	Nd	Nd
Plafonnement de la taxe d'habitation pour les personnes aux revenus modestes	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Dégrèvement de redevance télévision	100	Nd	Nd	Nd	Nd
Sous-total	>9 200			>6 485	

Source : Cour des comptes sur données DGI

²² L'annexe du projet de loi de finances pour 2006 (Mission solidarité et intégration) procède à une actualisation des "dépenses fiscales, dont l'objet principal contribue au programme" et des "dépenses fiscales contribuant au programme sans que ce soit leur objet principal". (p. 107-108)

Annexe 20

Santé et consommation de soins des personnes âgées²³

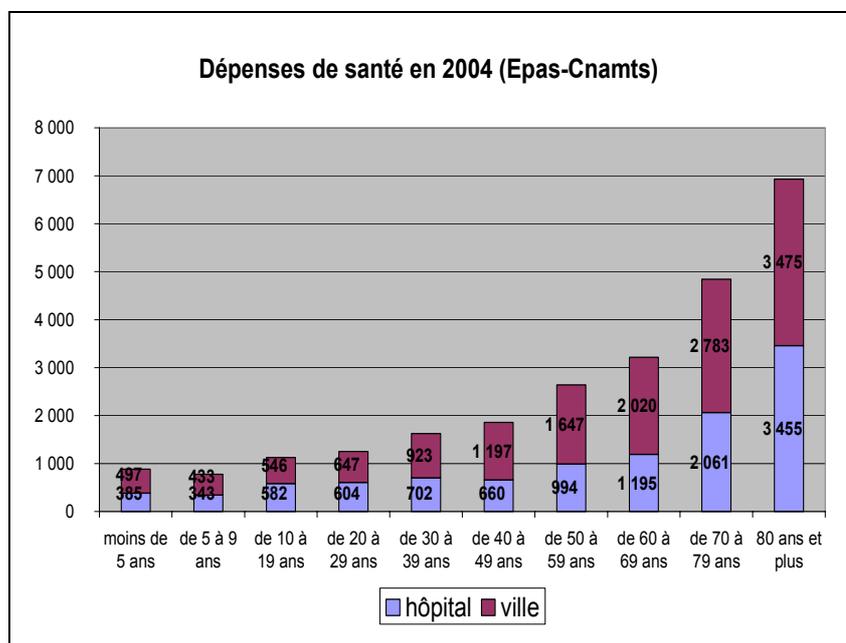
Les enjeux d'une présentation des dépenses de soins des personnes âgées sont divers :

- cela permet tout d'abord de dégager un profil de consommation spécifique par tranche d'âge, notamment au sein de la catégorie des plus de 60 ans ;
- cela permet donc d'appréhender, sans qu'il soit cependant possible d'inférer des liens entre la situation de dépendance et la consommation de soins, un comportement vis-à-vis des soins de santé au sein de la population touchée par la perte d'autonomie ;
- compte tenu des masses financières en jeu, fournir des éléments en la matière est une façon de relativiser les évolutions mesurées dans le champ du médico-social *stricto sensu* ;
- une part des dépenses de soins est liée aux carences de la prise en charge en amont de l'hospitalisation ou en aval, sans qu'il soit possible de la mesurer à travers ces données (cf. chapitre 4 pour de plus amples développements) ;
- compte tenu de ces dysfonctionnements et des masses en jeu (dans le segment sanitaire et dans le médico-social), la perspective est évidemment aussi celle de redéploiements possibles.

Les études et démarches conduites sur la région Bretagne dans le cadre des démarches de planification des Schémas d'organisation sanitaire (SROS) apporteront un éclairage territorialisé (cf. chapitre 4)

- **Les dépenses de santé selon l'âge**

Graphique A - 1

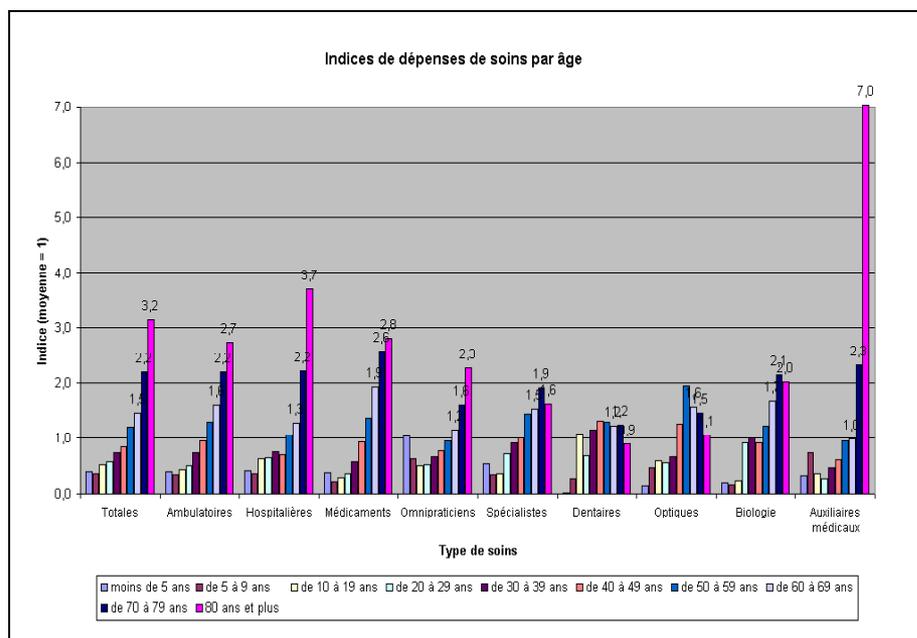


La croissance des dépenses de santé en fonction de l'âge est une question bien connue²⁴. Sur le graphique A - 1²⁵, la croissance des dépenses totales a une forme exponentielle, ce qui n'est pas surprenant. Les personnes âgées consomment beaucoup, en moyenne 7 000 euros par an pour les plus de 80 ans.

²³ Présentation de Denis Raynaud (DREES), séance du 18 novembre 2005

Le graphique A - 2 illustre l'évolution des dépenses de santé par poste de dépenses en fonction de l'âge. On retrouve par classe d'âge la dépense moyenne rapportée à la dépense de l'ensemble de la population (indice 1). Ainsi, les 80 ans et plus ont des dépenses 3,2 fois plus élevées que les dépenses moyennes de l'ensemble de la population.

Graphique A - 2



Ce graphique permet aussi de voir quels sont les types de soins les plus liés à l'âge. L'écart pour les dépenses ambulatoires est de 2,7 pour les plus de 80 ans alors que le coefficient est de 3,7 pour les dépenses hospitalières. Les dépenses hospitalières accélèrent en effet au-delà de 80 ans.

Par poste de dépenses (hors auxiliaires médicaux), les dépenses de médicaments connaissent la plus forte augmentation avec l'âge. La croissance est exponentielle et commence à partir de 50 ans. Pour les dépenses de médecins, la croissance des dépenses de généralistes est plus marquée que celle des dépenses de spécialistes qui connaît un pic entre 70 et 79 ans avant de décroître. Les dépenses dentaires et optiques atteignent un maximum autour de 40/50 ans puis décroissent pour finir parmi les plus faibles au-delà de 80 ans. Le poste qui croît le plus avec l'âge est celui des auxiliaires médicaux qui regroupent les kinésithérapeutes et les soins infirmiers. Chez les plus de 80 ans, les dépenses y sont 7 fois supérieures à la dépense moyenne. Lorsqu'on distingue les dépenses de kinésithérapeutes et de soins infirmiers, on voit que les soins infirmiers sont très importants au-delà de 80 ans, ceci alors même que l'on ne considère pas ici l'enveloppe médico-sociale (les dépenses de SSIAD ne sont donc pas prises en compte).

Pour les dépenses de soins de ville, la structure des dépenses évolue selon la classe d'âge considérée. En ce qui concerne la répartition des frais chez les 70/79 ans, le poste de dépenses de médicaments atteint 41 % pour cette classe d'âge. On constate toutefois une baisse des dépenses consacrées aux médecins, aux soins dentaires, à l'optique et, parallèlement, une légère augmentation de la part des soins infirmiers qui passent de 4 % des dépenses de la population totale à 5 % des dépenses des 70/79 ans. Pour les dépenses en frais biologiques, elles passent de 4 à 6 %. Chez les plus de 80 ans, la part des dépenses de médicaments est retombée à 34 %, soit dans les mêmes proportions que pour la population totale. On remarque également une part moins importante des dépenses de médecins, ce qui est particulièrement vrai pour les dépenses de spécialistes. Les dépenses de soins infirmiers représentent 16 % des dépenses, contre 4 % en population générale, ceci dit, alors même que les chiffres de la population totale sont gonflés par les chiffres des dépenses des plus de 80 ans qui y sont intégrés.

²⁴ Le vieillissement démographique est, naturellement, un facteur déterminant de l'évolution des besoins de santé. Cette affirmation ne constitue pas en soi une révélation. L'annexe du PLFSS 2006 traitant de l'ONDAM et de la dépense nationale de santé présente quelques données de synthèse.

²⁵ L'échantillon regroupe 70 000 individus. Il peut paraître limité, notamment lorsqu'on y cible des populations très spécifiques. La taille de l'échantillon est cependant suffisante pour l'analyse présentée ici. Les données sont issues des liquidations de l'assurance maladie. Elles ne nous renseignent pas sur le statut résidentiel des personnes (à domicile ou en institution).

• **Dépenses de santé et état de santé**

Cette croissance des dépenses de soins avec l'âge s'explique notamment par les besoins de soins et l'Etat de santé. L'Irdes a calculé des indices synthétiques de risque vital et d'invalidité. Ces indicateurs d'état de santé évoluent fortement avec l'âge. Par exemple, le tableau A - 10 montre que le risque vital et l'invalidité augmentent avec l'âge.

Les estimations économétriques montrent qu'à indicateur d'état de santé donné, il reste un effet âge, mais beaucoup plus modéré que l'effet mesuré en termes de dépenses moyennes. Par exemple, les dépenses ambulatoires chez les hommes de 65 ans et plus sont supérieures de 27 % à celles de la classe des 40/64 ans toutes choses égales par ailleurs.

Tableau A - 10 : Risque vital et invalidité selon l'âge

	moins de 16 ans	16 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Ensemble
Risque vital					
aucun indice de risque vital	90%	40%	17%	5%	35%
pronostic péjoratif très faible	3%	27%	16%	7%	16%
pronostic péjoratif faible	6%	27%	43%	33%	29%
risque possible	1%	6%	19%	36%	15%
pronostic probablement mauvais	0%	1%	4%	16%	4%
pronostic sûrement mauvais	0%	0%	1%	3%	1%
Invalidité					
	moins de 16 ans	16 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Ensemble
pas de gêne	59%	20%	4%	0%	18%
gêné de façon infime	20%	31%	14%	2%	18%
peu gêné	14%	31%	36%	16%	27%
gêné mais vit normalement	6%	14%	29%	35%	21%
doit diminuer activité prof./dom.	1%	3%	11%	32%	10%
activité réduite	0%	1%	6%	12%	5%
pas d'autonomie domestique	0%	0%	1%	3%	1%
alitement permanent	0%	0%	0%	1%	0%

Source: SPS 2002 - Irdes

Tableau A - 11

Effet de l'âge et du sexe sur la dépense "toutes choses égales par ailleurs", Estimations économétriques

âge et sexe	auxiliaires							
	ambulatoire	omnipraticien	spécialiste	pharmacie	médicaux	biologie	dentaire	optique
2 ans et moins	-0,27	0,57	0,25	-0,11	1,16	-0,13	-0,43	-0,27
de 3 à 15 ans	-0,49	-0,02	-0,19	-0,62	0,47	-0,23	-0,15	-0,54
de 16 à 39 ans - sexe féminin	-0,01	0,15	0,26	-0,15	0,23	0,09	-0,23	-0,26
de 16 à 39 ans - sexe masculin	-0,40	-0,18	-0,35	-0,36	-0,25	-0,05	-0,02	-0,15
de 40 à 64 ans - sexe féminin	0,29	0,22	0,47	0,27	0,54	0,00	0,03	0,05
de 40 à 64 ans - sexe masculin	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
65 ans et plus - sexe féminin	0,41	0,48	0,29	0,49	1,35	0,07	-0,10	0,03
65 ans et plus - sexe masculin	0,27	0,31	0,15	0,36	0,75	0,13	0,07	-0,11

Source Epas-Sps 2000 et 2002

• **Les comportements de consultation selon l'âge**

Les résultats de l'Enquête santé de 2003 sur les consommations de soins, sur deux mois, montrent que 48 % de l'ensemble de la population ne sont pas allés voir de médecin, 28 % y sont allés une fois, 14 % deux fois, 5 % trois fois, 2 % quatre fois et 2 % 5 fois ou plus. Si l'on regarde les consultations des personnes âgées, les chiffres ne sont évidemment plus les mêmes. Seul un quart des 70/79 ans et un cinquième des 80 ans et plus n'ont jamais consulté de médecin durant les deux mois de l'enquête.

