



UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



MASTER 2 DROIT DE LA SANTÉ

Parcours droit éthique des établissements sociaux et socio-médicaux

LE FINANCEMENT DES EHPAD FACE AU DÉFI DE LA DÉPENDANCE

ANAÏS TERRICABRAS

Sous la direction de Jean-Marie André, professeur

Soutenance octobre 2018

JURY

Benoît Apollis, Maître de conférence

Jean-Marie André, Professeur de l'EHESP, Directeur du département des Sciences
Humaines et Sociales et des Comportements de Santé



UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



MASTER 2 DROIT DE LA SANTÉ

Parcours droit éthique des établissements sociaux et socio-médicaux

LE FINANCEMENT DES EHPAD FACE AU DÉFI DE LA DÉPENDANCE

ANAÏS TERRICABRAS

Sous la direction de Jean-Marie André, professeur

Soutenance octobre 2018

JURY

Benoît Apollis, Maître de conférence

Jean-Marie André, Professeur de l'EHESP, Directeur du département des Sciences
Humaines et Sociales et des Comportements de Santé

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à madame la professeure Marie-Laure Moquet-Anger, sans qui je n'aurai pu réaliser cette année d'étude. Son soutien, sa disponibilité et son dévouement à ses étudiants et sa profession sont exemplaires.

J'adresse mes sincères remerciements à monsieur le professeur Jean-Marie André, sans qui je n'aurai pu réaliser ce mémoire. Sa compréhension, son professionnalisme et son accompagnement ont été décisifs dans la rédaction de ce travail.

Enfin, je remercie mes parents, qui m'ont tout donné pour que je puisse faire des études et me soutiennent depuis toujours. Mes amis avec lesquels j'ai réalisé l'intégralité de mon parcours universitaire et sans qui tout aurait été bien différent. Et mon compagnon, dont la présence et le soutien me sont si précieux.

*À mes parents,
À Adrien,
À Victor.*

SOMMAIRE

PARTIE 1 : L'EHPAD, UN MODÈLE À ADAPTER	7
CHAPITRE 1 : DES ÉTABLISSEMENTS CONNAISSANT DES PROBLÈMES STRUCTURELS	8
SECTION 1 : L'INSUFFISANCE NOTOIRE DES RESSOURCES	8
SECTION 2 : DE LA GOUVERNANCE AU FINANCEMENT : UNE FRAGMENTATION DISCUTABLE.....	18
CHAPITRE 2 : LA RÉFORME DE LA TARIFICATION, UN PREMIER PAS POUR L'ADAPTATION DES EHPAD	28
SECTION 1 : UN CONCEPT VERTUEUX, UNE MISE EN OEUVRE SUBOPTIMALE.....	28
SECTION 2 : UN ÉCHEC PARTIEL À TRANSFORMER EN OPPORTUNITÉ D'ÉVOLUTION POUR LES EHPAD.....	35
PARTIE 2 : UNE INTÉGRATION NÉCESSAIRE AU SEIN D'UNE STRATÉGIE GLOBALE SUR LA DÉPENDANCE	42
CHAPITRE 1 : DES PRESTATIONS MULTIPLES, DES RÉSULTATS INSUFFISANTS	42
SECTION 1 : UNE COUVERTURE PUBLIQUE IMPARFAITE	42
SECTION 2 : UNE COUVERTURE PRIVÉE RÉSIDUELLE	49
CHAPITRE 2 : L'EXTENSION INCONTOURNABLE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE.....	55
SECTION 1 : UN CHOIX MAJEUR DE PROTECTION SOCIALE À RÉALISER	55
SECTION 2 : UN CHOIX À ÉCLAIRER DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES.....	60

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGGIR : Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources

CAE : Conseil d'analyses économiques

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Établissements sociaux et médico-sociaux

ETP : Équivalent temps plein

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : Groupes iso-ressources

GMP : Gir moyen pondéré

GMPS : Gir moyen pondéré soins

IDEC : Infirmier diplômé d'état coordinateur

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PIB : Produit intérieur brut

PMP : Pathos moyen pondéré

« Bien qu'elles aient été prévisibles, les conséquences de la longévité semblent n'avoir pas été jusqu'ici prises en compte pour ce qu'elles sont : l'un des problèmes majeurs de notre société pour les prochaines décennies »¹.

Cet enjeu majeur est celui du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes. Vieillesse et dépendance sont des phénomènes liés, qu'il convient pourtant de distinguer.

²Troisième période de la vie, la vieillesse est marquée, d'un point de vue médical, par l'augmentation de la fréquence d'apparition d'affections telles que les maladies dégénératives ou les cancers. Socialement, la vieillesse est illustrée en deux temps ; un temps où la personne est autonome, particulièrement de 60 à 80 ans ; et un temps de perte d'autonomie, qui suit le précédent, également appelé quatrième âge. Cette perte d'autonomie sera la plupart du temps une conséquence de troubles, d'affections, ou de chutes.

Le vieillissement ne se manifeste pas de manière uniforme chez les êtres humains. Le milieu social, le niveau et la qualité de vie, les habitudes de vie, l'environnement, l'âge... sont autant de facteurs qui conduisent à observer un vieillissement différent chez les personnes. Justement souligné par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)³, l'espérance de vie à 35 ans est de 42,6 ans pour un ouvrier, et de 49 ans pour un cadre ; 40,7 ans pour une personne non diplômée, et de 48,2 ans pour un titulaire d'un diplôme supérieur au baccalauréat. Ces écarts considérables illustrent l'absence d'égalité face à la vieillesse.

« Vieillir c'est plus ralentir que perdre des capacités »⁴. Le concept de ralentissement développé par le Comité dans son avis n°128, illustre finement la réalité du vieillissement. La vieillesse n'est pas obligatoirement synonyme de perte de capacité chez toutes les personnes, il n'est pas rare de rencontrer des personnes âgées ayant conservé leurs capacités physiques et mentales, et faisant preuve d'un grand dynamisme. Une perte de

¹ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Enjeux éthiques du vieillissement*, Avis n° 128, Paris, 15 février 2018.

² Larousse, Encyclopédie Médicale

³ CCNE, *Idem.*, p.33.

⁴ CCNE, *Ibid.*

capacité résonne comme des morceaux arrachés aux personnes, des à-coups brutaux dans le parcours de vie. Le ralentissement symbolise l'avancée vers la fin du parcours de vie. Progressif, il se traduit par une augmentation du temps de réaction, une baisse de l'attention. Le comité souligne justement que ce ralentissement « est fréquemment accentué par les altérations concomitantes des fonctions sensorielles »⁵ Ces altérations ne sont pas une cause du vieillissement, elles en sont une conséquence, et contribuent au phénomène de ralentissement.

Ce ralentissement, et les limitations qui se font jour chez les personnes âgées, conduisent à considérer celles-ci comme fragiles et vulnérables. Fragiles par la diminution des capacités du corps, vulnérables par l'augmentation des risques qui peuvent survenir au cours de la vie, mais pas nécessairement dépendantes.

En France, sont qualifiées de dépendantes les « [...] personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière »⁶.

Instinctivement, l'état de dépendance est opposé à l'état d'autonomie en ce qu'une personne dépendante nécessite une forme d'assistance dans sa vie, que ne nécessite pas une personne autonome. Cependant, dépendance ne signifie pas handicap.

Les limites de définition entre les concepts de dépendance et handicap sont fines et méritent d'être éclaircies. La distinction principale entre handicap et dépendance est aujourd'hui celle de l'âge ; le moment de la survenance des incapacités étant le facteur décisif de l'entrée dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Les incapacités survenues avant 60 ans sont considérées comme des handicaps, tandis que celles survenues après 60 ans sont considérées comme étant dues au vieillissement. Chez les personnes dépendantes, les incapacités et difficultés créent une forme de handicap mais ne sont pas considérées comme tel parce que leur cause, la vieillesse, n'est pas un handicap. « Un handicap est caractérisé par sa constance depuis son installation »⁷. La vieillesse n'est pas constante, elle est progressive.

⁵ CCNE, op. cit., p34.

⁶ Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L232-1.

⁷ CCNE, Idem., p32.

Le terme de dépendance revêt un aspect relativement négatif, renvoyant régulièrement à l'esprit une notion de charge. Une personne dépendante peut être perçue comme une charge notamment pour les aidants familiaux, particulièrement si les causes de la dépendance sont lourdes (maladie d'Alzheimer, problèmes moteurs...).

La position des équipes d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) à ce sujet est révélatrice ; le personnel tenant très fortement à parler « d'accompagnement » pour les résidents, et non de « prise en charge », puisque la personne accueillie n'est pas considérée comme une charge. Cette approche est importante et permet d'humaniser les relations ainsi que les missions du personnel auprès des résidents. Elle facilite également l'acceptation des personnes de leur nouvelle situation lors de leur entrée en établissement.

Pour les personnes dépendantes, plusieurs solutions d'accompagnement et de soutien sont possibles, notamment au travers des aidants familiaux, de la participation à un accueil de jour, jusqu'à l'admission en maison de retraite ou en EHPAD.

Au sens de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, « [...] Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale [...]». Lesdits établissements sont spécifiquement qualifiés d'EHPAD par les dispositions de l'article L312-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Fin 2015, 728 000 personnes vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées, et plus de 80% d'entre elles résidaient en EHPAD⁸. Au nombre de 7400 en 2015, les EHPAD occupent une place clé dans les services aux personnes âgées. La gestion de ces structures est largement publique. Sur les 585 560 résidents d'EHPAD en 2015 : 21,45% des personnes étaient accueillies dans un EHPAD privé à but lucratif ; 28,87% dans un EHPAD privé à but non lucratif ; et 49,68 % dans un EHPAD public⁹.

