

# Synthèse du rapport

## « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix »

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

### Sommaire

Introduction.....	2
Le double pari de la diversité et de l'intégration .....	4
Prospective du nombre de places et des besoins en personnels .....	7
Accessibilité financière, emplois et ressources pour la prise en charge de la dépendance.....	11
Planification, programmation, péréquation .....	19
Conclusion .....	24
Synthèse des principales recommandations .....	25

Centre d'analyse stratégique  
18 rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
Téléphone 01 45 56 51 00  
[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

**Renseignements :**  
**Stéphane LE BOULER**  
Chargé de mission  
01 45 56 51 76  
[stephane.le-bouler@strategie.gouv.fr](mailto:stephane.le-bouler@strategie.gouv.fr)

**Contact Presse Caroline de JESSEY**  
01 45 56 51 37 – 06 21 80 35 63  
[caroline.de-jessey@strategie.gouv.fr](mailto:caroline.de-jessey@strategie.gouv.fr)

## Introduction

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 <sup>1</sup>.

Comme le signalait déjà le premier rapport de la mission <sup>2</sup>, la détermination des "besoins" 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 pas spontanément.

Pour éviter les malentendus, il importe 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 ;

---

<sup>1</sup> Lettre de mission de Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, du 24 août 2005.

<sup>2</sup> Commissariat général du Plan, *Prospective des besoins en établissement pour les personnes âgées dépendantes*, juillet 2005.

- 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'État 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 État 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 : préoccupation 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 récent, 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 cordonnée 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.

## Le double pari de la diversité et de l'intégration

Les attentes sociales bousculent en permanence les cloisonnements professionnels et institutionnels. Elles débordent dans le cas d'espèce le cadre d'action gérontologique traditionnel. Le rapport s'est donc attaché, dans un premier temps à la préservation de l'autonomie en milieu de vie ordinaire, aux possibilités de densifier le contenu du soutien à domicile, 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.

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.

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.

Le déploiement d'une offre diversifiée repose en effet 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).

## ➤ Orientations

---

### ▶ Mobiliser l'ensemble des acteurs de la politique du logement et mieux articuler les politiques d'aménagement locales 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.

### ▶ Faire de l'appui à l'innovation une mission explicite de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

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 handicap)<sup>1</sup>. 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 de prise en charge complètes sur les territoires de proximité

La constitution de filières géronto-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. infra)

► **Promouvoir le développement d'une offre intégrée autour des établissements d'hébergement**

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 L 119-1 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'État 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).

---

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

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

L'affichage d'objectifs quantifiés focalise l'attention sur quelques grandes masses, au détriment bien souvent de la diversification. Cette quantification est cependant nécessaire aux opérateurs, isolés ou non, qui ont besoin de repères pour entreprendre, aux acteurs territoriaux, qui doivent articuler l'analyse des besoins à 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 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 en minimisant a priori les besoins en personnel ; on ne mobilisera pas de ressources nouvelles sur la base d'une analyse tronquée. Quatre injonctions guident cet exercice de quantification :

- 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.

Le développement équilibré d'une offre de prise en charge diversifiée invite à distinguer les échéances en considérant, dans un premier temps, les efforts de rattrapage à consentir (à domicile et en établissement) et, dans un second temps, les caractéristiques d'un scénario de soutien privilégié à domicile en particulier en faveur des personnes âgées isolées moyennement dépendantes.

L'accent mis sur ce scénario 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.

## ➤ Orientations

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.

- ▶ **Maintenir un effort soutenu de création de places en établissement jusqu'en 2010 ; viser une stabilisation au-delà (hors hébergement temporaire et accueil de jour)**

Compte tenu des projections en matière de dépendance présentées dans le premier rapport et de l'objectif de renforcer le soutien à domicile, le principe d'ensemble retenu consiste à 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, notamment en ce qui concerne la prise en charge des transports. Il semble en effet que l'accueil de jour se développe si et seulement si les transferts des personnes sont pris en charge : les familles peuvent certes assurer le transport, les municipalités s'y emploient aussi dans certains cas. Il ne serait pas cependant illogique que cette prestation transport soit plus systématiquement prise en compte par la collectivité.

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 devrait 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, 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 fortement les places en 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.

La cible est de 229.000 places de SSIAD 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 celles-ci : de 47 heures mensuelles pour une personne isolée en GIR1-2 et de 63 heures pour une personne isolée en GIR3-4. A l'horizon 2025, cet effort conduit à une augmentation sensible du nombre d'heures moyen par personne âgée dépendante (+55 %).

► **Renforcer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées pour faire face aux besoins**

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.

► **Se donner des repères de long terme pour la restructuration du parc**

Il n'existe pas d'évaluation consensuelle des besoins en ce qui concerne les restructurations. 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, une fourchette est proposée, 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.

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

Les enjeux de cette troisième partie peuvent se résumer à 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 en deuxième partie 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.

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 l'évolution des capacités contributives des personnes âgées et de leurs familles. Les analyses trop lapidaires pèchent ici 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. Dans le second cas, la tendance est de s'appuyer sur 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 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. 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 à 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 informelles de prévoyance.

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'État via les dépenses fiscales et les crédits d'investissement, 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 intrinsèquement moins coûteuse. L'orientation vers un maintien à domicile structuré et la mise à niveau du parc sont avant tout une réponse aux attentes sociales. La traduction financière du scénario, présenté en termes physiques supra, 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 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 14.156 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.

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 réseau d'information sur les dépenses du secteur dans le cadre de sa Convention d'objectifs et de gestion avec l'État. 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 (médicaments<sup>1</sup>, examens et analyses et honoraires médicaux).