Tableau A - 12

Nombre de séances de médecins en deux mois (enquête santé 2003)					
	tous âges	70 à 79 ans		80 ans et plus	
		hommes	femmes	hommes	femmes
0	48%	27%	26%	20%	19%
1	28%	36%	34%	37%	35%
2	14%	24%	25%	27%	30%
3	5%	8%	9%	7%	9%
4	2%	3%	3%	5%	4%
5 et plus	2%	2%	3%	3%	3%
nb moyen	0,9	1,3	1,4	1,5	1,5
nb moyen par conso	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9

L'écart est important au niveau du nombre moyen de consultations. Cependant, il est moindre si l'on considère le nombre moyen par personne qui a consulté au moins une fois un médecin. Il passe à 1,7 pour l'ensemble de la population à seulement 1,9.

On peut expliquer cette évolution au regard de l'analyse des épisodes de soins.

Tableau A - 13

Nombre d'épisodes de soins					
	tous âges	70 à 79 ans		80 ans et plus	
		hommes	femmes	hommes	femmes
0	48%	27%	26%	20%	19%
1	32%	39%	38%	40%	38%
2	14%	26%	27%	30%	33%
3 et plus	6%	9%	10%	10%	10%

Début de l'épisode de soins					
	tous âges	70 à 79 ans		80 ans et plus	
		hommes	femmes	hommes	femmes
généraliste	71%	76%	78%	84%	85%
spécialiste	29%	24%	22%	16%	15%

L'enquête nous renseigne sur le type de médecins chez qui a lieu la consultation ainsi que sur le motif de celle-ci. Lorsqu'on construit un algorithme pour reconstituer des épisodes de soins, on constate, avec l'augmentation de l'âge, une augmentation du nombre d'épisodes des soins. En revanche, le contenu de l'épisode de soins est très peu dépendant de l'âge. Une fois l'épisode de soins débuté, le nombre de consultations est comparable à celui des autres classes d'âge.

Par ailleurs, les personnes âgées démarrent le plus souvent leur épisode de soins par la consultation d'un généraliste avant d'aller chez les spécialistes (alors que dans la population générale, l'épisode de soins débute directement par la consultation d'un spécialiste dans 29 % des cas).

Les recours aux urgences les plus élevés se retrouvent chez les nourrissons (48 %) et chez les plus de 80 ans (40 %). Le plus faible taux de recours concerne les 51-70 ans (12 %). Chez les 70/79 ans, les passages aux urgences ne sont pas trop fréquents²⁶.

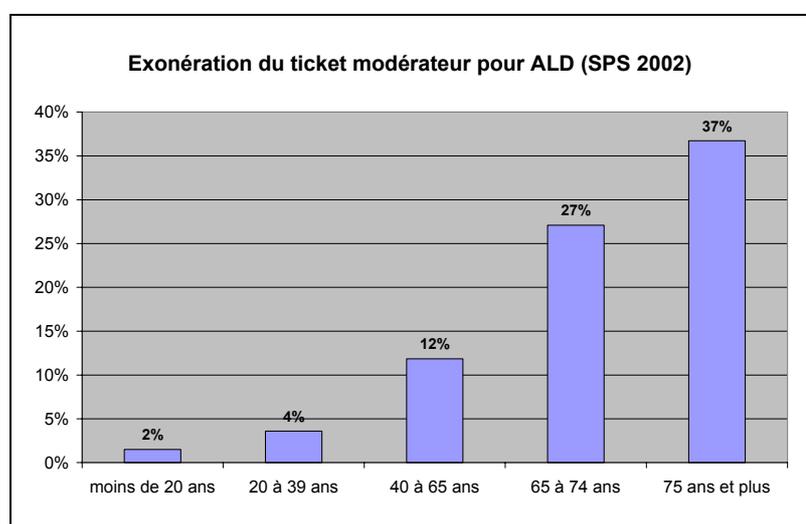
Au-delà de 70 ans, plus de la moitié des recours aux urgences se fait sur les conseils d'un médecin (contre 30 % pour les 51-70 et 20 % pour les 26-50 ans) et l'heure d'arrivée est de 9 à 11H et de 15 à 17H.

La question qui se pose ici est celle des urgences comme mode d'accès à l'hospitalisation pour les personnes âgées.

- **La couverture santé des personnes âgées**

Dans l'enquête *Santé protection sociale* de 2002, l'exonération du ticket modérateur est sous-estimée. Quoi qu'il en soit, sa forte croissance est liée à l'avancée en âge. L'exonération du ticket modérateur à 100 % en cas d'affection de longue durée (ALD) ne dispense pas les usagers de charges importantes. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a ainsi montré que le ticket modérateur moyen acquitté par les personnes en ALD est plus élevé que celui acquitté par les personnes hors ALD.

Graphique A - 3



La couverture maladie complémentaire permet un meilleur accès aux soins. Des études ont montré qu'elle augmentait la dépense annuelle de soins de ville de plus de 30 %, toutes choses égales par ailleurs (*Epas-Sps 2000-2002*). Elle influence surtout la décision de débiter un épisode de soins, bien plus que le contenu. Elle n'a pas non plus d'effet sur l'hôpital, mais elle diminue de moitié le renoncement aux soins pour raisons financières (*SPS 2002*).

Les études montrent que 8 % de la population ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, 7 % bénéficient de la CMUC et 86 % d'une couverture complémentaire hors CMUC. En revanche, pour les personnes de plus de 60 ans, le seuil de revenu pour accéder à la CMU complémentaire est inférieur au minimum vieillesse. Ainsi retrouve-t-on très peu de personnes âgées à la CMU. Au-delà de 80 ans, on a ainsi 16 % des personnes sans couverture complémentaire. Cela peut représenter un obstacle pour l'accès aux soins des personnes âgées.

²⁶ Il faut toutefois noter qu'on n'identifie pas les individus qui repassent plusieurs fois aux urgences.

Tableau A - 14

Couverture complémentaire			
	cc hors cmuc	cmuc	sans cc
tous âges	86%	7%	8%
60 à 69 ans	90%	2%	8%
70 à 79 ans	91%	1%	8%
80 ans et plus	83%	1%	16%
Contrats individuels : limites de souscriptions et tarification selon l'âge			
Limites d'âge à la souscription du contrat			
Mutuelles	64%	54 ans	
Assurances	92%	72 ans	
Tarification selon l'âge			
Mutuelles	66%		
Assurances	100%		
Aide à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire (cmu-cmu + 15%)			
	2005	plfss 2006	
moins de 25 ans	75	100	
25 à 59 ans	150	200	
60 ans et plus	250	400	

64 % des contrats individuels des mutuelles et 92 % des contrats des sociétés d'assurance imposent une limite d'âge à la souscription du contrat. Cette limite d'âge est fixée à 54 ans pour les mutuelles et à 72 ans pour les sociétés d'assurance. Les sociétés d'assurance ont souvent une limite d'âge élevée en raison de leur pratique de tarification selon l'âge. Les mutuelles sont moins nombreuses à tarifier en fonction de ce critère.

L'aide à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire mise en place par la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, en application depuis le 1^{er} janvier 2005, est destinée aux personnes qui sont entre le seuil CMU et le seuil CMU + 15 %. Il s'agit d'une réduction de prime d'assurance complémentaire. En 2005, les montants étaient de 75 euros pour les moins de 25 ans, 150 euros entre 25 et 59 ans et 250 euros pour les 60 ans et plus. Dans le projet de Loi de finances de la Sécurité sociale pour 2006, cette aide est portée à 400 euros pour les 60 ans et plus. L'analyse de la montée en charge de cette aide permettra de mesurer les progrès accomplis sur ce dossier peu connu.

Annexe 21

Textes législatifs relatifs à la planification et à la programmation gérontologiques

- **La loi du 2 janvier 2002** prévoit deux niveaux de planification :
 - le niveau principal : le schéma gérontologique départemental ;
 - une compilation des éléments des schémas départementaux relevant de la compétence de l'Etat s'intègre dans un schéma régional arrêté par le préfet de région.

La loi donne une définition du schéma d'organisation sociale et médico-sociale en déclinant six éléments :

- une appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins ;
- un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre ;
- des perspectives et objectifs de développement de l'offre ;
- une coordination et une coopération entre établissements (s'efforcer de développer un certain nombre de complémentarités et de réseaux) ;
- des critères d'évaluation des actions mises en œuvre ;
- une annexe indicative (programmation facultative). Celle-ci n'est pas opposable au Comité régional de l'offre sociale et médico-sociale (CROSMS).

Concernant les modalités de mise en œuvre, la loi instaure une compatibilité entre l'autorisation de création et de transformation d'établissement et de services et les objectifs du schéma. La planification revêt dès lors un caractère opposable. Le schéma est arrêté pour cinq ans. Il passe à l'avis du CROSMS et peut-être révisé à tout moment.

- **La loi du 13 août 2004** nous intéresse particulièrement ici à travers deux articles :
 - l'article 50 : alors que la loi du 2 janvier 2002 avait considéré que le schéma départemental devait être co-arrêté par le préfet et le président du conseil général, aux termes de la loi du 13 août, celui-ci l'arrête seul. La loi lui confère ainsi un rôle de chef de file sans avoir pour autant modifié les compétences de tarification. L'Etat continue à tarifier les soins dans les établissements médico-sociaux. Le législateur a ajouté, qu'en ce qui concerne la part qui relève de la compétence de l'Etat, le Préfet fait connaître les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services à compétence tarifaire de l'Etat.

Compte tenu du système de la double tarification et alors même que le département est chef de file, les deux pilotes sont donc tenus de s'entendre sur l'élaboration du schéma départemental. La loi ajoute que le préfet arrête seul le schéma, en cas de « carence » du département ;

- l'article 56 reconnaît la compétence du département en matière de coordination gérontologique. Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, coordonne les intervenants dans le cadre du schéma et veille à la cohérence des actions et notamment celles des CLIC. Il peut signer des conventions avec l'Etat et les organismes de Sécurité sociale pour la coordination de l'action gérontologique (article L113-2 du CASF).
- **La loi du 11 février 2005** (article 58) introduit un nouvel instrument, le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Le PRIAC est un outil de programmation des priorités de financement pour les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'Etat.