⁸ Muller Marianne, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études & Résultats*, n°1015, juillet 2017.

⁹ Voir Annexe 1. *Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011.*

¹⁰Les données disponibles¹¹ concernant les résidents d'hébergement pour personnes âgées permettent de dresser un état des lieux de l'évolution des profils. Les résultats de l'enquête EHPA de la DREES de 2015 conduisent aux constats suivants :

L'entrée en établissement se fait à un âge de plus en plus avancé¹² (85 ans et 2 mois de moyenne), et 55% des personnes entrées vivaient jusqu'alors à leur domicile.

La dépendance progresse chez les personnes âgées¹³ ; ainsi, les personnes dépendantes, classées entre les Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 à 4, représentent 91% des résidents en EHPAD (contre 88% en 2011).

Par ailleurs, le panel de difficultés rencontrées par les personnes est large (troubles de cohérence, d'orientation, d'habillage...), mais l'impossibilité de réaliser sa toilette sans aide concerne la quasi totalité des résidents¹⁴.

Enfin, 28% des résidents d'hébergements pour personnes âgées sont placés sous protection juridique des majeurs¹⁵, et plus de 70% de ces majeurs protégés sont placés sous un régime de tutelle. La part de personnes protégées est donc importante, et le degré de protection appliqué très élevé, impliquant une incapacité conséquente pour les individus.

La population accueillie en établissement apparaît comme plus touchée par la dépendance qu'auparavant, et à un degré plus prononcé.

Globalement, les tendances sont également claires : la France fait face à une augmentation du nombre de personnes dépendantes¹⁶; Le Conseil d'analyses économiques en fait état dans sa note n° 35 d'octobre 2016. En 2011, selon une approche

¹⁰ Muller Marianne, DREES, op. cit.

¹¹ Les données détaillées ci-contre concernent les résidents d'EHPA, et spécifiquement les résidents d'EHPAD lorsque mentionné.

¹² Voir Annexe 2, *Âge moyen à l'entrée des résidents en 2015, selon le type d'établissement* .

¹³ Voir Annexe 3, *Répartition des résidents par GIR selon leur tranche d'âge, en EHPAD*.

¹⁴ Voir Annexe 4, *Part des résidents confrontés, fin 2015, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité*.

¹⁵ Voir Annexe 5, *Proportion de personnes placées sous protection juridique, et, Nature de la protection juridique pour les personnes placées sous protection juridique (en %)*.

¹⁶ Comme de nombreux autres pays.

administrative mesurant les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) le nombre de personnes dépendantes était évalué à 1,24 million au 31 décembre 2015. Selon une approche épidémiologique¹⁷, ce chiffre était évalué à près de 7 millions de personnes (personnes de plus de 60 ans déclarant une limitation fonctionnelle).

Les projections d'évolution de ces chiffres à l'horizon 2040 - 2060 vont dans le sens d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. En 2013, la DREES¹⁸ estimait que la proportion de personnes dépendantes dans la population française aurait doublée en 2060.

L'enjeu est de taille pour la société, et soulève des réflexions multiples. Sur un plan micro, les données dressent le portrait d'établissements en difficulté face à une population accueillie de plus en plus dépendante, et qui va s'accroître avec le temps en raison d'un manque de moyens et de financement comparé aux besoins. Sur un plan macro, les projections illustrent la part grandissante que vont représenter les personnes âgées dépendantes au fil des années, et conduisent à réfléchir à la manière dont la société pourra les accompagner.

L'aspect financier de cet accompagnement est un point central, et certainement le plus discuté de la problématique dépendance. En 2014, les dépenses afférentes à la dépendance¹⁹ (regroupant les champs de santé, perte d'autonomie et hébergement) s'élevaient à 30 milliards d'euros²⁰, soit 1,4 points de Produit Intérieur Brut (PIB). Sur cette somme, 23,7 milliards d'euros provenaient de financements publics, et 6,3 milliards d'euros des ménages. Pour 2060, les dépenses totales (publiques et ménages) doubleraient pour atteindre 2,78 points de PIB. Ces constats conduisent alors à se demander :

¹⁷ La mesure épidémiologique consiste à utiliser des normes d'évaluation des limitations fonctionnelles et restrictions dans les activités de la vie quotidienne. Elle permet d'obtenir un panorama plus détaillé du nombre de personnes dépendantes qu'en utilisant la seule mesure administrative, basée sur les bénéficiaires de l'APA.

¹⁸ Lecroart Aude (DREES), Froment Olivier, Marbot Claire et Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes », *Dossiers solidarité et santé*, n°43, Septembre 2013, p.13.

¹⁹ Roussel Romain, DREES, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », *Études & Résultats*, n° 1032, octobre 2017.

²⁰ Voir Annexe 6, *Le compte de la dépendance en 2014 et ses financements publics*.

Comment assurer le financement des EHPAD dans un contexte de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes et de multiplication des coûts qui y sont associés ?

Pour répondre à cette question, la réflexion proposée dans ce travail ne prendra en compte que les données relatives aux personnes âgées dépendantes, et non celles relatives aux personnes handicapées.

Ainsi, afin d'assurer le financement des EHPAD, il est impératif de se saisir de la thématique afin d'être en mesure de planifier une stratégie viable à court, moyen, et long terme. Tout l'intérêt de ce sujet réside dans la globalité des problématiques qu'il regroupe. En effet, la question du financement des EHPAD sous-tend nécessairement celle du financement général de la dépendance. Ce prisme financier ne doit cependant pas faire oublier les thèmes inhérents à la dépendance que sont l'éthique, les droits et la protection des personnes vulnérables, et les valeurs de solidarité qui alimentent les services aux personnes âgées.

A l'aune de ces remarques, il apparaît que la problématique amène une double réflexion.

Le fonctionnement et le financement des EHPAD ne pourra être durablement assuré que par une adaptation de son modèle (I), qui devra être intégrée au sein d'une stratégie nationale globale sur la dépendance (II).

PARTIE 1

L'EHPAD, UN MODÈLE À ADAPTER

À l'heure actuelle, les EHPAD sont sous tension. Cette situation trouve ses racines dans des problèmes structurels de financement et de fonctionnement (Chap. 1). Le constat est simple : les moyens ne correspondent pas aux besoins.

À cet égard, la réforme de la tarification et de la contractualisation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) entrée en vigueur le 1er janvier 2018 s'est avérée constituer un premier pas en faveur d'une adaptation des établissements (Chap. 2).

Deux journées de grèves marquantes au sein des EHPAD se sont déroulées le 30 janvier et le 15 mars 2018 et ont précipité la réalisation d'études parlementaires sur la situation des EHPAD.

Le débat a notamment été ouvert avec le lancement de la « mission flash » sur la situation des EHPAD le 13 septembre 2017, menée par madame la députée Monique Iborra, et la présentation des conclusions définitives de cette mission devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, le 14 mars 2018.

Un autre rapport d'information a par ailleurs été présenté au Sénat le 7 mars 2018 sur la situation dans les EHPAD par monsieur le sénateur Bernard Bonne.

C'est enfin le rapport issu de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD, réalisé par monsieur Pierre Ricordeau, membre de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui a vu le jour au mois d'avril 2018.

Ces productions et l'ensemble de la réflexion portant sur la situation des EHPAD démontrent l'ampleur des difficultés auxquelles font face les établissements, et l'urgence qu'il y a à se préoccuper de trouver des solutions, pour aujourd'hui comme pour demain.

CHAPITRE 1 : DES ÉTABLISSEMENTS CONNAISSANT DES PROBLÈMES STRUCTURELS

Les EHPAD font face à une crise de moyens, en inadéquation avec les besoins. Les établissements se trouvent en situation perpétuelle de flux tendu, où l'optimisation des ressources est essentielle pour leur fonctionnement, mais ne suffit pourtant pas à stabiliser les structures.

Cette crise touche à la fois le domaine des ressources humaines et le domaine du financement (Sec. 1). Ce sont non seulement les moyens humains qui ne sont plus suffisants pour faire face aux besoins des résidents, mais également les financements qui ne sont plus à la hauteur des moyens nécessaires au fonctionnement des établissements.

Le secteur de la prise en charge des personnes âgées souffre également d'une fragmentation de ses financements et de sa gouvernance, qui en diminuent la lisibilité (Sec. 2), n'offrant pas un interlocuteur clair aux établissements.

SECTION 1 : L'INSUFFISANCE NOTOIRE DES RESSOURCES

Si les difficultés en EHPAD ne sont pas récentes, elles tendent toutefois à s'amplifier, particulièrement sur le plan des ressources humaines (§. 1). Doublées d'un financement dont la progression n'est pas proportionnelle à l'augmentation des besoins (§. 2), elles contribuent à créer un climat de tension qui ne profite ni aux établissements, ni aux personnels, ni aux résidents.

§1 : Un modèle de ressources humaines à bout de souffle

Au sein des établissements, les ressources humaines concentrent les problématiques. La charge de travail est trop élevée, pour un personnel pas assez nombreux, créant des conditions de travail dégradées avec une incidence sur l'accompagnement des résidents (A). Au delà, le secteur souffre d'un vrai problème d'image et d'attractivité, qui n'améliore pas la situation (B).