---

<sup>1</sup> Que l'établissement dispose d'une pharmacie interne ou pas.

- **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.

- **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'usager 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'usager.

- **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'usager 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 : 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 1er 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 inmanquablement 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'État 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'État 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'État, une mission conjointe IGF-IGAS pourrait être utilement mise en place.

## Planification, programmation, péréquation

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.

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'État 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'État 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'État (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 État 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 les méthodes de la planification gérontologique départementale

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'État va se doter d'un outil normalisé de programmation au plan régional.

► **Réguler la gestion des dossiers d'autorisation à partir de critères explicites**

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 dans la première partie), 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'État - 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.

► **Développer la pratique des appels à projets territoriaux**

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 (État - 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.

► **Confier aux ARH les prérogatives d'État au niveau régional**

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'État 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.

► **Associer pleinement les départements à l'élaboration des PRIAC**

Le PRIAC est destiné à rendre possible le dialogue entre l'État et le département en matérialisant les engagements de l'État 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.

▶ **Bâtir un dispositif de suivi des effets du vieillissement dans le cadre de la mise en œuvre des SROS de troisième génération**

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 hospitalières. Une telle évaluation permettrait en particulier de piloter les redéploiements possibles entre les enveloppes hospitalière et médico-sociale.

▶ **Financer les réseaux en faveur des personnes âgées**

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'État 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. Trois axes prioritaires sont définis :

- **favoriser les départements innovants à travers la politique de compensation de l'APA**

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.

- **mettre systématiquement les mesures nouvelles au service de la péréquation**

S'agissant des services, les perspectives de développement global de l'offre, présentées en deuxième partie, 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, 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.

- **développer une action positive en faveur des territoires défavorisés**

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 à 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).

► **Pérenniser les concours de la CNSA en matière d'investissement**

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'État 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'utilisateur) 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.

\* \* \*



## 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'État 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.



## Synthèse des principales recommandations

### Le double pari de la diversité et de l'intégration

---

- ▶ Mobiliser l'ensemble des acteurs de la politique du logement et mieux articuler les politiques d'aménagement locales et la planification gérontologique
- ▶ Faire de l'appui à l'innovation une mission explicite de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- ▶ Construire des filières de prise en charge complètes sur les territoires de proximité
- ▶ Promouvoir le développement d'une offre intégrée autour des établissements d'hébergement

### Prospective des besoins de places et de personnels

---

- ▶ Maintenir un effort soutenu de création de places en établissement jusqu'en 2010 ; viser une stabilisation au-delà (hors hébergement temporaire et accueil de jour)
- ▶ Avoir une cible finale de conventionnement accessible à brève échéance
- ▶ Viser une progression soutenue des taux d'encadrement en établissement
- ▶ Développer fortement les places en SSIAD et les soins infirmiers
- ▶ Renforcer sensiblement les aides à domicile pour les personnes isolées
- ▶ Renforcer l'attractivité des métiers de la prise en charge des personnes âgées pour faire face aux besoins
- ▶ Se donner des repères de long terme pour la restructuration du parc

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

---

- ▶ Mettre en œuvre un compte de la dépendance et assurer un meilleur suivi des dépenses
- ▶ Construire un système d'information complet sur les coûts et les tarifs des équipements et services
- ▶ Etudier la possibilité d'une unification des dispositifs d'aide à domicile sous la responsabilité des départements
- ▶ Traiter les distorsions entre les opérateurs et promouvoir l'accessibilité financière de l'ensemble du parc
- ▶ Consolider la régulation des dépenses au niveau des établissements
  - Promouvoir un forfait global élargi
  - Réguler les dépenses pharmaceutiques
  - Mettre un terme aux dispositifs d'allocation basés sur les "dotations historiques" des établissements
- ▶ Contenir les coûts supportés par l'utilisateur par une action sur plusieurs fronts

- Conduire des études d'impact sur le coût de la réglementation
- Mettre en place une base de données nationale sur les caractéristiques et les coûts des programmes d'investissement
- Revoir la répartition des charges entre les financeurs
- Remettre à plat la question de l'aide sociale en établissement
- ▶ Aider les aidants et reconnaître leur contribution
- ▶ Faire en sorte que le développement de l'offre médico-sociale soit soutenable pour les finances publiques
  - Renforcer la sélectivité des dispositifs de solvabilisation publics en faveur des publics les plus fragiles
  - Organiser le redéploiement des enveloppes hospitalière et ambulatoire au profit du 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
  - Mettre en œuvre des ressources nouvelles : prévoyance individuelle, accès au crédit et développement de l'assurance dépendance

## Planification, programmation, péréquation

---

- ▶ Conforter les méthodes de la planification gérontologique départementale
- ▶ Réguler la gestion des dossiers d'autorisation à partir de critères explicites
- ▶ Développer la pratique des appels à projets territoriaux
- ▶ Confier aux ARH les prérogatives d'État au niveau régional
- ▶ Associer pleinement les départements à l'élaboration des PRIAC
- ▶ Bâtir un dispositif de suivi des effets du vieillissement dans le cadre de la mise en œuvre des SROS 3
- ▶ Financer les réseaux en faveur des personnes âgées
- ▶ Piloter la péréquation nationale...
  - Favoriser les départements innovants à travers la politique de compensation de l'APA
  - Mettre systématiquement les mesures nouvelles au service de la péréquation
  - Développer une action positive en faveur des territoires défavorisés
  - Pérenniser les concours de la CNSA en matière d'investissement