Il existe un certain nombre de leviers complémentaires nécessaires au pilotage du dispositif entre l'Etat et le département : la loi d'août 2004 n'a ainsi pas aboli l'article L.312-6 du CASF, qui permet de conclure des conventions pluriannuelles préfet-président de conseil général sur les règles du jeu du co-pilotage à travers la

fixation des objectifs à atteindre, la procédure de concertation et la mobilisation de moyens, notamment dans le cadre des schémas départementaux. L'article L.312-5-1 du CASF précise qu'en ce qui concerne les modalités d'élaboration du PRIAC, le Président du Conseil général est informé.

Annexe 22

Analyse des schémas gérontologiques

Dans le détail de l'élaboration, des méthodes et des contenus des schémas, que peut-on dire ?

- **Élaboration**

Les schémas gérontologiques obéissent le plus souvent à une construction en deux étapes : une phase de bilan-diagnostic (ou état des lieux du département) et une phase de prospective et de scénarios, réalisée (hypothèse favorable) à partir des résultats du bilan.

La mutualisation des connaissances et l'appropriation du schéma par l'ensemble des acteurs est l'objectif de la concertation. Il importe donc que la concertation soit menée en association avec l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées dans le département, tous secteurs confondus. Il apparaît que les départements appliquent ce principe de façon variée. Attitude significative ou pas, les textes des schémas sont plus ou moins prolixes sur le sujet : certains en font à peine état quand d'autres détaillent la composition du comité de pilotage et des groupes techniques en charge de la construction du schéma.

- **Territoires des départements et planification**

L'objectif commun à l'ensemble des découpages territoriaux observés dans les départements est avant tout un objectif de proximité : il s'agit de rapprocher le plus possible les prestations des territoires de vie des personnes âgées. Chaque autorité départementale organise cependant son maillage territorial comme elle le souhaite.

Malgré l'objectif commun, le découpage territorial, destiné à prendre en compte la spécificité de la population des personnes âgées, est donc globalement hétérogène. Les méthodes de construction de territoires sont en effet très variées : elles peuvent reposer sur une analyse multifactorielle, sur le respect des zones socio-économiques, sur le découpage administratif... La diversité des approches paraît d'autant plus irréductible qu'il ne semble pas y avoir de préconisation univoque sur la construction d'un territoire gérontologique.

- **Population cible et territoires : données sur l'état de santé**

Les indicateurs épidémiologiques relatifs aux personnes âgées sont issus d'enquêtes aux échelles, populations cibles, dates de mise en œuvre, objectifs et méthodes variables.

Mortalité, morbidité, co-morbidité et espérance de vie

La mortalité et les causes de décès ne font pas systématiquement l'objet d'études détaillées dans les schémas gérontologiques. La réflexion sur le partenariat avec le secteur sanitaire tend à s'étendre au niveau des départements et peut s'appuyer sur l'exploitation des PMSI, à l'instar de la Lozère. Cette méthode a permis à ce département une première approche de la morbidité des personnes âgées.

De manière générale dans les départements, les besoins de la population âgée sont plus souvent évalués au regard de l'état de dépendance.

Données sur la dépendance

Les données relatives à la dépendance sont essentiellement issues de l'enquête *HID* (*Handicap, incapacités, dépendance*) de l'INSEE menée de 1998 à 2001. Cette enquête a permis d'évaluer la prévalence de la dépendance en France métropolitaine. Elle n'a bénéficié d'extensions que dans huit départements. Certains départements ont donc extrapolé les données de *HID* afin d'estimer de manière théorique les besoins de la population dépendante. Les avis relatifs à ce type d'extrapolation diffèrent mais la pénurie de données locales sur la dépendance incite à exploiter de telles données.

L'enquête *HID* a révélé des écarts considérables entre les estimations selon les indicateurs de dépendance retenus. Les différents outils établissant les effectifs de dépendance sont donc potentiellement autant d'outils politiques. Le département du Doubs affiche les résultats obtenus avec les outils Colvez et AGGIR, mais généralement les départements exploitent uniquement les chiffres obtenus avec la grille AGGIR. On observe

toutefois que de nombreux départements ne mentionnent pas les effectifs de la dépendance dans leur schéma, ce qui interroge sur les modes d'analyse des besoins de cette population dans la planification gérontologique.

Le "cas" de la démence

L'enquête *HID* apporte également des connaissances sur la démence au niveau national. Les données sur la dépendance psychique sont difficiles à obtenir pour les départements.

Lancée en Gironde et en Dordogne dès 1988, l'enquête longitudinale *PAQUID* porte sur les 65 ans et plus vivant à domicile. Elle traite du vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans. Dans certains départements comme le Rhône, les résultats de l'enquête *PAQUID* ont été extrapolés à l'échelle départementale afin d'obtenir un ordre de grandeur des cas de démence à considérer. De manière générale, l'enquête est peu citée dans les schémas gérontologiques.

Un croisement des données de la dépendance psychique avec les degrés de dépendance physique a permis de mettre en évidence la part de population âgée à *risque de déambulation* dans les Deux-Sèvres. Cette démarche apporte une première lecture des difficultés de surveillance ressenties par les établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes et du besoin en personnel.

Enquêtes locales

Pour pallier l'absence de données sur la dépendance, certains départements mènent des enquêtes locales pour évaluer directement les besoins de la population âgée. Ainsi, des études spécifiques ou des systèmes de remontées d'informations issues de l'APA sont mis en place dans certains départements. L'analyse de la dépendance par l'exploitation des données de l'APA comporte des biais méthodologiques. Il s'agit cependant d'un recours courant, par ailleurs justifié par le fait que l'APA ressortit très directement des préoccupations des gestionnaires.

Les données sur la dépendance tirées de ces enquêtes varient d'un département à l'autre du fait des spécificités locales, mais aussi du fait du mode de recueil de données, du type de dépendance ciblée (mental ou physique), des échelles utilisées (département, canton, commune) et de l'indicateur exploité (Colvez, AGGIR, EHPA, Katz).

- **Analyses démographiques des territoires**

Etat de santé et démographie sont étroitement liés. Ainsi, mortalité, morbidité et dépendance sont fortement corrélées à l'avancée en âge. L'analyse démographique est une manière d'aborder à la fois les besoins actuels et les besoins à venir. Elle est souvent effectuée en premier lieu dans les schémas et y figure systématiquement.

Certains schémas développent des analyses complètes sur l'évolution démographique en France, au niveau de la région et au niveau du département, mais éludent les questions sanitaires (notamment de dépendance...). Dans cette conception, l'aspect démographique éclairerait à lui seul les besoins en équipement des populations âgées dans le département.

- **Établissements et territoires**

Les analyses de la distribution des moyens et de la répartition des besoins n'ont de sens que si elles sont confrontées l'une à l'autre dans le but de vérifier leur adéquation. Ainsi, l'étude des équipements doit être systématiquement rapportée aux besoins (potentiels, révélés ou avérés) de la population.

Les établissements médico-sociaux

L'étude de l'offre en établissements est récurrente dans les schémas mais est menée de façon extrêmement variée et inégale selon les départements. Il s'agit essentiellement de mener un état des lieux de l'existant. Le taux d'équipement par personne âgée de 75 ans et plus est l'indicateur relatif aux établissements le plus présent dans les schémas.

Les exemples sont variés mais, parmi eux, les schémas du Maine-et-Loire et du Rhône ont détaillé le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées par type de structures (maison de retraite, foyer logement, USLD) et sur de petits territoires (par canton). A cette échelle, l'analyse des disparités des taux d'équipement a permis de repérer les problèmes d'accessibilité dans le département.

Cependant, dans la plupart des cas ce taux sert essentiellement d'outil de comparaison avec les données nationales en vue d'un alignement des chiffres départementaux. Cela n'a *a priori* de sens que si l'on considère qu'une seule entrée permet de rendre compte d'un « panier de besoins » pourtant sous l'influence des contraintes géographiques, des pratiques de recours des populations, des effets d'offre, etc.

Accessibilité et pratiques de recours

Certaines autorités départementales réalisent des enquêtes ponctuelles en vue de comprendre les pratiques de recours des personnes âgées. Ainsi, l'Aisne a mené une enquête sur les motifs de prise en charge des personnes âgées en institution et le Maine-et-Loire une enquête sur les sorties définitives des résidents de logements-foyers et de maisons de retraite.

Ces approches des pratiques de recours offrent cependant un éclairage partiel et segmenté du parcours de la personne âgée, qui plus est lorsque les itinéraires dépassent les limites départementales ou les frontières administratives (césure médico-social / sanitaire en particulier). La totalité du parcours potentiel de la personne âgée ne saurait être intégrée que grâce à des enquêtes transversales (sociale, médico-sociale et sanitaire).

Adapter le nombre de places aux besoins

A l'instar de l'Aisne, il est envisageable d'exploiter le ratio du nombre de décès par lit à des échelles fines afin d'avoir une approche du renouvellement des places.

Afin de mesurer la "demande exprimée" (différente du besoin ou de la demande réelle), ce même département a réalisé un recensement du nombre de personnes inscrites sur liste d'attente, tout en nuancant les résultats au regard du risque de doublons. Les inscriptions multiples par individu, les décès et les changements de décisions sont autant de biais méthodologiques, qu'il est judicieux de reconnaître.

Par ailleurs, pour vérifier que l'offre est en adéquation avec les besoins, les autorités départementales de la Lozère qui associent le GMP de l'établissement au pourcentage de lits médicalisés en désagrégant les données par établissement font apparaître des structures dans lesquelles l'offre semble inadaptée. Cette démarche facilite l'exercice de programmation.

Le personnel

Dans l'Aisne, l'effectif global en ETP par lit et l'effectif en ETP par catégorie de professionnel par lit permettent de mesurer la charge de travail qui leur incombe et la qualité de vie du patient.

• **La planification : entre domicile et établissements**

Domicile et institution ne sont pas déconnectés. Il existe une circulation des personnes âgées entre ces lieux qui fonctionnent en vases communicants ou de plus en plus en alternance.

L'environnement de la personne âgée et le maintien à domicile

Le logement est fréquemment pris en compte dans la planification. Le risque d'inadaptation aux déficiences et aux handicaps est désormais reconnu dans les schémas départementaux comme un enjeu pour la prise en charge médico-sociale du grand âge. C'est un déterminant de l'entrée en institution qui apparaît fréquemment dans les schémas, sans que forcément des dispositions soient envisagées ou que le lien soit fait avec d'autres outils de planification territoriale.

En ce qui concerne les spécificités territoriales, on relève principalement le problème posé par la ruralité, comme dans le Puy-de-Dôme par exemple. Lorsqu'une aide à domicile est nécessaire, les contraintes du milieu rural sur les déplacements des aidants se font sentir, notamment en termes de temps de parcours et de majoration des coûts de transport.

Lien social et aidants

L'aide apportée par les proches est considérée par les départements comme un axe déterminant dans le dispositif de soutien à domicile. Du fait du caractère mixte et complexe de l'aide informelle, son recensement apparaît

comme un exercice difficile. Le nombre d'aidants par personne âgée, le type d'aide qu'ils apportent, le volume d'heures d'aide sont des variables difficiles à quantifier.

Le soutien à domicile

Les aides mises en place dans les départements sont multiples et interviennent de manière transversale dans la vie de la personne âgée. Elles mobilisent de nombreux professionnels aux profils et statuts variés.

Le taux de couverture par service est utilisé régulièrement dans les schémas en vue d'orienter les actions départementales. Généralement, l'offre apparaît très désagrégée et les départements font état de la nécessité de regrouper et coordonner les actions des services.

La densité de soignants en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus par territoire est un indicateur des alternatives à l'entrée en institution. Comme dans le Puy-de-Dôme, la cartographie de la couverture du département permet de repérer les zones blanches.

Les aides sociales

Les formes départementales d'aide au maintien à domicile les plus fréquemment analysées dans les schémas sont la PSD (pour les schémas anciens) et l'APA. Une comparaison dans le temps du nombre de bénéficiaires et du montant des aides permet aux départements de suivre la montée en charge des frais de l'APA dans les budgets.