A. La dégradation continue de l'environnement de travail

Le dossier n°5 de septembre 2016 de la DREES décrit « des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés »²¹, et cela en raisons de multiples facteurs.

L'évolution des profils des résidents est un facteur majeur de la dégradation des conditions de travail. Les personnes accueillies entrent en EHPAD à un âge plus avancé, dans un état de dépendance plus marqué. L'entrée en établissement constitue rarement le premier choix de la personne comme de sa famille, il est bien souvent le choix qui est fait lorsqu'il n'est plus possible de faire autrement. En conséquence, au moment de leur entrée, les résidents requièrent plus d'accompagnement et de soins, ce qui se traduit par une augmentation de la charge de travail des personnels soignants.

Les missions des professionnels regroupent des tâches de soins et d'accompagnement, cependant, les missions de soins occupent une part croissante du temps de travail des soignants ; le nombre de résidents les requérant ne faisant que croître²². A cela s'ajoute une véritable pénibilité dans le travail accompli, autant physique (rythmes, manutention, nature des tâches...) que mentale (stress, fatigue, décès des résidents...). Le personnel soignant est continuellement sous pression, soit-elle temporelle (par exemple pour que chaque résident soit levé, habillé, et lavé avant l'heure du repas de midi) ou mentale (errances des résidents, peur de faire une erreur, de blesser...).

L'enquête de la DREES fait état de professionnels témoignant « fréquemment de leur sentiment d'échec et d'impuissance »²³ face à un objectif de maintien de l'autonomie difficile à atteindre. « Face à cet échec, les professionnels ressentent une culpabilité qui les touche personnellement ». Les équipes prennent leur mission à cœur et tendent à se reprocher, au moins en partie, les échecs de l'accompagnement des résidents.

À cet égard, les auteurs de l'enquête relèvent très justement un paradoxe entre les objectifs de maintien de l'autonomie des résidents, et le déficit de moyens existants pour

²¹ Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, n°5, septembre 2016.

²² Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, DREES, op. cit., p. 8s.

²³ Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, DREES, op. cit., p. 15.

parvenir à cet objectif. La contrainte de temps et l'augmentation de la charge de travail ainsi que du nombre de tâche à réaliser par jour étant largement incompatible avec un accompagnement individuel prononcé, nécessaire au maintien de l'autonomie et la construction des relations humaines, mais qui ne peut tout simplement pas être réalisé.

L'ensemble de ces conditions de travail créent un environnement complexe, usant, frustrant, qui ne satisfait ni les professionnels, ni les résidents et leurs familles. Ce sont dans ces conditions que tend à se développer une forme de maltraitance passive, également appelée maltraitance institutionnelle. Le manque de personnels, de moyens, de formation, sont autant de causes à un problème difficile à résoudre. La maltraitance passive ou institutionnelle se manifeste à plusieurs degrés, allant de ne pas frapper avant d'entrer dans la chambre des résidents, à faire porter des couches pour ne pas avoir besoin d'accompagner les personnes aux toilettes, générant ainsi un gain de temps. La maltraitance s'installe dès lors que le résident n'a plus le choix.

Cette perte d'humanisme dans les relations et ce sentiment de travail à la chaîne affectent largement les équipes, avec des incidences sur l'organisation au quotidien. L'absentéisme est un problème majeur en EHPAD, et rend l'élaboration des plannings de travail difficile. Les données disponibles à l'échelle nationale et reprises par l'enquête de la DREES semblent pointer un taux d'absentéisme oscillant entre 8 et 10%, un taux qui serait 1,3 fois supérieur à la moyenne du secteur de la santé. A cela s'ajoute une fréquence d'accidents du travail « deux fois supérieure à la moyenne nationale toutes activités confondues »²⁴. Cela emporte des conséquences notables, chaque absent devant être remplacé pour assurer la continuité du service. Les remplacements sont effectués la plupart du temps en ayant recours à une société d'intérim spécialisée ou en rappelant des salariés de l'EHPAD sur leur temps de repos.

Les absences non anticipées (les équipes ne sont pas prévenues, un remplaçant qui ne se présente pas) constituent une difficulté supplémentaire.

Le fort taux d'absentéisme implique un fort taux de remplacement, avec un turnover²⁵ conséquent des personnels. Ce turnover est une source de désorganisation des services pour de simples raisons : compte tenu des remplacements, il ne reste certains jours dans les services qu'un seul titulaire ayant connaissance du fonctionnement habituel de

²⁴ Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, DREES, op. cit., p. 17.

²⁵ Rotation.

l'établissement. Cette désorganisation est ressentie non seulement par les équipes, mais également par les résidents, qui ne manquent pas de le faire remarquer.

Si les problématiques de ressources humaines évoquées ci-dessus sont vastes, elles peuvent pourtant être largement regroupées autour d'une question centrale : celle du taux d'encadrement en EHPAD. Jugé trop faible, notamment par les personnels des établissements, le taux d'encadrement concentre les critiques et les revendications.

Le rapport d'information présenté par Monique Iborra le 14 mars 2018 s'appuie sur les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour avancer les chiffres suivants : le taux d'encadrement en EHPAD est aujourd'hui de 61 Équivalent Temps Plein (ETP) pour 100 places²⁶, l'intégralité du personnel étant compris dans ce chiffre, aussi bien soignant qu'administratif.

Le débat concernant l'encadrement en EHPAD est légitime, il est apparent qu'une limite est en train d'être atteinte en terme de moyens humains, et une amélioration tant de la qualité des services que des conditions de travail devra passer par une augmentation du nombre de personnel soignant dans les établissements. Le rapport Iborra-Fiat propose ainsi de « rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel »²⁷. Cette nouvelle valeur ne prendrait ainsi en compte que le personnel soignant.

Cette proposition est intéressante notamment concernant une norme minimale d'encadrement. Ce type de normes existe déjà dans des en Allemagne et permettrait d'assurer un socle de fonctionnement et de qualité de service. En ce qui concerne le champ de la proposition, il paraît pertinent de considérer uniquement le personnel « au chevet », le personnel administratif n'ayant pas d'impact dans l'accompagnement en soins des résidents. Enfin le chiffre avancé de 60 ETP par résidents est difficilement évaluable. Les moyens doivent correspondre aux besoins, et d'un établissement à l'autre ces besoins sont susceptible de varier.

²⁶ Monique Iborra, Caroline Fiat, Assemblée Nationale, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Rapport d'information*, n°769, 14 mars 2018, p.21.

²⁷ Monique Iborra, Caroline Fiat, Idem.,p.32.

Afin de rendre cette proposition possible, des financements supplémentaires conséquents seront nécessaires ; une campagne de recrutement également. Or, le secteur des services aux personnes âgées se heurte aujourd'hui à un sérieux problème d'attractivité, affectant le recrutement et le remplacement.

B. Le défaut d'attractivité du secteur des personnes âgées

Ce sont aujourd'hui 44% des EHPAD qui déclarent rencontrer des difficultés de recrutement²⁸. Ces difficultés concernent particulièrement les aides-soignants. Le rapport Iborra-Fiat souligne une diminution du nombre de candidat au concours d'entrée en institut de formation des aides-soignants. La région Occitane est citée en exemple, avec une diminution de près de 30% du nombre de candidats aux concours en 2017. Ces chiffres sont considérables et la situation est d'autant plus inquiétante que « le métier d'aide-soignant fait systématiquement partie des dix métiers les plus recherchés identifiés dans l'enquête en besoins de main-d'œuvre réalisée par Pôle emploi »²⁹.

Ces données soulèvent de véritables questions sur les causes du désintéressement à la formation d'aide-soignant. Le point central est certainement celui de la valorisation des métiers et de la filière. La gérontologie n'est définitivement pas le secteur le plus populaire en médecine, il est même régulièrement décrit comme en étant le parent pauvre. L'image du domaine de la vieillesse n'est pas une image valorisante ; elle est bien souvent réduite à la toilette. L'accompagnement des personnes âgées est encore vu comme peu technique, ne nécessitant pas réellement de connaissances particulières. Un certain nombre de personnes associent encore EHPAD et fin de vie, vestige de l'époque où les établissements pour personnes âgées étaient effectivement des mouvoirs.

Outre cette image très négative et peu attrayante, les conditions de travail associées aux niveaux de salaires bas ne contribuent pas non plus à la valorisation des métiers. La difficulté des conditions de travail est de plus en plus connue, suite aux grèves de janvier et mars 2018, de nombreux articles à ce sujet sont parus dans les journaux et ont suscité de très nombreux commentaires. Le secteur apparaît comme rude, nécessitant un investissement allant bien souvent au delà de ce qui est attendu des personnels, avec peu

²⁸ Mahel Bazin, Marianne Muller, DREES, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Études et Résultats*, n° 1067, Juin 2018.

²⁹ Monique Iborra, Caroline Fiat, *Idem.*, p.23.

de reconnaissance professionnelle, dans un environnement lourd où stress, dépendance et fin de vie se côtoient.

Dans de telles conditions, le recrutement est compliqué pour les établissements. Les pouvoirs publics ont pourtant essayé d'aider les structures à embaucher plus facilement au travers des emplois aidés, ayant pris la forme des contrats uniques d'insertion et des emplois d'avenir³⁰. Le rapport d'information du sénateur Bernard Bonne sur la situation dans les EHPAD décrit l'utilisation de ces contrats. Ces contrats permettaient ainsi aux établissements (privés comme publics) de recevoir une aide financière pour chaque embauche, à charge d'assurer leur formation en vue d'une embauche en CDI en fin de contrat aidé.