La cartographie des places en établissements habilités à l'aide sociale dans le département offre une lecture sociale et géographique de l'offre proposée sur le territoire et des caractéristiques du choix des usagers.

Le traitement de l'articulation entre domicile et établissement

Les autorités départementales sont sensibles à la nécessité de créer des passerelles entre les secteurs, mais les modes de mise en œuvre de celles-ci sont peu décrits dans leurs schémas.

• **Les principales orientations des schémas**

Les objectifs relevés font essentiellement état :

- d'un besoin de coordination entre les services et les intervenants ;
- de la professionnalisation des intervenants et de la nécessaire valorisation des métiers ;
- de la nécessité d'augmenter l'offre de services des intervenants à domicile ;
- d'une volonté d'améliorer la couverture de zones insuffisamment desservies ;
- du besoin de développer l'aide aux aidants.

Au total, les spécificités locales et l'hétérogénéité des données disponibles démultiplient les variantes d'indicateurs et amenuisent simultanément les possibilités de comparaisons entre départements. Il n'y a ni homogénéité des indicateurs (bien que les thèmes soient souvent identiques), ni échelle de construction territoriale commune. Malgré un plan de planification gérontologique consensuel (1. Etat de lieux, 2. Orientations), les approches sont très hétérogènes. *In fine*, l'assemblage de ces travaux départementaux ne permet pas une lecture comparative entre les départements.

Annexe 23

Le schéma gérontologique du Rhône

Un enjeu de méthode : « Réunir, discuter et convaincre » (Jean Monnet)

Pour ce qui est du schéma gérontologique, le département a demandé à l'INSEE de faire une étude complète sur l'évolution et la répartition démographique jusqu'en 2020 (état des lieux), avec, dans la mesure du possible, une ventilation de la localisation par rapport à l'habitat. Chaque unité territoriale a été chargée de faire un inventaire des connaissances et de la totalité des partenaires (établissements, services, médecins libéraux, etc.). Ceci a abouti à un aperçu local de la démographie, de la dispersion de l'habitat et de l'existant en termes de services sur chaque unité territoriale. Chaque canton a fait l'objet d'une fiche descriptive complète (présentation du canton, démographie, situation des personnes âgées).

Les études territoriales et l'étude de l'INSEE ont constitué les matériaux de base. Des questionnaires ont été adressés à tous les établissements, à tous les gestionnaires de services, aux médecins et aux associations participantes. Le plus faible taux de retour est venu des établissements (53 %) alors que d'autres ont répondu à 70-85 %, notamment les gestionnaires de services. Des groupes de travail ont été installés pour élaborer le schéma. Une synthèse en a été faite relatant les axes forts et les quinze programmes d'action du schéma, chacun faisant l'objet d'une fiche.

L'objectif consistait à répertorier l'existant, à repérer les défaillances et les zones lésées. Les dernières fiches action²⁷ prolongent la démarche d'élaboration : elles confortent le rôle des instances de concertation ou consultatives, afin d'associer dans la vie du schéma les différentes représentations. La pertinence du schéma se mesure à travers l'évaluation²⁸.

Le sens de la territorialisation

D'un schéma à l'autre, la territorialisation du cadre d'action départemental s'est imposée. D'où la nécessité de faire vivre ce schéma localement et de passer d'une approche hébergement et organisation des services à l'exercice de la compétence de coordination globale de la prise en charge accordée aux départements par la loi ? Cette coordination ne peut se faire qu'à partir du territoire. Comment sur une unité territoriale peut-on arriver à croiser toutes les compétences du département et toutes les préoccupations de chacune des compétences ?

L'exemple des transports

Les personnes handicapées ont très fréquemment des difficultés de transport, de déplacement. Un réseau de bus a été mis en place dans le Rhône à la demande des personnes dépendantes. Celui-ci s'adressait principalement à des personnes âgées, en situation isolée. Certaines d'entre elles pourraient parfaitement prendre les transports en commun à condition d'être accompagnées. On diminue ainsi les charges de transport de personnes handicapées. On crée des emplois aidés au titre de l'insertion. On évite la circulation de cars interurbains quasiment vides destinés aux personnes dépendantes. Avec les mêmes crédits, il a ainsi été possible de répondre à un besoin de handicap, d'insertion et de transport.

L'approche territoriale permet d'adopter des solutions nouvelles, à condition de croiser les différentes préoccupations, d'exercer pleinement les compétences, de sortir des approches cloisonnées.

L'exemple du logement

Quand existe dans une collectivité une grosse opération de logement social, celle-ci peut s'organiser pour créer dix ou quinze logements dédiés aux personnes peu autonomes (âgées ou pas) dans des immeubles séparés mais proches, afin de ne pas créer de ghetto. Dans ces logements, vivent aussi bien des personnes âgées, des

²⁷ Bien qu'en marge des compétences légales des départements, les actions de prévention n'ont pas été oubliées dans le schéma. Un effort d'information alimentaire pour les personnes vieillissantes donne en effet des résultats plutôt positifs. Les réflexions pédagogiques sur les problèmes d'équilibre permettent de détecter la maladie d'Alzheimer de façon plus précoce.

²⁸ Le rapport Briet-Jamet proposait une évaluation indépendante des schémas par les DRASS, au motif que la décentralisation n'est crédible, certaine et fiable que s'il y a, en contrepartie, une évaluation indépendante. Les DRASS sont relativement déconnectées de la gestion quotidienne et peuvent donner un avis extérieur.

handicapés que des jeunes. Un gestionnaire de services à domicile peut prendre en charge l'ensemble de ces personnes. Plus de services à domicile sont alors disponibles, dans la mesure où l'on traite la réticence des organismes à intervenir pour des séquences de travail trop courtes. La mise en place de ce type d'expérience prend du temps. Il faut trouver les terrains, l'opérateur, l'association, etc. La région Rhône-Alpes intervenait traditionnellement dans le domaine social, notamment sur le logement social. Il a été convenu que la région financerait le surcoût de l'adaptation des logements sociaux pour les personnes dépendantes.

Annexe 24

Point de vue sur la planification gérontologique ²⁹

« D'abord, l'éclatement du système est tel que le développement de procédures de régulation est incontournable.

L'Etat a impulsé les réformes du système. Cependant, faute de politique globale et d'un réel suivi, il n'a pas accompagné la décentralisation du système. Les départements l'ont regretté.

Les instruments de régulation introduits au niveau local (planification et coordination) ont péché par manque d'efficacité, d'autant que la régulation sociale privilégie l'échelon départemental alors que la régulation sanitaire est largement régionalisée.

Les schémas gérontologiques départementaux chargés d'organiser l'offre d'établissements et de services médico-sociaux à l'échelle du département, n'ont pas complètement rempli leur rôle. Ils ont fait l'objet d'une élaboration très hétérogène selon les départements, parfois tardive, en tout état de cause, n'ont pas fait l'objet, une fois réalisés, d'une lecture nationale. D'autre part, faute d'inclure une annexe opposable comme dans le cas du SROS, ils n'imposent en réalité aucune contrainte sur l'offre. Dans ces conditions, si leurs diagnostics et leurs préconisations ont été d'une grande pertinence, ils n'ont pu guère aller au-delà du constat de carence, sans pouvoir peser totalement sur la programmation des moyens.

La disjonction entre ces schémas départementaux et les SROS a également nuit à la cohérence et à l'efficacité de la planification. L'absence d'articulation formelle entre les deux démarches a été redoublée par une concertation insuffisante entre les instances chargées de leur élaboration respective. Les deux logiques n'offrent souvent aucune convergence : concentrés sur le secteur médico-social, les schémas départementaux font rarement référence au SROS et, symétriquement, les SROS ont jusqu'ici peu abordé les questions gérontologiques, envisagées uniquement sous l'angle sanitaire.

La coordination entre gestionnaires et financeurs a également péché. Des conventions entre conseils généraux et caisses de sécurité sociale ont été signées. Les instances départementales de coordination ont bien fonctionné mais l'absence de stratégies communes entre les gestionnaires et les financeurs n'a pas vraiment pu permettre de contribuer à l'émergence d'une politique gérontologique globale, ni même à une gestion unifiée de l'ensemble des prestations.

Par ailleurs, on a multiplié les procédures conventionnelles entre gestionnaires, financeurs et prestataires, on a superposé les dispositifs mais sans les harmoniser de manière uniforme sur un territoire.

Des clivages traversent le système d'aides et de soins :

- la loi du 30 juin 1975 en ce qu'elle a consacré la séparation des secteurs sanitaire et social ;
- le maintien à domicile auquel on a opposé systématiquement l'hébergement en institution ;
- l'insuffisante médicalisation des établissements sociaux (malgré la création des sections de cure médicale dans les établissements médico-sociaux et des unités de long séjour dans les centres hospitaliers) ;
- par ailleurs, cette médicalisation reste trop marquée par une orientation excessivement curative des soins dispensés : la priorité a été accordée aux soins techniques au détriment de l'aspect médico-social et des soins relationnels.

La réforme de la tarification qui avait pour vocation, entre autres, d'accroître la transparence et de clarifier les financements a permis partiellement d'atténuer ces clivages. Mais la césure entre les secteurs sanitaire et social, consacrée par la séparation entre soin de dépendance, demeure. »

²⁹ Intervention de Jean-Michel Rapinat, responsable du Pôle société de l'Assemblée des départements de France, lors de la séance plénière du 16 décembre 2005.

Annexe 25

Conseil général des Yvelines - Appel à projets « Personnes âgées » (mai 2004)

Principaux extraits

Le 23 mai 2003, l'Assemblée Départementale a adopté le schéma deuxième génération d'organisation sociale et médico-sociale. Cet outil de planification qui définit les axes prioritaires des actions que le Département entend mener dans les cinq années à venir, a été suivi d'une programmation pluriannuelle qui a été votée, à l'unanimité, par l'Assemblée Départementale le 13 février 2004.

Fondée sur une dynamique partenariale, la programmation va permettre de conduire des actions en direction des personnes vulnérables en mobilisant l'ensemble des compétences et des ressources de notre territoire, avec notamment un investissement financier du Département de 12 millions d'euros.

Cette programmation en faveur des personnes âgées se caractérise par le développement de la vie sociale à domicile, de la qualité de services rendus et de la maîtrise de l'équipement.

Le présent appel à projets concerne uniquement le 6^{ème} objectif de la programmation en faveur des personnes âgées à savoir la maîtrise des équipements médico-sociaux sur le Département des Yvelines.

Ce 6^{ème} objectif prévoit la réalisation de 1 100 places en donnant la priorité à la restructuration des établissements d'hébergement à l'horizon de 2008 et sur la base d'une restructuration à hauteur de 550 places, de créations ou d'extensions à hauteur de 330 places et de transferts à hauteur de 220 lits. A ces 1100 places, il convient de rajouter les 140 places d'accueil alternatif au placement, correspondant à des accueils de jour, des accueils temporaires ou d'urgence.

Le présent appel à projets ne concerne que la période de 2005 et 2006. En conséquence, il porte sur 375 places : 60 places en transfert, 247 places en restructuration et 68 places en extension et création. Il convient aujourd'hui de déterminer les opérations qui constitueront cette programmation.