³¹La thématique de la formation et du parcours de carrière sont particulièrement importantes. Des efforts d'accompagnement de la professionnalisation ont été réalisés par les pouvoirs publics avec la création du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale en 2002, ouvert à la validation des acquis de l'expérience l'année suivante. En 2016 c'est le diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social qui est créé. Enfin, le plan pour les métiers de l'autonomie de 2014 prévoit une adaptation des formations pour une meilleure prise en compte des spécificités de la perte d'autonomie, avec l'objectif de valoriser les carrières.

Le formation reste malgré tout difficile. Toutes les possibilités ne sont pas connues des professionnels et les possibilités de formation au sein des établissements restent très contraintes par les budgets. Il n'est pas rare de voir des professionnels suivre des formations qui ont un intérêt pour l'établissement mais qu'ils ne souhaitent pas nécessairement faire. L'accès à la formation doit être amélioré afin de poursuivre la professionnalisation du secteur.

Face à ces problématiques, des propositions ont émergés. Le rapport Iborra-Fiat propose de « mettre urgemment en place un plan national de formation » qui aurait pour objectifs l'actualisation des compétences des aides-soignants, la possible revalorisation de leur

³⁰ Bernard Bonne, Sénat, « la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°341, 7 mars 2018.

³¹ Antoine Bozio et al., Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques pour la dépendance? », *Notes du conseil d'analyse économique*, n°35, 2016/8.

statut et la mise en place d'un plan national de communication sur les métiers de la filière gérontologie.

Les pouvoirs publics sont conscients de la nécessité de valoriser les professionnels du secteur puisque l'on retrouve des engagements à ce sujet dans la feuille de route de la ministre des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, présentée le 30 mai 2018. Ainsi, ce sont 16 millions d'euros qui seraient mobilisés « pour l'amélioration des locaux, la formation au management de l'encadrement, l'acquisition de matériels soulageant les personnels. ... ». Par ailleurs, les référentiels d'activités, de compétences et de formation des aides-soignants seraient revus pour s'adapter à l'évolution des besoins. Ces engagements sont positifs pour le secteur mais restent un peu flou concernant les référentiels, et insuffisant concernant les fonds débloqués de 16 millions d'euros (compte tenu du nombre d'EHPAD sur le territoire).

Ces différentes propositions et engagements montrent que les besoins en formation et professionnalisation sont connus, et des efforts sont faits en ce sens. Cependant il est probable que l'image du secteur ne s'améliorera pas rapidement et restera un obstacle majeur au recrutement.

La problématique des ressources humaines ressort bel et bien et dans tous ses aspects comme un problème structurel majeur des établissements. Outre les ramifications propres aux ressources humaines (attractivité, professionnalisation..), celles ci sont inévitablement rattachées à un autre problème structurel, le financement.

§2 : Un financement constamment inférieur aux besoins

Le financement de l'aide à l'autonomie n'est pas resté figé dans le temps, il a connu une augmentation progressive au fil des années, particulièrement au travers de la croissance de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie Médico-Social (ONDAM médico-social)³². Pourtant, le financement n'est toujours pas à la hauteur des besoins, engendrant le sentiment d'un retard constant à rattraper. Ce décalage est notamment généré par le rythme des évaluations de besoins trop étalé dans le temps (A), ainsi que par le succès du modèle d'accompagnement à domicile, à l'origine de la croissance du niveau de dépendance en EHPAD (B).

³² L'ONDAM Médico-Social constitue un sous objectif de l'ONDAM et concerne le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées et personnes âgées.

A. La fréquence insuffisante d'évaluation des besoins

L'évaluation des besoins en EHPAD est une étape clé permettant de fixer la tarification à appliquer aux établissements. Deux évaluations complémentaires sont menées :

- l'évaluation de la perte d'autonomie, réalisée avec la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), et permettant de calculer le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents appelé « Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré » (GMP)

- l'évaluation des besoins en soins requis, réalisée avec le référentiel PATHOS, et permettant de calculer un indicateur des besoins en soins, appelé « Pathos Moyen Pondéré » (PMP).

Ces évaluations donnent un état des lieux de la charge en soins et de la charge dépendance supportée par les établissements. C'est en fonction des résultats des coupes PATHOS et AGGIR que sont établies les allocations budgétaires.

³³Ce sont les médecins coordonnateurs qui sont chargés de collecter les données nécessaires à la constitution des coupes. Ces données sont saisies dans l'application GALAAD de la CNSA. Une fois les données entrées, elles sont analysées par les médecins valideurs des Conseils départementaux et des Agences Régionales de Santé (ARS), chargés respectivement de valider la coupe AGGIR, et la coupe PATHOS.

Les données (anonymisées) sont exploitées par la CNSA à des fins statistiques. En 2017, la CNSA présentait une courbe de « l'évolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen »³⁴ entre 2010 et 2016. Ce graphique³⁵ permet de constater que le PMP qui se situait à 180 points en 2010, est passé à 198 en 2013, pour finir à 211 en 2016, correspondant ainsi à une augmentation de 17% de la charge en soins. Quant au GMP, situé à 680 points en 2010, il a progressé à 693 en 2013, pour finir à 722 en 2016, correspondant à une augmentation de 6% du niveau de dépendance.

³³ CNSA, « GALAAD en quelques mots », Mai 2015.

³⁴ CNSA, « La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », Novembre 2017, p. 29.

³⁵ Voir Annexe 7.

Parallèlement à ces données, il est intéressant de comparer l'évolution du financement de l'aide à l'autonomie. À cet égard, plusieurs points de repères peuvent être mobilisés.

Entre 2006 et 2017, l'ONDAM Médico-social a progressé de 82%, passant de près de 11 Milliards d'euros à 20 Milliards³⁶. Par ailleurs, l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées, situé à 4,9 Milliards d'euros en 2006, a atteint 10,3 Milliards en 2018, représentant une progression de 107%³⁷.

Avec de telles évolutions des financements dédiés aux personnes âgées, pourquoi persiste donc ce « sentiment d'une tarification toujours en retard »³⁸ exprimé dans le rapport d'avril 2018 établi par Pierre Ricordeau. C'est l'ancienneté des coupes PATHOS qui pose ici un problème. Comme le souligne le rapport, une assez vaste quantité de coupes PATHOS ont été réalisées au moment du renouvellement des conventions tripartites, et datent ainsi de 6 ou 7 ans. La problématique est ici celle du rythme des coupes, trop espacé. En effet, au moment où sont effectuées et validées les coupes, l'état des lieux de la charge en soins est censé refléter correctement les besoins en soins requis. Or, si le niveau de charge en soins évolue, particulièrement à la hausse au cours des années suivantes, la tarification ne sera pas à la hauteur des besoins avant la prochaine coupe.

Les besoins progressant plus vite que les moyens, particulièrement ces dernières années, les établissements peuvent se trouver dans une situation où le niveau de charge en soins établi par la coupe PATHOS ne correspond plus à la réalité, et devoir pourtant fonctionner avec les tarifs établis sur la base de cette coupe. Il apparaît important de revoir le rythme des coupes et d'augmenter leur fréquence afin de pouvoir établir une tarification correspondant de manière effective aux besoins des établissements.

Il semble d'autant plus essentiel de se préoccuper de la correspondance des moyens aux besoins, voire de leur anticipation, que le mouvement d'augmentation du niveau de dépendance en EHPAD est lié au modèle du maintien à domicile.

³⁶ Voir Annexe 8.

³⁷ Voir Annexe 9.

³⁸ Pierre Ricordeau, IGAS, « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », n°2018-023R, Avril 2018, p. 11.

B. L'influence directe de la politique du maintien à domicile

La prise en charge à domicile des personnes âgées est aujourd'hui la solution d'accompagnement la plus utilisée par les familles. Elle correspond à la volonté de rester au domicile le plus longtemps possible exprimée par les personnes, mais pas seulement.

« Jusqu'aux années 1950, la tendance de la société a été de recourir très souvent à l'institution d'hébergement qui s'appelait à l'époque l'hospice »³⁹. C'est avec le rapport Laroque publié en 1962 que sera initiée une politique de maintien à domicile. Les années qui suivront ne porteront cependant que peu de fruits. Comme le souligne Bernard Ennuyer, « a partir de 1981, le maintien à domicile n'est plus une priorité éthique, il devient une technique parmi d'autres, un instrument de gestion des populations à risque [...] »⁴⁰.

Aujourd'hui, le développement de la politique du maintien à domicile s'appuie sur le souhait des personnes âgées de pouvoir rester chez elles et tente de proposer une alternative à l'hébergement en établissement. La feuille de route présentée le 30 mai 2018 par Agnès Buzyn confirme ce mouvement. Sous l'intitulé « priorité donnée à la prévention, à domicile comme en établissement », plusieurs propositions sont énumérées.

En premier lieu, l'allocation de 15 millions d'euros en 2018, puis de 30 millions d'euros à partir de 2019 pour le financement de plans de prévention en EHPAD. En second lieu, 100 millions d'euros seront consacrés en 2019 et 2020 à la refonte du mode de financement de l'aide à domicile⁴¹.

Ces efforts sont bienvenus car si rester à domicile correspond à la volonté des personnes, la mise en oeuvre de ce choix n'est pas simple. L'accompagnement à domicile repose en très large partie sur les aidants familiaux, particulièrement les femmes. Il peut requérir un aménagement du domicile (installation de lit médicalisé par exemple) et fait régulièrement intervenir des aides à domicile. Tout ceci suppose une organisation, un investissement des

³⁹ Bernard Ennuyer, « 1962-2007 : regards sur les politiques du maintien à domicile », *Gérontologie et Société*, vol. 30, n° 123, 2007, p. 153-167.

Consultable en ligne via : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.html>

⁴⁰ Bernard Ennuyer, Op. cit.

⁴¹ Agnès Buzyn, « Feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme », 30 mai 2018.

proches, qui peut devenir compliqué et n'est définitivement pas aisément accessible (notamment aux personnes seules).

Alternative au domicile, l'accompagnement en établissement n'est majoritaire que pour les personnes très dépendantes. L'entrée en établissement constitue le plus souvent la solution de dernier recours. Ce phénomène contribue à accentuer la pression sur les EHPAD qui accueillent de plus en plus de personnes très dépendantes requérant plus de soins.

Plusieurs facteurs retardent l'entrée en établissement : la présence de la famille (aidants naturels), la nature et le degré de la dépendance, mais aussi les capacités financières. Le coût de l'hébergement en EHPAD était chiffré par la CNSA à 1953 euros la place par mois en 2017⁴² (médiane). Il existe par ailleurs une assez forte variabilité des prix en fonction des établissements.

La CNSA listait ainsi 5 facteurs⁴³ associés à des tarifs plus élevés et plus susceptibles d'augmenter : le statut privé commercial, l'implantation dans une ville isolée, le défaut d'habilitation à l'aide sociale, une taille d'établissement comprise entre 45 et 59 places, et une période d'ouverture de l'établissement située entre les années 1991 et 2000.

L'ensemble de ces éléments tend à montrer que la progression du niveau de dépendance observée en EHPAD n'est pas prête de s'arrêter, compte tenu des souhaits des personnes, des coûts d'hébergement en établissement, et de la poursuite du développement de la politique de maintien à domicile. Il est et sera important de prendre en compte ce mouvement afin de mieux anticiper les futures augmentations de charges en soin et dépendance en EHPAD, et adapter le financement des moyens nécessaires pour y répondre.

SECTION 2 : DE LA GOUVERNANCE AU FINANCEMENT : UNE FRAGMENTATION DISCUTABLE

La prise en charge de la dépendance est une compétence qui ne dépend pas d'un acteur unique. Pour les EHPAD cela se traduit par une multiplicité d'interlocuteurs

⁴² CNSA, « Le prix des EHPAD en 2017 », *Analyse Statistique*, n°05, Mai 2018 ,p. 8.

⁴³ CNSA, op. cit., p. 9.

compétents, tant en matière de financement (§. 1) que de gouvernance (§. 2) et complexifiant le fonctionnement des structures.

§1 : Trois financeurs distincts pour une tarification ternaire

La tarification des EHPAD est divisée en trois sections comprenant les soins et la dépendance (A), ainsi que l'hébergement (B). Chacune de ces sections dispose d'un financeur distinct et répond à une logique de solidarité de financement propre avec des mécanismes dédiés.

A. La prise en charge du financement des soins et de la dépendance par la dépense publique

La section soins du budget des EHPAD recouvre les actes et prestations médicales requises par les résidents. Son financement repose sur une logique de solidarité « universelle et indépendante du revenu »⁴⁴. Bien que le financement de cette section soit assurée par l'assurance maladie, le mécanisme fait intervenir plusieurs acteurs.

⁴⁵Le budget global permettant de financer les dépenses de soins des ESMS sont issus de deux sources : l'ONDAM Médico-social (portion de l'ONDAM) et des prélèvements spécifiques.

Ces prélèvements spécifiques sont composés de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), et une part de prélèvement social sur les revenus du capital (PSK).

La gestion de ce budget est assuré par la CNSA (les ressources issues des prélèvements spécifiques constituant au demeurant ses recettes propres). En tant que caisse, la CNSA

⁴⁴ Antoine Bozio et al., Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques pour la dépendance? », *Notes du conseil d'analyse économique*, n°35,2016/8, p. 9.

⁴⁵ Jean-Marie Vanlerenberghe et al., Sénat, « Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'assemblée nationale, pour 2018 », Commission des affaires sociales, rapport n°77, 8 novembre 2017.

« arrête sur la base d'une analyse régionale des besoins le montant des dotations annuelles destinées aux ESMS »⁴⁶. Ces dotations sont ensuite distribuées aux ARS.

Les ARS sont à leur tour responsable de la distribution de ces dotations, au travers d'un forfait global relatif aux soins. Ce forfait, détaillé par l'article L314-2 du Code de l'action sociale et des familles, prend en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents, et est arrêté annuellement par le directeur général de l'ARS.

Aux côtés de la section soins, la section dépendance recouvre le soutien des personnes en perte d'autonomie, particulièrement l'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Son financement reposant sur une logique de solidarité « universelle mais décroissante en fonction du revenu »⁴⁷ est assuré par les conseils départementaux via l'Allocation personnalisée d'autonomie, avec concours de la CNSA.

Les départements disposent de fonds propres leur permettant d'alimenter l'APA, mais sont également aidés par le concours de la CNSA qui leur reverse une partie de ses recettes propres (issues des prélèvements spécifiques). « Le principe du concours APA [...] est fondé sur une logique d'égalité territoriale de traitement des personnes »⁴⁸. Les sommes dédiées au concours sont divisées entre les départements sur la base de quatre critères : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, la dépense d'APA, le potentiel fiscal, et le nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active⁴⁹. Pour l'année 2018, la CNSA estime ce concours à 1,931 milliards d'euros⁵⁰.

Le budget ainsi composé pour la section dépendance est distribué par les départements au moyen d'un forfait global relatif à la dépendance. Ce forfait prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents est fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements⁵¹.

⁴⁶ CNSA, Missions, portail web CNSA.

Données consultables via : <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>

⁴⁷ Antoine Bozio et al., CAE, Ibid.

⁴⁸ CNSA, Compensation de la perte d'autonomie, Le concours allocation personnalisée d'autonomie, portail web CNSA.

Données consultables via : <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/le-concours-allocation-personnalisee-dautonomie>

⁴⁹ CNSA, compensation de la perte d'autonomie, Op. cit.

⁵⁰ Le concours APA possède également un deuxième volet consacré à l'APA à domicile.

⁵¹ Article L314-2 du CASF.

Les mécanismes de financements, particulièrement de la section soins, du budget des établissements font apparaître une ventilation progressive des crédits, réalisée à chaque étape par un acteur différent. En ce qui concerne la section hébergement, les mécanismes diffèrent.

B. La prise en charge individuelle du financement de l'hébergement

La section hébergement recouvre un panier de prestations comprenant quatre points principaux :

- les charges d'exploitation à caractère hôtelier et l'administration générale
- les fournitures hôtelières, d'entretien, de blanchissage, de nettoyage et les personnels affectés à ces missions
- les personnels d'accueil, d'animation de la vie sociale, de restauration et d'administration générale
- les amortissements des biens meubles non médicaux et immeubles

Son financement est assuré par les résidents, avec concours du département au titre de l'aide sociale dans certaines conditions.

La fixation du prix de journée va varier selon le statut des établissements et particulièrement leur habilitation à l'aide sociale (permettant d'accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale).

Les EHPAD non habilités (ou non majoritairement habilités) à l'aide sociale dépendent des dispositions de l'article L324-3 du CASF. Celles-ci établissent que pour ces établissements, « Le prix du socle de prestations et les prix des autres prestations d'hébergement sont librement fixés lors de la signature du contrat. Ils varient ensuite, dans des conditions fixées par décret, dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'économie, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction et des loyers, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale ».

Les EHPAD totalement (ou majoritairement) habilités à l'aide sociale sont régis par les dispositions de l'article L314-2 du CASF. Les « tarifs journaliers afférents à un ensemble

de prestations relatives à l'hébergement » sont « fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ».

Ces différences en matière de fixation des tarifs se traduisent par des variations parfois importante des prix d'hébergement selon les établissements. Selon les études de la CNSA⁵², au 31 décembre 2016 et pour une chambre seule⁵³, les EHPAD publics affichaient un prix médian de 54,39 euros, les EHPAD privés associatifs 59,89 euros, et les EHPAD privés commerciaux 82 euros. L'habilitation à l'aide sociale n'est pas seule responsable de cette dispersion des prix mais elle en reste un facteur majeur.

Lorsque les tarifs d'hébergement sont trop importants pour les résidents, compte tenu de leurs ressources, ceux ci peuvent solliciter l'aide du département au travers de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), et de l'aide au logement (APL). Malgré ces aides, le coût de l'hébergement en EHPAD reste élevé. La section hébergement représentant 50% du budget des EHPAD, les résidents constituent bel et bien un financeur à part entière, aux côtés de l'assurance maladie et des départements.

Par ailleurs, une grande partie de ces acteurs jouent également un rôle de pilote en matière de dépendance et de gestion de l'offre médico-sociale sur le territoire. Les différentes actions menées conduisant parfois à des conflits de gouvernance contre-productifs.

§2 : Le fractionnement superflu de la gouvernance en matière de dépendance

La politique de la perte d'autonomie des personnes âgées connaît une double co-gouvernance. Au niveau national, ce sont la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la CNSA qui réalisent le pilotage de cette politique. Avec une relation tutélaire et des missions certes distinctes, mais particulièrement liées, une coopération forte s'impose entre ces deux acteurs (A). Au niveau local, les ARS et les Conseils

⁵² CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », Analyse statistique, n°4, juin 2017, p6.