Le candidat doit répondre au présent cahier des charges en fonction des sept critères retenus dans le schéma et la programmation. L'ensemble des critères suivants conditionnera la délivrance d'une autorisation de création ou d'extension :

- un taux d'équipement inférieur à 156 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus,
- un projet de vie garantissant la qualité de vie et le respect de la dignité de la personne,
- un établissement conçu pour recevoir des personnes âgées dépendantes,
- un établissement prenant en compte au sein d'unités spécifiques les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée,
- un établissement répondant aux besoins de la population de manière innovante en terme architectural, de concept de vie ou de soins,
- un promoteur à même de garantir les engagements pris notamment sur les plans qualitatif et financier sur les bases du dossier CROSMS ou des conventions tripartites,
- un établissement ouvert à la vie sociale à domicile en participant à la constitution d'un véritable réseau gérontologique à partir des coordinations.

Ce présent appel à projets ne concerne que la programmation 2005 et 2006. En conséquence, un second appel à projets sera lancé en 2006 pour couvrir la période du schéma restant (2007-2008).

A titre indicatif, moyennes départementales de référence :

- Chambre individuelle avec sanitaire de 18 à 22 m²
- Chambre double avec sanitaire de 30 à 35 m²
- Prix de journée moyen d'un EHPAD : (hébergement) : 53,44 €
- (Dépendance) : Gir 1 et 2 : 14,85 € ; Gir 3 et 4 : 9,42 € ; Gir 5 et 6 : 4,01 €
- Ratio d'encadrement moyen d'un EHPAD : 0,29 (hébergement), 0,13 (dépendance), 0,20 (soins).

Aides départementales pour les associations ou les établissements publics

Subvention départementale d'investissement pour les longs séjours :

- 20 % de 73 176 € par lit pour les créations ou extensions de lit,
- 20 % de 51 223 € par lit pour les restructurations, réhabilitations ou modernisation

Subvention départementale d'investissement pour les maisons de retraite et logements foyers :

20 % de 44 821 € par lit pour les restructurations, réhabilitations ou modernisation

Annexe 26

Circulaires relatives à la planification sanitaire et volet "personnes âgées"

Une circulaire de 2002³⁰ fixe l'action des ARH dans le volet "personnes âgées" des SROS, et fait état de l'importance de la dimension "intégrale" de la prise en charge des patients gériatriques, entre les secteurs, leurs acteurs et les formes de soins. "[...] *la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement.*" Cette circulaire établit la notion de filière de soins gériatriques (cf. supra, chapitre 1), pérennise et généralise son fonctionnement. Pour ce faire, les recommandations portent sur plusieurs aspects :

- l'accès à des soins de proximité repose sur le rôle central du médecin généraliste et de l'hôpital local, la mise en place de consultations et de pôles d'évaluation gériatrique par les hôpitaux, et le travail en réseau de l'ensemble des professionnels de l'amont à l'aval de l'hospitalisation ;
- les filières d'hospitalisation courtes, grâce à la mise en place du court séjour gériatrique et aux interventions des équipes mobiles ;
- les réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et réadaptation, HAD) ;
- l'articulation ville-hôpital et les réseaux .

La circulaire de 2004³¹ relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération cible quant à elle :

- une amélioration de l'évaluation des besoins de santé ;
- l'intégration de la dimension territoriale ;
- une meilleure coopération entre les différents professionnels et établissements. Ainsi, l'accent est mis sur le nécessaire décloisonnement des différents secteurs de prise en charge des personnes âgées. "*La prise en charge du retour des plateaux techniques hospitaliers doit en effet associer les réponses sanitaires, médico-sociales et sociales.*"
- un partenariat étroit et dynamique au sein de chaque territoire de santé. Cette circulaire définit l'approche locale comme "[un] niveau fondamental pour assurer aux personnes âgées [...] une prise en charge globale coordonnée sanitaire, médico-sociale, dans le cadre de réseaux de santé."

³⁰ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002.

³¹ Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Annexe 27

Planification gérontologique et sanitaire : la filière gériatrique³² comme passerelle

Les planifications sanitaires apparaissent telles que recommandées dans les circulaires : elles ouvrent la voie à la filière gériatrique transversale et organisent les réseaux de proximité. *“L’organisation et le fonctionnement de la filière gériatrique s’envisagent à la fois au niveau des territoires de recours et des territoires d’accès plus près du lieu de vie de la personne âgée.”*³³

Les différents SROS justifient la mise en place de tels dispositifs en reprenant l’argumentation des circulaires. Les problématiques précédemment citées seraient ainsi réglées et une large place serait faite à la prévention. *“D’une façon générale, l’absence de filière gériatrique organisée implique des risques d’une prise en charge inadaptée et de non-qualité : retard de mise en place de mesures de réadaptation (préservation de l’autonomie), perte de chance par méconnaissance des capacités de récupération, comorbidités mal repérées, rupture dans la continuité des soins, surcoût hospitalier, non repérage des syndromes démentiels débutants...”*³⁴

L’amélioration du parcours sanitaire du patient gériatrique passe, on l’a dit, par des modifications internes à l’hôpital (formations, spécialisation des services...), mais également par le perfectionnement des rapports que celui-ci entretient avec l’ensemble de ses partenaires extra-hospitaliers (sanitaires, médico-sociaux et sociaux). La filière gériatrique décrite dans la circulaire de 2002 semble accélérer la mise en place de liens entre les secteurs sanitaire et médico-social. Pour que la prise en charge sanitaire s’optimise et se fluidifie, il n’est désormais plus envisageable de négliger les partenaires extra-hospitaliers. *“Au sein du SROS, l’articulation entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux doit faire l’objet d’un travail spécifique, en lien avec tous les acteurs concernés [...]”*³⁵

Il est systématiquement mentionné dans les SROS que les passerelles seront établies entre les différents secteurs sur l’ensemble du parcours sanitaire et médico-social de la personne âgée. *“Même en l’absence de coordination structurée, les établissements de santé doivent impérativement mettre en place des procédures susceptibles d’améliorer significativement l’articulation avec les intervenants à domicile ou en EHPAD.”*³⁶

Dans le cadre des SROS, les autorités sanitaires régionales doivent *“[tenir] compte de l’articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l’offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.”*³⁷ L’ARH Rhône-Alpes s’est fixé comme objectif la mise en place d’une articulation “effective” avec les intervenants de la ville. *“Afin de formaliser les liens permettant d’assurer la continuité des soins lors du retour à domicile ou en EHPAD des patients, les établissements devront mettre en œuvre les procédures et conventions de fonctionnement avec les réseaux de soins gérontologiques et les CLIC ; les EHPAD de leur zone de proximité [...] ; les SSIAD ; les intervenants libéraux.”* Cette démarche serait notamment rendue possible grâce à la mise en place des “équipes mobiles gériatriques” qui ont pour mission *“d’intervenir en extra-hospitalier en tant que structure ressource pour le secteur médico-social et espace d’interface avec les réseaux de santé et les CLIC, afin de s’assurer de la continuité des soins.”*(ARH Rhône-Alpes).

Par ailleurs, l’information sur le patient doit être partagée par les différents soignants qui interviennent lors de l’itinéraire sanitaire de la personne âgée. L’ARH Aquitaine suggère *“la mise en place d’un dossier médical partagé informatisé (accessible aux médecins de ville) susceptible de garantir la cohérence des prises en charge.”*

La mise en place du projet thérapeutique du malade, lorsque celui-ci est maintenu à domicile, permet une incursion de la dimension sanitaire dans le lieu de vie du patient. Ainsi, une action coordonnée entre l’hôpital et les multiples professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée est-elle à organiser. Ce dispositif peut se retrouver notamment en cas d’hospitalisation à domicile. Celle-ci *“permet d’éviter ou de raccourcir l’hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible.”* (programme ARH Aquitaine)

³² Le concept de filière gériatrique a déjà été présenté au premier chapitre. On en développera donc pas ici ses caractéristiques.

³³ ARH Languedoc-Roussillon, mars 2005, *op.cit.*

³⁴ ARH Rhône-Alpes, *op.cit.*

³⁵ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 05 mars 2004 relative à l’élaboration des SROS de troisième génération.

³⁶ *Programme régional pour la gériatrie en Aquitaine*, ARH Aquitaine, décembre 2003.

³⁷ *Guide méthodologique*, C.G. Gironde, ARH Aquitaine, CRAM Aquitaine, DDASS Gironde, *op.cit.*

Les mesures qui favorisent l'installation de la filière gériatrique sont décrites de manière plus ou moins développée dans chaque SROS. Elles obéissent toutes à la même logique, dictée par les circulaires des 18 mars 2002 et 5 mars 2004. L'ARH Rhône-Alpes affiche des objectifs représentatifs de l'ensemble des SROS. Sans surprise, ils reprennent les points recommandés dans les circulaires :

1. développer les courts séjours gériatriques ;
2. développer les équipes mobiles gériatriques ;
3. développer les consultations gériatriques ;
4. développer les alternatives à l'hospitalisation complète ;
5. développer le nombre de SSR gériatriques ;
6. veiller aux missions des USLD ;
7. améliorer l'intégration de l'hôpital local dans la filière gériatrique ;
8. améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées (volet psychiatrie du SROS général) ;
9. améliorer la formation des personnels hospitaliers ;
10. mettre en place une articulation entre les services hospitaliers (au moyen du projet médical ou contrat de mode de prise en charge) ;
11. mettre en place une articulation effective avec les intervenants de la ville ;
12. installer un comité régional gériatrique.

Les réflexions sur la filière gériatrique ne sont bien entendu pas propres à la France. Le "programme de soins gériatriques" qui sera applicable en Belgique début 2006 vise ainsi à "*maintenir une autonomie maximale des personnes âgées*"³⁸ (à l'instar des objectifs français) en apportant des soins et aides adaptés à tous les niveaux, du médical au médico-social. Selon le nouveau modèle belge, cinq fonctions seront ainsi organisées :

- les unités d'hospitalisation aiguë des hôpitaux (durée de séjour tournant autour de dix-neuf jours) ;
- l'hôpital de jour gériatrique ;
- la consultation de gériatrie ;
- la liaison interne, qui se rapprocherait peut-être des équipes mobiles gériatriques françaises ;
- la liaison externe pour la continuité des soins met en place un accompagnement social, sorte de mixte entre les CLIC intégrés et les assistantes sociales des hôpitaux.

Des structures de jour spécialisées, des établissements de rééducation, des services de courte durée et des services gériatriques dans l'hôpital jusqu'aux soins à domicile vont être organisés.

³⁸ Rudy Demotte, Ministre des Affaires Sociales et de Santé, *Réflexions à propos d'une politique de soins aux personnes âgées, journée d'études « Vieillesse, aide et soins de santé »*, Bruxelles, mai 2005.

Annexe 28

Consolider les connaissances : l'exemple des études conduites en région Bretagne

Dans l'objectif d'éclairer la réflexion sur la filière de soins gériatriques, une étude sur les personnes âgées hospitalisées début 2002 en court séjour, psychiatrie, soins de suite a été réalisée en Bretagne. Elle a porté sur près de 6 000 patients hospitalisés (5 789 personnes), soit 40 % de la population totale des services concernés.

Plusieurs éléments ont été dégagés de cette étude. Outre l'âge, le sexe, la commune du domicile, cette étude a analysé les circonstances et les motifs d'entrée ; l'état de santé des personnes à travers le modèle Pathos ; la durée et la justification de la présence à l'admission et au moment de la coupe et des données liées à la complexité sociale. Au-delà de quelques éléments quantitatifs (48 % des patients étaient âgés de plus de 75 ans en court séjour, 60 % en soins de suite), l'enquête a confirmé une situation de polyopathologies (en moyenne cinq pathologies différentes, 4 400 associations différentes pour 5 000 personnes). Ce simple constat justifie l'importance du développement d'unités de court séjour gériatrique. De plus, les résultats ont révélé l'importance de pathologies psychiques (syndromes démentiels, états dépressifs, anxiété...) et des prises en charge dans des services de spécialités peu adaptés.