⁵³ Voir Annexe 10.

départementaux se partagent le pilotage des politiques, créant parfois des conflits et faisant émerger le besoin d'identifier un pilote unique (B).

A. Le co-pilotage national : une relation à renforcer , des missions à affiner

En mars 2014, le rapport Iborra-Fiat interrogeait « l'absence de choix sur le modèle de gouvernance le plus pertinent » ayant « permis que se superposent les acteurs, les instances [...] ». L'organisation qui en résulte serait ainsi « difficile à comprendre pour le citoyen et difficile à vivre pour les établissements, sans que l'on puisse affirmer qu'elle répond à une nécessité absolue »⁵⁴.

À l'échelon national, deux acteurs forts se partagent cette gouvernance.

Direction d'administration centrale, la DGCS a pour mission de « concevoir, piloter et évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. La DGCS gère 4 programmes budgétaires et assure la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social »⁵⁵.

Cette mission de conception et rédaction du cadre des politiques publiques fait de la DGCS le pilote juridique de ces politiques (financement des ESMS, définition du cadre d'intervention des professionnels du travail social et de l'intervention scolie).

À ses côtés, la CNSA réalise de nombreuses missions, aux rangs desquelles : « une mission d'information du grand public (avec la mise en place du portail internet www.pour-les-personnes-âgées.gouv.fr) ; l'animation des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ; la mise en place d'un système d'information commun des MDPH ; une fonction d'appui aux équipes médico-sociales des départements »⁵⁶. Elle

⁵⁴ ⁵⁴ Monique Iborra, Caroline Fiat, Assemblée Nationale, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Rapport d'information*, n°769, 14 mars 2018, p.77.

⁵⁵ Ministère des solidarités et de la santé, DGCS, les missions, portail web solidarités- santé, 2018. Données consultables via : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgcs-direction-generale-de-la-cohesion-sociale>

⁵⁶ Cour des comptes, « Rapport public annuel 2018 », février 2018.

dispose également d'un rôle clé dans la mise en place d'expérimentations au sein des établissements.

La CNSA est une entité à deux facettes, c'est à la fois un organisme financier et une « agence d'appui technique »⁵⁷. En tant qu'organisme financier, elle est soumise à la tutelle des directions ministérielles du budget et de la direction de la sécurité sociale. Cependant, la DGCS constitue sa principale direction ministérielle de tutelle.

Si leurs missions semblent distinctes au premier abord, la Cour des Comptes souligne toutefois la complexité de la relation entre la CNSA et la DGCS, notamment en raison de « leurs champs d'intervention respectifs [...] étroitement imbriqués, ce qui nécessite une concertation soutenue »⁵⁸.

Les missions dévolues à chaque pilote constituent différentes parties d'un même ensemble, et ceux-ci coopèrent afin de parvenir à une gouvernance cohérente. Cela dit, si chacun de ces deux acteurs possède une place à part entière dans le déploiement des politiques, « une meilleure articulation des deux acteurs est encore possible »⁵⁹. Le rapport Iborra-Fiat estime ainsi que « la définition de stratégies par le ministère doit désormais s'appuyer plus fortement sur le très haut niveau d'expertise de la CNSA et sa capacité à recueillir des informations ». Par ailleurs, « une répartition des tâches plus claire encore qu'elle ne l'est aujourd'hui entre le pilote juridique, d'une part, et le pilote financier et technique, d'autre part » contribuerait à améliorer l'organisation du pilotage et la coopération entre ses acteurs.

La Cour des comptes l'a relevé dans son rapport public annuel de 2018 : la CNSA est désormais un acteur central reconnu, avec une légitimité installée. Son expertise est un point d'appui pour tous les acteurs du secteur⁶⁰. Il semblerait donc logique de continuer à s'appuyer sur cette structure afin de renforcer la gouvernance nationale en matière d'autonomie, d'autant plus que son lien avec le territoire est fort.

⁵⁷ CNSA, Missions, Portail web CNSA.

Données consultables via : <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>

⁵⁸ Cour des comptes, Op. cit.,

⁵⁹ Monique Iborra, Caroline Fiat, Assemblée Nationale, Op. cit., p79.

⁶⁰ Cour des comptes, « Tome II - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », *Rapport public annuel*, 2018, p3.

B. Le co-pilotage local : un besoin d'identifier un acteur unique

Dans son rapport de mars 2018, Bernard Bonne, sénateur, qualifiait le co-financement des établissements médico-sociaux comme « le reflet d'une incapacité historique à qualifier l'autorité compétente en matière de prise en charge de la dépendance ». Ceci s'applique également pour la gouvernance. En effet, à chaque échelon, national comme local, il n'existe pas d'autorité unique compétente. À l'échelle locale, ce sont les ARS et les Conseils départementaux qui se partagent le pilotage.

Les Conseils départementaux, compétents en matière d'aide sociale depuis de nombreuses années, constituent un acteur clé des politiques médico-sociales. L'organisation de l'offre médico-sociale est basée sur une planification nationale, au travers des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Ces schémas, régis par les articles L312-4 et suivant du Code de l'action sociale et des familles, « apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population », dressent le bilan de l'offre existante, déterminent les perspectives de développement, précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements, et définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre des schémas.

Dans ce cadre, les présidents des Conseils départementaux sont chargés, aux termes de l'article L312-5 du CASF, d'élaborer les schémas « adoptés par le conseil départemental, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux ».

Aux côtés des Conseils, les ARS ont pour mission de mettre en oeuvre les politiques relevant du champ médico-social, d'établir les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les EHPAD (et les services de soins infirmiers à domicile), et établissent des plans d'accompagnement, de qualité, et de transformation des établissements⁶¹.

Elles sont également chargées d'élaborer le schéma régional de santé, sur le fondement d'une évaluation des besoins. L'article R1434-4 du Code de la Santé Publique précise ainsi que les agences effectuent « un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces

⁶¹ Monique Iborra, Caroline Fiat, Assemblée Nationale, Op. cit., p78.

besoins, y compris celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques publiques », aux fins d'élaboration du schéma.

Cependant, une différence majeure existe entre les schémas élaborés par les départements et les schémas élaborés par les ARS : leur opposabilité. En effet, l'article R1434-7 CSP dispose que « le schéma régional de santé est opposable, [...] dans les conditions prévues aux articles L. 313-4, L. 313-8 et L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

Cela crée une situation où ces acteurs, tous deux compétents en matière de planification et d'organisation médico-sociale, sont situés sur un pied d'inégalité, l'un de ces schémas ayant une force juridique contraignante dont l'autre est dépourvu.

Le rapport Bonne relève ici une « conflictualité de pilotage entre un conseil départemental historiquement désigné depuis les lois de décentralisation comme le chef de file de l'action territoriale médico-sociale et l'ARS, dont le schéma a été, contrairement aux schémas départementaux, revêtu d'une force contraignante »⁶². Cette situation est contre-productive pour les EHPAD qui disposent de deux interlocuteurs exerçant parfois de manière concurrente, des mêmes compétences. Les messages sont brouillés, et le fonctionnement des établissements en devient plus compliqué.

Cette situation fait ressortir un besoin d'identifier un pilote unique au niveau local. Ce besoin est d'ailleurs exprimé par les équipes des établissements, pour qui cela signifierait une simplification de l'organisation et du fonctionnement. Un acteur unique permettrait particulièrement de mener une politique unie et coordonnée, avec une efficacité renouvelée.

⁶² Bernard Bonne, Sénat, « la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°341, 7 mars 2018, p22.

Les EHPAD se situent aujourd'hui dans une situation délicate, qui trouve ses origines dans des problèmes structurels. De son modèle de financement à celui de la gouvernance, en passant par celui des ressources humaines, les établissements et leurs personnels évoluent dans un environnement fragilisé, complexe, faisant apparaître un besoin net d'évolution.

Face à cela, la réforme de la tarification et de la contractualisation des établissements sociaux et médico-sociaux de décembre 2016⁶³ devait permettre d'amorcer des changements positifs pour les structures, mais n'a pas eu tous les effets escomptés en raison d'une préparation de sa mise en oeuvre laissant à désirer. Elle reste cependant une première étape de l'adaptation des établissements.

⁶³ 21 décembre 2016, date du décret n°2016-1815 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

CHAPITRE 2 : LA RÉFORME DE LA TARIFICATION, UN PREMIER PAS POUR L'ADAPTATION DES EHPAD

Initiée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, la réforme de la tarification des EHPAD a commencée son application progressive en 2016. Le principe de cette réforme est décrit par Bernard Bonne comme « sain et vertueux », s'agissant de « rationaliser autour de critères objectivables les dotations d'argent public attribuées aux établissements d'accueil de personnes âgées ». Il s'agit également de responsabiliser les gestionnaires en leur offrant une plus grande souplesse de gestion.

Si les origines de la réforme sont vertueux, sa mise en oeuvre a toutefois souffert d'insuffisances, avec des conséquences imprévues pour les établissements (Sec. 1). De ce fait, l'application de la réforme peut être considérée comme à la fois une réussite et un échec partiel, avec des aspects positifs et négatifs ; cependant, elle constitue également une opportunité d'analyser les erreurs qui ont été faites, et de capitaliser sur ces enseignements afin d'envisager l'évolution dont les EHPAD ont besoin (Sec. 2)

SECTION 1 : UN CONCEPT VERTUEUX, UNE MISE EN OEUVRE SUBOPTIMALE

L'un des points centraux de la réforme, la convergence tarifaire devait, de manière progressive, rééquilibrer la distribution des budgets entre les établissements, et s'accompagner dans le même temps d'un renforcement du cadre contractuel (§.1) de fonctionnement des structures. Si ces objectifs ont été partiellement atteints, une méconnaissance des effets de certaines mesures liée à un manque de préparation en amont de l'application de la réforme ont affecté sa mise en oeuvre (§.2).

§1 : Un cadre tarifaire et contractuel renoué

Un double renouvellement sur les plans tarifaire et contractuel, réalisé avec l'introduction des CPOM (A) et la forfaitisation des tarifs soins et dépendance accompagnée de nouvelles équations tarifaires (B) est venu rénover le cadre d'exercice des EHPAD, apportant de nouvelles possibilités de gestion.

A. Le renouvellement de la contractualisation et de la présentation budgétaire : un gain de flexibilité pour les gestionnaires

Généralisé pour les EHPAD par l'article 58 de la loi ASV, et consacré dans l'article L313-12 du CASF, le CPOM est venu remplacer les anciennes conventions tripartites pour former un nouveau cadre contractuel. Sa mise en place est progressive, elle a débutée le 1er janvier 2017 et s'échelonne jusqu'au 31 décembre 2021.

Obligatoire, le CPOM doit répondre à un cahier des charges précis, fixé par un arrêté du 3 mars 2017. Conclu pour cinq ans,⁶⁴ une prorogation d'un an du contrat est possible 6 mois avant l'échéance du contrat. A l'échéance de la prorogation d'un an, un avenant non renouvelable prolongeant l'application du contrat d'un an peut être conclu.

Le CPOM est signé par le directeur général de l'ARS, le président du Conseil départemental et la personne habilitée à signer le CPOM. Il fixe les obligations des contractants, les objectifs à atteindre et leurs modalités de suivi. L'orientation des actions des établissements passe par la négociation commune du CPOM. Le contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et services et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire.

Par ailleurs, le CPOM vaut convention d'aide sociale, simplifiant ainsi significativement les démarches des établissements.

À chaque renouvellement de CPOM, c'est à dire tous les cinq ans, mais également au bout de 3 ans après la conclusion du contrat, des coupes AGGIR et PATHOS sont effectuées. C'est un véritable gain par rapport aux conventions tripartites, avec une évaluation plus fréquente des besoins, susceptible de mieux traduire leur état réel.

Le passage à la contractualisation via CPOM s'est également accompagné d'un renouvellement de la présentation budgétaire. Les anciens budgets prévisionnels ont été remplacés par l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), marquant ainsi le passage d'un pilotage par les dépenses à un pilotage par les ressources.

⁶⁴ Arrêté du 3 mars 2017, article 2.

Appliqué sous sa forme complète dès 2017 pour certains ESMS, la campagne budgétaire s'organise en plusieurs étapes, détaillées par la DGCS⁶⁵ :

- 31 octobre de l'année N-1 : transmission par les gestionnaires d'une annexe « activité ».
- Notification des ressources : notification des financements par les autorités de tarification.
- 30 juin de l'année N : suite à la notification des financements, l'EPRD est élaboré dans un délai de 30 jours et transmis (au plus tard le 30 juin N) afin d'être validé.
- 30 avril de l'année N+1 : l'ERRD est transmis aux fins de contrôle de conformité des affectations.

La différence majeure entre les anciennes présentations budgétaires et l'utilisation de l'EPRD/ERRD consiste en leur logique⁶⁶ : la logique qui prévalait avant la réforme était celle d'une « transmission à l'ARS d'un niveau de dépenses » qui induisait « le niveau de ressources ». Aujourd'hui, la logique appliquée est celle d'un « niveau d'activité qui induit un niveau de ressources, qui autorise un niveau de dépenses et donc de moyens ».

Ce dernier raisonnement est plus fiable, ancré dans le réel, et traduit une confiance accordée aux gestionnaires, le contrôle des EPRD étant désormais réalisé à posteriori. Allié à la refonte de la contractualisation, c'est un véritable gain de souplesse pour les établissements, avec la construction d'une relation de confiance et d'actions partenariales. Un renouveau également présent dans les règles de tarification des soins et de la dépendance.

B. L'objectivation de la fixation des forfaits dépendance et soins

La réforme de la tarification a acté une modification profonde des tarifs soins et dépendance. Jusqu'à sa mise en oeuvre, les tarifs étaient négociés par les ARS et les départements avec les établissements dans les conventions tripartites. Les tarifs étaient déterminés en fonction du budget prévisionnel transmis par les structures. Aujourd'hui, ce

⁶⁵ DGCS, La réforme de la contractualisation et de la tarification des ESSMS - Évolutions réglementaires et impact sur les financements -, 2017.

⁶⁶ ARS Grand-Est, État prévisionnel des Recettes et des Dépenses, portail web ARS Grand-Est. Données consultables via : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-previsionnel-des-recettes-et-des-depenses-eprd>

sont de nouvelles formules qui sont utilisées pour déterminer de manière objective les tarifs.

Le forfait global de soins est composé de trois parties : une équation tarifaire, des financements complémentaires, et une éventuelle modulation en fonction de l'activité de l'EHPAD. L'équation tarifaire utilise la formule suivante⁶⁷ :

$$GMPS \times \text{Capacité autorisée et financée HP}^{68} \times \text{Valeur de point (définie au niveau national)}$$

Le GMPS est un indicateur prenant en compte à la fois le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents et leurs besoins en soins. Il est obtenu via la formule suivante : $GMPS = GMP + (2,59 \times PMP)$. Sa révision intervient à chaque nouvelle évaluation GIR/PATHOS (conclusion et renouvellement de CPOM, et au cours de la 3e année de CPOM).

Les financements complémentaires⁶⁹ peuvent couvrir des modalités d'accueil particulière (accueil de jour, hébergement temporaire...), et la possibilité de financer des actions relatives à la prévention, des situations sanitaires exceptionnelles, la formation du personnel, ou encore la prise en charge de publics spécifiques.

Aux côtés du forfait soins, le nouveau forfait dépendance connaît cette même composition en trois parties, avec toutefois une équation tarifaire différente :

$$(\text{Niveau de dépendance moyen des résidents} \times \text{capacité autorisée et financée HP} \times \text{valeur du point GIR départemental}) - \text{participation des résidents} - \text{tarifs des résidents d'autres départements}$$

L'indicateur « niveau de dépendance » est établi grâce à une formule dédiée :

$$\left\{ \frac{\text{Somme des points GIR (valorisation colonne E annexe 3 - 6)}}{\text{Nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD}} \right\} \times \text{Capacité autorisée et financée de places HP}$$

⁶⁷ DGCS, Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123, 7 avril 2017.

⁶⁸ Hébergement permanent (HP)

⁶⁹ DGCS, Op. cit., p9.

Les financements complémentaires ne sont pas encadrés mais doivent « financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents »⁷⁰.

Pour chacun de ces forfaits soins et dépendance, une convergence tarifaire étalée sur 7 ans, et échelonnée de 2017 à 2023 s'applique. L'objectif étant d'harmoniser les niveaux de financements des différents établissements et ainsi réduire les inégalités entre structures sur-dotées et sous-dotées. Sur la partie soins, « 85 % des établissements gagnent à la convergence, environ 10 % sont à peu près stables et seulement 5 % sont en baisse programmée »⁷¹. Ces données montrent des effets largement favorables pour les établissements, faisant de la convergence des tarifs soins un point très positif de la réforme. Concernant la partie dépendance, c'est cependant l'effet inverse qui c'est produit à la surprise des autorités, engendrant cette fois des pertes de recettes.

§2 : L'estimation préalable insuffisante de l'impact de la réforme

Lors de la préparation de la réforme, le rapport Iborra-Fiat relève que la convergence des forfaits soins avait été largement étudiée et discutée au sein du parlement, et les effets dû à l'application de la convergence étaient maîtrisés. Cependant, la convergence des forfaits dépendance n'a pas fait l'objet d'une étude suffisante sur les effets potentiels de sa mise en oeuvre (A), forçant par la suite le ministère à mettre en oeuvre une mesure de neutralisation de la réforme (B).

A. Une perte de recette imprévue au titre de la convergence des tarifs dépendance

Aujourd'hui, les données existantes sur les résultats de la convergence tarifaire de la dépendance, repris dans le rapport Ricordeau, permettent de dresser certains constats⁷².

Entre 20 et 25% d'établissements ont une « recette globale soins et dépendance en baisse, [...] le « gain » sur les soins étant plus que compensé par la « perte »

⁷⁰ DGCS, Instruction, Op. cit.

⁷¹ Pierre Ricordeau, IGAS, « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », n°2018-023R, Avril 2018, p. 17.

⁷² Pierre Ricordeau, Op. cit., p18s.

dépendance ». Pour d'autres établissements, malgré une recette globale positive, le gain de recettes sur le soin est largement diminué par les pertes sur la dépendance.

Un second constat de différenciation des effets de la convergence selon les statuts des établissements peut être réalisé. En effet, bien que la part d'établissements ayant enregistré des pertes soit de 20 à 25% (tous secteurs), le rapport souligne que ce taux est de 35 à 40% pour le secteur public, et de 8% pour le secteur privé commercial. Ce sont ainsi majoritairement des établissements publics qui ont soufferts d'effets négatifs suite à la mise en place de la convergence.