Sur le plan de la justification de la prise en charge, il est apparu que 20 % des patients n'auraient pas dû être dans les services au moment de la coupe. En effet, pour 55 % des sortants, la sortie aurait dû se faire vers un autre service, 41 % d'entre eux auraient dû être orientés vers le domicile ou en maison de retraite.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROS de 3^{ème} génération, une étude complémentaire a été conduite sur les caractéristiques des personnes âgées fragiles hospitalisées. Les principaux marqueurs d'un état fragile ont été ainsi définis : polymédications, altération des fonctions intellectuelles, dépression, dénutrition, troubles neurosensoriels, perte d'autonomie, isolement socio-familial.

En Bretagne, à partir des modèles *Aggir* et *Pathos*, 91 000 personnes de plus de 75 ans sont identifiées comme présentant un état de fragilité (36 % de la tranche d'âge). En 2030, elles devraient doubler et concerner 176 000 individus. Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées, 68 % présentent au moins un des critères de fragilité de Pathos, en sus de l'âge et de la perte d'autonomie. Les personnes âgées fragiles sont plus souvent hospitalisées que les personnes âgées non fragiles. En effet, elles sont 4,3 % (3 961 personnes sur 91 000 personnes) contre 1,2 % pour la population générale de plus de 75 ans. On remarque plusieurs traits caractéristiques. Le nombre de pathologies est nettement supérieur chez les aînés fragiles. De plus, les besoins en soins de base, liés à la perte d'autonomie, sont très supérieurs (près du double) quand il existe une fragilité et sensiblement les mêmes pour les besoins en soins médico-techniques. Les besoins en psychiatrie et psychothérapie sont plus importants, ce qui confirme l'intérêt d'une formation spécifique à la prise en charge de ces personnes pour l'ensemble du personnel soignant. Enfin, la durée de séjour est toujours supérieure à la moyenne. En long séjour, une forte prévalence des syndromes démentiels (63 %) est constatée. Un pourcentage élevé de patients "médicalement sortants", c'est-à-dire de personnes qui ne devraient plus être dans les services où elles sont au moment de la coupe, se confirme. Ce pourcentage est plus élevé pour les personnes âgées fragiles. Pour le court séjour, l'attente de places en soins de suite et en soins de longue durée concerne deux cas sur trois. Le maintien dans la structure est surtout lié à un problème de places en aval.

Deux études complémentaires récentes ont été réalisées sur les inadéquations dans le cadre de la préparation du SROS 2006 – 2010 en amont et en aval de la prise en charge gériatrique.

- Une première étude sur l'adéquation des séjours de médecine dans les établissements de santé bretons a été réalisée en juin 2005. L'objectif était d'évaluer les dysfonctionnements de prise en charge et les capacités potentielles des services de médecine, dès lors que les séjours seraient tous adéquats. L'étude a porté sur 4 000 patients et sur près de 6 000 lits en utilisant des référentiels d'adéquation des prises en charge. Des coupes transversales ont été réalisées à l'admission et au jour de la coupe.

Au jour de la coupe, 21,8 % des séjours étaient inappropriés, parmi eux, 50 % relevaient du domicile, et 36 % des soins de suite et de réadaptation. Cette recherche a mis en évidence des problèmes d'organisation interne des services pour développer des séjours programmés : référentiels d'admission non formalisés, absence d'avis gériatrique et d'évaluation, insuffisance de court séjour gériatrique... Elle a également contribué à rappeler l'insuffisance des solutions d'aval (soins de suite gériatriques...). De plus, elle a mis en évidence les difficultés de retour à domicile, l'insuffisance de l'accompagnement pour les actes de la vie

quotidienne et la nécessité de développer l'éventail de l'offre médico-sociale (réseau gérontologique, accueil de jour, hébergement temporaire...).

- Une seconde étude a porté sur l'évaluation des services de médecine physique et de réadaptation. Les deux coupes, réalisées à l'entrée et au jour de la coupe, ont à nouveau mis en évidence un taux d'inadéquations significatif. Au jour de la coupe, 12,8 % des séjours étaient inadéquats. Cette inadéquation était due en très grande part à une insuffisance de l'offre d'aval.

Annexe 29

Mission régionale de santé de Bretagne - Cahier des charges des réseaux personnes âgées

Il n'est plus actuellement de modèle d'organisation sanitaire ou médico-sociale qui ne se réfère au réseau, ceci est particulièrement évident en matière de prise en charge des personnes âgées.

Toutefois, la conception du réseau fluctue selon que l'approche est sociale ou sanitaire. Le cloisonnement institutionnel des promoteurs comme des financeurs se répercute sur la qualité de la prise en charge qui par définition chez la personne âgée se devrait d'être globale et coordonnée (médicale et sociale). Par ailleurs, cet éclatement des services, en multipliant les effecteurs est néfaste au plan économique et nuit à la lisibilité du dispositif par les tiers au premier rang desquels les professionnels de santé.

Pour ces multiples raisons il a paru nécessaire de proposer un cahier des charges spécifique pour les promoteurs de réseaux dans le champ de la prise en charge des personnes âgées.

1. Etat des lieux en Bretagne

❑ Réseaux gérontologiques financés par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) au 13 septembre 2005

- Réseau gérontologique du canton de Port-Louis
- Réseau Géront'Emeraude sur Saint-Malo : promoteur : CH de Saint-Malo

❑ Réseaux gérontologiques en émergence :

- *Présentation au comité régional des réseaux et de la coordination des soins (CRRCS) du 22.09.2005 :*
 - Le réseau gérontologique brestois - promoteurs : CHU de Brest et association des médecins libéraux
- *Présentation prévue au CRRCS du 24.11.2005 :*
 - Réseau gérontologique Ouest-Trégor à Lannion – promoteur : le CLIC
 - Réseau gérontologique de Guingamp– promoteur : le CLIC
 - Réseau gérontologique de La Roche Bernard : promoteurs : COGER, H.L.,
 - Réseau gérontologique de Dinan : Géronto'Rance promoteur : association Géronto Pays de Rance, CH de Dinan
- Projets en cours
 - Réseau Part-Age : promoteurs : HL de Antrain et Saint-Brice en Coglès
 - Réseau dans le Finistère Sud
 - Réseau Alzheimer dans la région de St Pol de Léon et Cléder : MSA 29
 - Réseau sur Auray
 - Réseau sur Fougères : promoteurs : CLIC

Au total 2 réseaux financés et 10 en projets selon la répartition départementale suivante : 3 réseaux en Ille et Vilaine, 3 en Côtes d'Armor, 3 dans le Finistère et 3 dans le Morbihan. Les promoteurs de ces réseaux étant généralement soit un établissement sanitaire soit un CLIC.

2. Définition du réseau pour personnes âgées éligible au financement de la DRDR

Le réseau de santé pour personnes âgées organise la coordination des acteurs sanitaires et sociaux de proximité. Il assure une prise en charge globale et efficiente des personnes âgées fragiles* dont la situation sanitaire est lourde et/ou complexe dans un objectif de maintien à domicile. Bien que le réseau concerne en priorité les personnes dans le domicile ordinaire, les structures d'hébergement pour personnes âgées peuvent également être associées.

Définition de la fragilité chez la personne âgée : état instable, de forte vulnérabilité, résultant d'une réduction des réserves adaptatives de multiples systèmes biologiques et physiologiques sous l'action conjuguée de l'âge, des maladies, du contexte de vie, entraînant un risque élevé de dépendance, d'hospitalisation, d'entrée en institution, de mortalité.

3. Objectifs du réseau pour personnes âgées

- ❑ **Objectif stratégique :** contribuer, par une prise en charge sanitaire coordonnée, à favoriser un maintien à domicile de qualité.
- ❑ **Objectifs opérationnels. Ils sont de deux ordres :**
 - *Ceux qui concernent la coordination des acteurs autour de la personne âgée fragile*
 1. Améliorer la prévention et le dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (déshydratation, dénutrition, déficits sensoriels ...)
 2. Améliorer la prise en charge curative et palliative
 3. Eviter et/ou retarder et/ou raccourcir les hospitalisations et/ou institutionnalisations,
 - *Ceux qui concernent l'harmonisation et l'évaluation des pratiques en gérontologie et gériatrie*
 4. Respecter les référentiels de qualité des prescriptions et délivrances de soins.
 5. Améliorer la coordination avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales existantes ainsi que l'articulation avec les autres réseaux thématiques concernés par le grand âge, et ce essentiellement afin d'assurer la « permanence » du service rendu.
 6. Organiser sur le long terme le suivi de la population prise en charge en s'appuyant sur un référent identifié.

4. Principes d'organisation

Approche globale, sanitaire et sociale des besoins de la personne âgée, impliquant une articulation étroite avec les acteurs médico-sociaux : le projet devra expliciter les modalités de cette prise en charge globale.

Implication forte et participation des professionnels de santé au moment de la conception, de la mise en place du réseau afin de garantir :

- la continuité des soins : les liaisons entre la ville et l'hôpital devront être précisées ;
- une bonne coordination avec les structures dont le champ d'intervention est proche (SSIAD, HAD, CLIC de niveau 3) ou nécessaire à la prise en charge globale (SAD).

5. Renseignements à apporter par les promoteurs dans le dossier de demande de financement DRDR

Outre la grille déjà existante (*cf guide du promoteur de réseau*), les éléments suivants devront être renseignés :

- L'aire géographique concernée,
- Le bassin de population,

- Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.
- Le nombre de professionnels libéraux : généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens.
- Les structures sanitaires, médico-sociales existantes sur l'aire géographique

Un diagnostic ou un état des lieux présentant les principales caractéristiques de la demande susceptible de s'adresser au réseau et de l'offre des professionnels et services d'ores et déjà en place sur le territoire de proximité concerné sera produit à l'appui du dossier.

Ce diagnostic s'attachera plus particulièrement à relever les faiblesses et les insuffisances auxquelles le projet à l'ambition de remédier.

Le dossier précisera par ailleurs, les modalités selon lesquelles les principales étapes du parcours du patient seront traitées, soit par le réseau, soit par d'autres équipes :

- Information - Accueil – Orientation
- Identification des personnes fragiles (préciser comment est organisé le repérage des besoins),
- Evaluation sanitaire de la personne en articulation avec l'évaluation médico-sociale,
- Elaboration du plan d'aide
- Mobilisation et coordination personnalisées de l'offre de réponse

Il explicitera la contribution du réseau à :

- L'élaboration, la diffusion des outils de coordination, pour améliorer la qualité des prise en charge pluridisciplinaires (dossier patient, cahier de liaison, fiches..)
- La formation des intervenants
- L'évaluation et l'organisation préalable des systèmes d'information.

6. Critères d'éligibilité à la DRDR

- Bassin de vie : se référer au territoire de proximité,
- Un nombre de personnes âgées potentiellement à prendre en charge par le réseau (au moins 200 un jour donné),
- Une implication significative des professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes...
- Une implication des structures sanitaires (hôpital local, centre hospitalier), médico-sociales de la filière gériatrique
- Une articulation avec les autres réseaux thématiques.

7. Nature des ressources mobilisables sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux

- Investissement (crédits non reconductibles)
- Systèmes d'informations
- Gestion administrative (hors personnel)

- Coordination/animation :
 - 1,5 équivalents temps plein d'infirmières coordinatrices (maximum),
 - 1,5 ou 2 équivalents temps plein de secrétaires,
 - indemnisation des professionnels de santé libéraux (si besoin expertise gériatrique : formation des médecins généralistes, réunions de concertation).
- Formation/prévention/ éducation du patient
- Evaluation du réseau

Annexe 30

Le taux d'équipement par département selon diverses tranches d'âge : total des places en EHPA rapporté à la population de la tranche d'âge pour chaque département

1. Résultats en prenant comme nouvelle référence les taux calculés sur la base de la population des 75 ans ou plus :

- les 24 départements classés comme « les plus équipés » sont , par ordre décroissant des taux :

La Lozère, l'Ardèche, le Maine et Loire, la Seine et Marne, la Vendée, la Seine Maritime, la Mayenne, la Sarthe, la Haute-Loire, l'Eure, l'Oise, l'Essonne, la Marne, le Val d'Oise, l'Ille et Vilaine, l'Yonne, l'Ain, les Vosges, les Deux sèvres, l'Orne, le Calvados, la Loire, la Loire Atlantique et l'Aveyron.

- les 24 départements classés comme « les moins équipés » sont, par ordre croissant des taux :

La Corse du Sud, la Haute Corse, Paris, les Pyrénées Orientales, les Bouches du Rhône, la Seine Saint Denis, l'Aude, les Alpes Maritimes, l'Ariège, le Doubs, le Var, l'Hérault, le Gard, la Haute Vienne, la Haute Marne, le Pas de Calais, la Haute Savoie, les Ardennes, le Territoire de Belfort, le Gers, les Pyrénées Atlantiques, le Tarn et Garonne, les Hauts de Seine et les Hautes Alpes.

2. Synthèse selon les quatre tranches d'âge:

19 départements sont toujours classés parmi les « plus équipés » selon les quatre tranches d'âge considérées : la Lozère, l'Ardèche, le Maine et Loire, la Vendée, la Seine Maritime, la Mayenne, la Sarthe, la Haute-Loire, l'Eure, la Marne, l'Ille et Vilaine, l'Yonne, l'Ain, les Vosges, les Deux sèvres, l'Orne, le Calvados, la Loire et la Loire Atlantique.

10 départements sont classés pour au moins une tranche d'âge parmi les « plus équipés » : l'Aveyron, la Seine et Marne, le Val d'Oise, l'Essonne, l'Oise (pour 3 tranches d'âge), la Saône et Loire, les Côtes d'Armor, le Cantal, la Creuse et le Haut Rhin (pour 1 tranche d'âge).

18 départements sont toujours classés parmi les « moins équipés » selon les quatre tranches d'âge considérées : la Corse du Sud, la Haute Corse, Paris, les Pyrénées Orientales, les Bouches du Rhône, la Seine Saint Denis, l'Aude, les Alpes Maritimes, l'Ariège, le Doubs, le Var, l'Hérault, le Gard, la Haute Marne, le Pas de Calais, la Haute Savoie, le Territoire de Belfort et les Pyrénées Atlantiques.

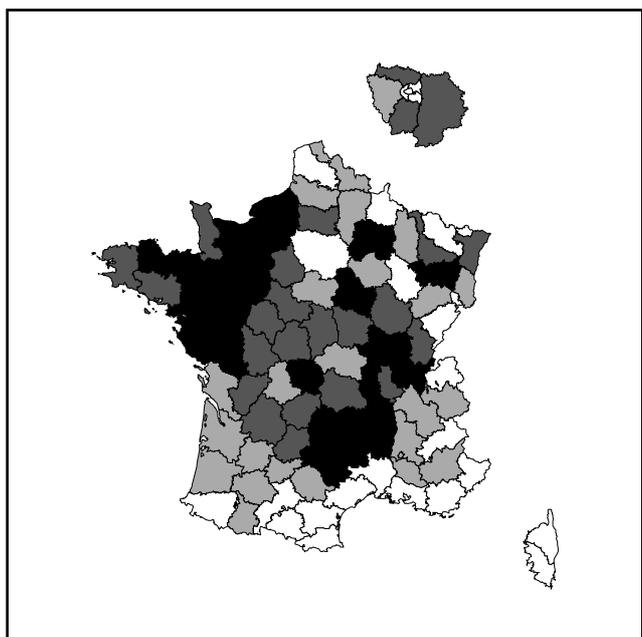
10 départements sont classés pour au moins une tranche d'âge parmi les « moins équipés » : les Hautes Alpes, les Hauts de Seine, le Gers, la Haute Vienne, la Haute Garonne, les Ardennes (pour 3 tranches d'âge), le Val de Marne, le Tarn et Garonne (pour 2 tranches d'âge), les Landes et la Moselle (pour 1 tranche d'âge).

Annexe 31

Le taux d'équipement par département selon diverses tranches d'âge : (total des places en EHPA rapporté à la population de la tranche d'âge pour chaque département)

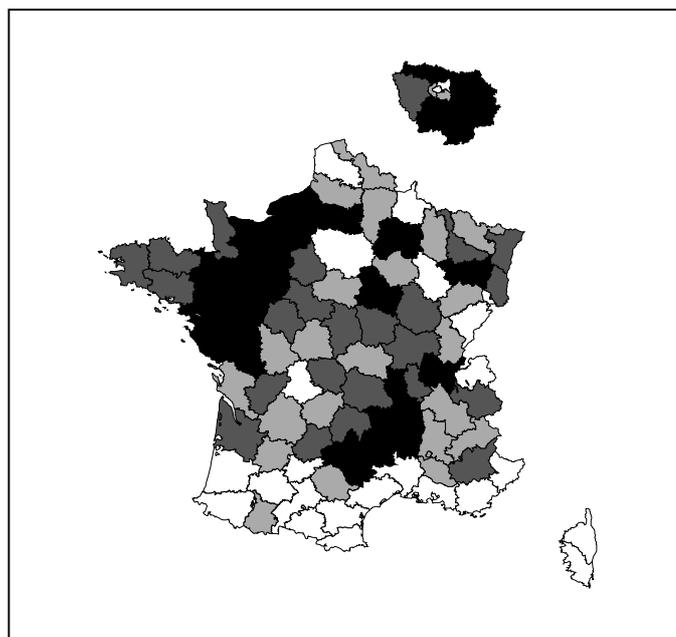
1- rapporté à la population de 60 ans ou plus

2- rapporté à la population de 70 ans ou plus



minimum : 19, maximum : 87

Source : Drees - Enquête EHPA 2003

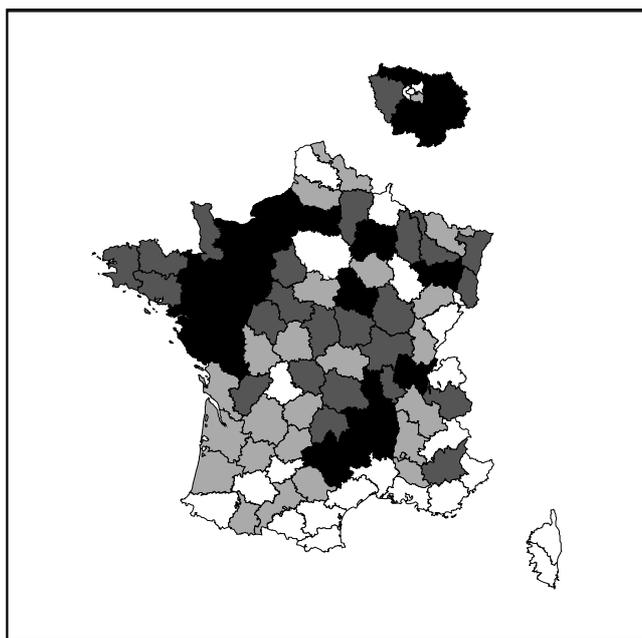


minimum : 35, maximum : 152

Source : Drees - Enquête EHPA 2003

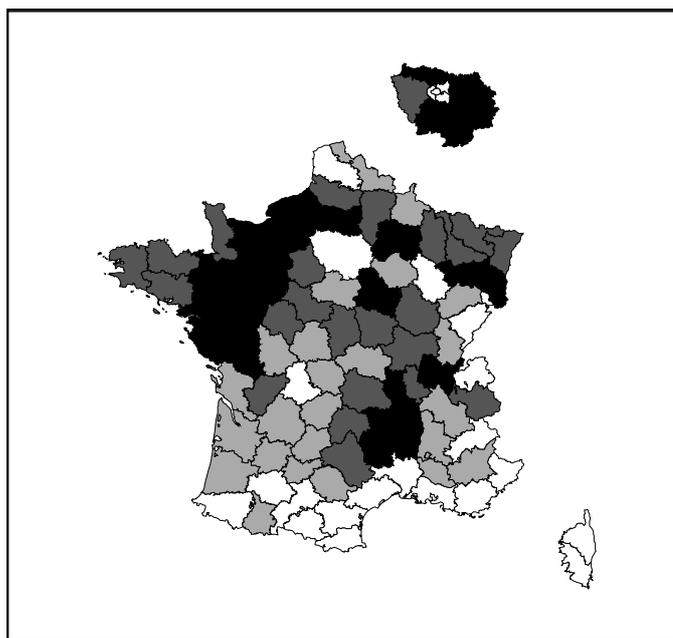
3- rapporté à la population de 75 ans ou plus

4- rapporté à la population de 80 ans ou plus



minimum : 55, maximum : 224

Source : Drees - Enquête EHPA 2003



minimum : 97, maximum : 403

Source : Drees - Enquête EHPA 2003

Annexe 32

Caractéristiques des services et établissements destinés aux personnes âgées en Ile-de-France

- **Les services d'aide médico-sociale**

En 2002, sur les 1.300 communes de la région, seules sept, dans le Val-de-Marne et les Yvelines, n'étaient pas desservies par un service prestataire d'aide ménagère conventionné par la CNAVTS (la zone d'intervention du service d'aide à domicile n'est pas règlementée). Ces services prestataires sont essentiellement de petite taille : trois-quarts d'entre eux déclarent employer moins de 25 personnes en ETP. Les CCAS gèrent à eux seuls 57,5 % de ces services (employant majoritairement de 10 à 25 personnes) ; les établissements privés à but non lucratif (notamment des centres Croix-rouge française) gèrent 38,3 % des services de taille plus importante (autour de 100 employés ou plus).

La répartition des formes de structures est diversifiée sur le territoire régional. Sur Paris, la moitié des services emploient 100 personnes ou plus. A l'inverse, l'offre présente dans la grande couronne est très fragmentée avec de petites structures de moins de 25 employés.

- **Les SSIAD**

Depuis 2001, les SSIAD ont créé 1 850 places pour atteindre une offre de 10 500 places sur la région. Cette offre, composée essentiellement de petites structures de dix soignants ETP maximum (71,4 % sont des aides-soignants), paraît équitablement répartie entre les départements de l'Ile-de-France mais reste insuffisante. Il existe cependant et à nouveau des disparités entre les communes desservies et celles qui ne le sont pas.

Au 1^{er} mai 2005, on dénombre, à Paris, 22 services de soins infirmiers à domicile, pour un total de 2891 places, soit une augmentation de 35 % entre 2000 et 2005.

La gestion des SSIAD repose sur les CCAS (27 %) mais essentiellement sur le secteur privé non lucratif (73 %). En 2003, les SSIAD de Paris relevaient du secteur associatif dans 99,6 % des cas.

Comme pour les aides médico-sociales, Paris compte essentiellement de grands services. En proche et grande couronnes, les petites structures représentent trois-quarts des services présents.

Une recherche action (menée par l'UFASSAD, l'URHIF, l'URIOPSS, la FASSAD, en 1999 et 2000) avait notamment mis en évidence la variabilité saisonnière de la demande ; le lissage de l'activité en fin d'année, d'où un nombre de refus plus élevé (en raison de la régulation annuelle des financements) ; l'importance des flux de sortie (par rapport au profil des demandes) dans l'accès aux prestations.

- **Les établissements d'hébergement**

Fin 2003, l'Ile-de-France comptait 1 136 EHPA et 1772 places d'accueil de répit :

- 473 logements-foyers (5 sont devenus des EHPAD) ;
- 593 maisons de retraite (dont 204 devenues des EHPAD) ;
- 70 USLD (dont 6 devenues des EHPAD...) ;
- 973 places d'accueil temporaire ;
- 799 places d'accueil de jour.

En 2001, le secteur public, après avoir perdu 7 000 places, ne représentait plus que 32 % des capacités d'accueil de la région (contre 55 % en 1980). A Paris, la part du secteur public était de 26 %. Parallèlement, on remarque une augmentation de la part du secteur privé lucratif, notamment pour les maisons de retraite qui ont vu leurs capacités d'accueil tripler entre 1980 et 2001.

Le phénomène se poursuit depuis lors, si l'on considère les places créées depuis 2001 à Paris. La part du secteur privé lucratif s'établit ainsi à 28 %. (tableaux A - 15, A - 16)

Tableau A - 15 : capacités nouvelles créées à Paris entre 2001 et 2005

Etablissement	Arrondisse- -ment	Nombre de places	Habilitation aide sociale
Résidence Péan (associatif)	13	94	Oui
La maison des parents (lucratif)	13	117	Non
Résidence Amaraggi (fondation)	19	80	Oui
Foyer des israélites réfugiés (associatif)	16	37	Oui
Résidence Chaillot (lucratif)	16	28	Non
Résidence Magenta (lucratif)	10	28	Non
Résidence Brune (lucratif)	14	100	Non
Extension ORPEA (lucratif)	13	35	Non
Extension MR Jumilhac (associatif)	6	38	Oui
Extension Tiers Temps (lucratif)	14	24	Non
Résidence Beausoleil (lucratif)	18	98	Habilitation partielle
Résidence Bastille (mutuelle)	12	89	Oui
Résidence des Musiciens (lucratif)	19	107	Non
La source d'Auteuil (associatif)	16	88	Oui
Villa Lecourbe (lucratif)	6	45	Non
Total		1079	426

Source : Ville de Paris

Tableau A - 16 : Nombre de places d'accueil en maisons de retraite à Paris en 2005

CASVP dans Paris (conventionné à l'aide sociale)	1 063
CASVP hors Paris (conventionné à l'aide sociale)	1 247
Associatif conventionné à l'Aide Sociale	1 837
Associatif non conventionné à l'Aide Sociale	417
Lucratif conventionné partiellement à l'Aide Sociale	352
Lucratif non conventionné à l'Aide Sociale	1 427
Total dans Paris intra muros	5 096
Total	6 343 places

Source : Ville de Paris

Si l'on considère deux problématiques spécifiques, celle des logements-foyers et celle des USLD, la situation parisienne ne fait sans doute qu'amplifier les problèmes connus ailleurs sur le territoire.

L'offre en logements-foyers du CAS-VP, en juillet 2005, comporte 1 688 logements habilités à l'aide sociale répartis dans 23 résidences services et 3 986 logements en « résidences appartements ». Ces dernières ont le statut de logements-foyers selon le CASF. Elles sont au nombre de 102. Dotées d'un gardien, d'un restaurant Emeraude ou d'un club, elles ne prévoient pas de prise en charge médico-sociale. Les résidences appartements ne sont pas conventionnées à l'aide sociale.

En 2003, un audit des 23 résidences services a été effectué ; il a révélé les caractéristiques suivantes : un public âgé (plus de 50 % au-delà de 80 ans), une forte proportion de femmes, un public fragilisé, avec une tendance à la paupérisation et présentant des déficiences mentales, des problèmes d'hygiène ou d'alcoolisme, l'existence de trois types de publics très séparés enfin (« fragiles », « en recherche d'entourage social », « en recherche de services »).

La question de l'évolution de ces établissements est posée à Paris comme ailleurs (coût des restructurations, pertes de capacités à cette occasion, mise aux normes...)

Tableau A - 17 : Les logements-foyers à Paris

Types d'établissement et habilitation à l'aide sociale	nombre de logements
Résidences service du CASVP dans Paris conventionnées à l'aide sociale	1382
Résidences service CASVP hors Paris conventionnées à l'aide sociale	306
Résidences appartements, non conventionnées à l'aide sociale	3986
Structures associatives dans Paris, conventionnées à l'aide sociale	279
Structures associatives dans Paris, non conventionnées à l'aide sociale	48
Etablissement lucratif à Paris, non conventionné à l'aide sociale	45
Total	6046

Source : Ville de Paris

S'agissant des USLD, la période récente a été marquée par une réduction importante de l'offre de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, dans la ville de Paris et dans les départements limitrophes. Le plan stratégique de l'AP-HP 2005 – 2009, prévoit en outre la suppression, pour mise aux normes, de 500 places et la transformation de 300 lits d'USLD en soins de suite et de réadaptation, soit la disparition de 800 lits au total, s'ajoutant à 1000 suppressions entre 2001 et 2004. S'inscrivant dans une logique de recentrage sur la gériatrie aiguë, l'AP-HP considère qu'une partie de la population hébergée en USLD ne présente pas de pathologies méritant une prise en charge hospitalière et trouverait mieux sa place en EHPAD. Les missions en cours au plan national (mission pilotée par Michel Thierry sur les référentiels adaptés en USLD et les caractéristiques des publics accueillis) et au plan régional (mission confiée à Hélène Gisserot en vue d'analyser les besoins d'hébergement pour les personnes dépendantes en Ile-de-France et d'accompagner l'appel d'offres piloté par la DRASS en vue de reconstituer des places d'EHPAD à partir des ressources « libérées ») devraient permettre de disposer d'éléments d'information complémentaires. La mesure exacte des pathologies, et notamment de celles liées aux troubles du comportement, ainsi que le degré de médicalisation nécessaire pour en assurer la prise en charge sont, à Paris comme ailleurs, des points cruciaux.

Glossaire des sigles

ACOSS :	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP :	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADEHPA :	Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées
ADF :	Assemblée des départements de France
ADMR :	Association d'aide à domicile en milieu rural
AFNOR :	Association française de normalisation
AGGIR :	Autonomie gérontologie, groupes iso-ressources (grille d'évaluation, voir glossaire)
AI :	Allocation d'intégration (Belgique)
AIS :	Acte infirmier de soins
AJ :	Accueil de jour
ALD :	Affection de longue durée
ALF :	Allocation de logement familial
ALS :	Allocation de logement à caractère social
AMI :	Acte médical infirmier
AMP :	Aide médico-psychologique
ANAH :	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANRS :	Agence nationale de recherche sur le sida
ANSP :	Agence nationale des services à la personne
AP- HP :	Assistance publique- Hôpitaux de Paris
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie
APHJPA :	Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées
APL :	Aide personnalisée au logement
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARR :	Allocation de remplacement de revenu (Belgique)
ARRCO :	Association des régimes de retraites complémentaires
AS :	Aide soignant(e)
ASH :	Agent de service hospitalier
ASH :	Aide sociale à l'hébergement
BEA :	Bail emphytéotique administratif
BEH :	Bail emphytéotique hospitalier
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CAFAD :	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CAS :	Centre d'analyse stratégique
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CASVP :	Centre d'action sociale de la Ville de Paris
CAUE :	Conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCMSA :	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CDC :	Caisse des dépôts et consignations
CEL :	Compte épargne logement
CESU :	Chèque emploi service universel
CGI :	Code général des impôts
CGP :	Commissariat général du plan
CGSS :	Caisses générales de sécurité sociale
CIAS :	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC :	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CMU :	Couverture maladie universelle
CNAF :	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAM :	Centre national d'arts et métiers
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS :	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA :	Comité départemental des retraités et personnes âgées
COG :	Conventions d'objectifs et de gestion
COR :	Conseil d'orientation des retraites
COS :	Coefficient d'utilisation des sols
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER :	Contrat de plan Etat-Région

CRAM :	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS :	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREGAS :	Centre de recherche en économie et gestion appliquée à la santé
CROSMS :	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CROSS :	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CSG :	Contribution sociale généralisée
DARES :	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DATAR :	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEAVS :	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGAS :	Direction générale de l'action sociale
DGCCRF :	Direction générale du commerce, de la concurrence et de la répression des fraudes
DGCL :	Direction générale des collectivités locales
DGCP :	Direction générale de la comptabilité publique
DGUHC :	Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et la construction
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIACT :	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (ancienne DATAR)
DOMINIC :	Dotation minimale de convergence
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DGTPE :	Direction générale du trésor et de la politique économique
DSS :	Direction de la sécurité sociale
EHPA :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG :	Equipe mobile gériatrique
EMS :	Equipe médico-sociale
ENSP :	Ecole nationale de la santé publique
EROS :	Equipe de recherche opérationnelle en santé (Canada)
ERP :	Etablissement recevant du public
ETP :	Equivalent temps plein
FASSAD :	Fédération des associations de soins et services à domicile
FCES :	Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité
FEHAP :	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif
FFAPA :	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FHF :	Fédération hospitalière de France
FINESS :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMAD :	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
FNACPPA :	Fédération nationale d'accueil et de confort pour personnes âgées
FNADEPA :	Fédération nationale des associations et des directeurs d'établissements pour personnes âgées
FNAPAEF :	Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et leurs familles
FNMF :	Fédération nationale de la mutualité française
FNORS :	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
GIR :	Groupe Iso - ressources (grille AGGIR)
GIRS :	Groupe Iso - ressources, soins
GMP :	GIR moyen pondéré
HAD :	Hospitalisation à domicile
HID :	Handicaps-incapacités-dépendance (Enquête INSEE)
HQE :	Haute qualité environnementale
HT :	Hébergement temporaire
IA :	Indemnités d'accompagnement (Italie)
ICIH :	International classification of impairments, disabilities and handicap
IDE :	Infirmier diplômé d'Etat
IDF :	Ile-de-France
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
INCA :	Institut national du cancer
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LF :	Logement-foyer

LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MAPA :	Maison d'accueil pour personnes âgées
MAPAD :	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MARPA :	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MCO :	Médecine chirurgie obstétrique
MECSS :	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MNAIH :	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MOP :	loi relative à la Maîtrise d'ouvrage public
MR :	Maison de retraite
MSA :	Mutualité sociale agricole
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économique
ODAS :	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
ONDAM :	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORS :	Observatoire régional de la santé
PALULOS :	Prime à l'amélioration des logements à usage locatif et à occupation sociale
PCH :	Prestation de compensation du handicap
PEEC :	Participation des employeurs à l'effort des constructions
PLFSS :	Projet de loi de finances de la sécurité sociale
PLH :	Programme local de l'habitat
PLS :	Prêt locatif social
PLUS :	Prêt locatif à usage social
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRIAC :	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD :	Prestation spécifique dépendance
PUCA :	Plan urbanisme construction architecture
PUV :	Petites unités de vie
SAU :	Services d'accueil des urgences
SCM :	Section de cure médicalisée
SCOT :	Schéma de cohérence territoriale
SCSG :	Service de court séjour gériatriques
SEPIA :	Suicide écoute prévention auprès d'adolescents
SFES :	Société française d'économie de la santé
SHAD :	Soin hospitalier à domicile
SHON :	Surface hors œuvre nette
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPASAD :	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROSMS :	Schéma régional d'organisation sanitaire et médico-sociale
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
SSR :	Soin de suite et de réadaptation
SYNERPA :	Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées
TFPB :	Taxe foncière sur les propriétés bâties
UFASSAD :	Union des fédérations des associations de soins et services d'aide à domicile
UNA :	Union nationale des associations de soins et de services aux domiciles (anciennement UNASSAD)
UNCCAS :	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNIOPSS :	Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URCAM :	Unité régionale des caisses d'assurance maladie
URHIF :	Union régionale hospitalière d'Ile de France
USH :	Union sociale pour l'habitat
USLD :	Unité de soins de longue durée
VAE :	Validation des acquis de l'expérience (professionnelle)