Ces effets négatifs n'ont pas été anticipés en amont de la mise en oeuvre de la réforme, ils n'ont pu être constatés après leur réalisation. L'absence d'étude d'impact préalable est à déplorer. A cela s'ajoute un processus de redéfinition des anciens tarifs dépendance peu transparent, contrairement à celui qui avait été réalisé pour les soins. Le rapport Bonne souligne ainsi que la mise en oeuvre des nouvelles dispositions a été faite par « un décret pris sur la base d'une simple mention figurant dans un amendement du Gouvernement déposé en seconde lecture et n'ayant, en pratique, fait l'objet d'aucune explication ni discussion devant le Parlement »⁷³.

La réforme, qui devait rééquilibrer les budgets grâce à la convergence des forfaits, a finalement créé des déséquilibres, à la grande défaveur des établissements publics. Bien sûr le succès de la réforme sur la convergence des forfaits soins ne peuvent être écarté pour cette seule raison, mais il n'en demeure pas moins que la part d'établissements touchés est importante. Par ailleurs, un autre effet négatif relevé par le rapport Ricordeau tient à l'image de la réforme et aux attentes qu'elle avait généré.

En effet le rapport souligne que si « la réforme tarifaire était associée dans l'esprit de beaucoup d'acteurs à celui de la remise à niveau des moyens, les modalités retenues pour les deux convergences ont brouillé ce message et conduit à des incompréhensions parfois très fortes »⁷⁴. Ces effets ont également participé à provoquer la colère des personnels, qui s'est manifestée lors des manifestations de janvier 2018. L'ensemble de

⁷³ Bernard Bonne, Sénat, « la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°341, 7 mars 2018, p16.

⁷⁴ Pierre Ricordeau, Op. cit., p18.

ces facteurs a forcé la main du ministère des Solidarités et de la Santé, qui a dû proposer une solution.

B. La mise en oeuvre forcée d'une mesure de neutralisation temporaire

Face à l'ampleur des effets négatifs provoqués par la mise en oeuvre de la convergence dépendance, une mission de médiation a été lancée par la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, afin de trouver des pistes pour les neutraliser. Les résultats de cette mission sont présentés dans le rapport intitulé « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD ».

L'objectif de la mesure de neutralisation telle qu'envisagée par le médiateur (Pierre Ricordeau) est de « permettre aux acteurs de retrouver le temps nécessaire à la mesure des impacts concrets de la réforme, à la discussion d'ajustements ou d'accompagnements éventuels et à la préparation des évolutions induites, sans pour autant remettre en cause les avancées liées à la réforme ».

Afin d'atteindre cet objectif, le médiateur avance une proposition⁷⁵ consistant en premier lieu à utiliser une recette temporaire pour neutraliser à la fois les pertes nettes sur l'ensemble soins et dépendance, et les pertes provenant uniquement de la dépendance. En second lieu, un autre mécanisme limiterait les effets de la convergence dépendance quelque soit l'état du solde net global (dépendance et soins). Ce mécanisme serait destiné à être activé dès que les pertes liées à la dépendance dépasserait un seuil (proposé à 5000€).

Ces propositions seraient destinées à s'appliquer en 2018 et 2019.

Ces propositions ont été traduites dans la feuille de route présentée le 30 mai 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé par la mobilisation de crédits. En effet, les EHPAD devraient recevoir « 360 millions d'euros supplémentaires de 2019 à 2021 pour recruter des personnels soignants. Le ministère des Solidarités et de la santé s'engage en outre à ce que la réforme de la tarification des EHPAD ne conduise à aucune baisse des

⁷⁵ Pierre Ricordeau, Op. cit., p31.

dotations, ni en soins ni en moyens relatifs à la dépendance pour 2018 et 2019. Ils s'ajoutent aux 70 millions d'euros déjà mobilisés sur l'année 2018 »⁷⁶.

Si ces crédits permettront de pallier aux pertes de recettes enregistrées par les établissements affectés par la convergence de la dépendance, aucune mention n'est pour l'instant faite concernant la manière de régler le problème autrement que par compensation. Il est espéré que le passage aux CPOM dans les établissements permettra d'améliorer la situation mais il reste toutefois des questions, particulièrement pour les EHPAD publics, les plus touchés par la réforme. Il sera important de rester attentif au traitement de fond que pourra recevoir la convergence de la dépendance, au delà de l'année 2019 et des mesures de compensation établies.

La mise en oeuvre difficile de la convergence de la dépendance peut être considérée comme un échec (du moins en partie), dans le cadre d'une réforme qui apporte également des points positifs et constructifs. Ceci constitue pourtant une opportunité d'avancer la réflexion sur le modèle des EHPAD, et de poser les bases d'une certaine transformation.

SECTION 2 : UN ÉCHEC PARTIEL À TRANSFORMER EN OPPORTUNITÉ D'ÉVOLUTION POUR LES EHPAD

La mise en oeuvre de la réforme de la tarification et de la contractualisation s'est avérée être à la fois un succès (convergence soins, nouveaux CPOM) mais également en partie un échec sur la convergence dépendance. Cet échec partiel constitue cependant une occasion unique d'analyser les faiblesses de la réforme et les solutions potentielles à y apporter (§.1) ; tout en permettant d'engager une réflexion allant au delà de la réforme et portant sur le modèle même des EHPAD (§.2) et d'élaborer une stratégie d'évolution pour ces structures.

§1 : Caractériser les faiblesses de la réforme

Une faiblesse centrale de la réforme, relevée à plusieurs reprises, est celle de son rythme de déploiement, parallèlement à celui de la réforme de la contractualisation (A). Ces deux réformes étant complémentaires, il aurait été judicieux de terminer l'une avant

⁷⁶ Agnès Buzyn, « Feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme », 30 mai 2018.

d'entamer l'autre. Un second point d'interrogation majeur est la remise en question de l'efficacité de certains indicateurs utilisés dans la réforme de la tarification (B), qui pourraient être affinés ou modifiés.

A. Une absence d'articulation entre les rythmes de déploiement de la réforme de la tarification et la réforme de la contractualisation à déplorer

Étalé du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021, le déploiement des CPOM dans les EHPAD s'effectue en parallèle du déploiement de la convergence tarifaire soins et dépendance. Il aurait cependant été souhaitable d'achever la réforme de la contractualisation avant de mener celle de la tarification, les CPOM et leurs outils associés (EPRD) offrant des options de gestion qui auraient permis de limiter les efforts négatifs de la convergence dépendance.

La signature d'un CPOM ouvre la possibilité au gestionnaire de l'établissement d'utiliser, dans le cadre de l'EPRD, la fongibilité (partielle) entre sections tarifaires, et, la libre affectation⁷⁷ des résultats excédentaires des différentes sections. Ces options de gestion permettraient aux établissements de mieux s'adapter à des effets tels que ceux de la convergence dépendance, et de ré-affecter une part de leurs ressources. Le problème étant que ces possibilités ne sont ouvertes qu'aux établissements ayant signé un CPOM, il faudrait accélérer le déploiement de la réforme de la contractualisation pour doter le plus de structures possible de ces outils.

À cet égard, le rapport Ricordeau propose d'avancer la programmation des CPOM pour les établissements les plus touchés par la convergence dépendance à la baisse. Le CPOM serait utilisé pour réaliser une analyse détaillée de la situation de l'établissement et trouver les solutions spécifiques à mettre en place pour cet établissement.

Une seconde proposition, issue du rapport Bonne, consiste à conditionner la mise en oeuvre de la réforme de la tarification à la réalisation de la réforme de la contractualisation. Il faudrait ainsi attendre que la majeure partie des établissements soient dotés d'un CPOM pour reprendre la réforme tarifaire.

⁷⁷ R-314-43 du CASF.

A court terme, le CPOM s'impose comme un vecteur de stabilisation pour les EHPAD en situation délicate, permettant une gestion personnalisée au cas par cas. suspendre la réforme de la tarification en attendant le déploiement complet de la contractualisation semble peu souhaitable compte tenu de la concentration des problèmes sur la seule convergence dépendance. Une accélération conséquente du déploiement CPOM semble plus à même de permettre à travailler vers la résolution de cette situation.

B. La remise en question de l'efficacité de certains outils de calcul tarifaire

La conclusion, le renouvellement, et le milieu d'un exercice CPOM sont accompagnés de réalisations stratégiques cruciales : les coupes AGGIR et PATHOS. Les nouvelles équations tarifaires sont construites sur les éléments centraux de niveau moyen de dépendance des résidents, et niveau moyen de besoins en soins. Le GMP et le PMP sont des indicateurs qui découlent des outils AGGIR et PATHOS, et l'efficacité de ces indicateurs (particulièrement du PMP) est aujourd'hui questionnée.

L'outil PATHOS permet à la fois de réaliser une appréciation individuelle des besoins en soins et une appréciation collective, au travers de différents algorithmes. Le modèle fonctionne de la manière suivante⁷⁸ :

- identification de l'état pathologique de la personne, sur un référentiel de 50 états
- qualification de l'état pathologique par un profil de soins, sur un référentiel de 12 profils (indiquant les soins requis par l'état pathologique, compte tenu du contexte clinique)
- détermination du « couple état pathologique-profil », sur un référentiel de 238 possibilités (décrivant l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie)
- mesure du niveau de soins⁷⁹ requis à la prise en charge du « couple état pathologique-profil » dans 8 postes ressources : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.
- expression des 8 indicateurs (postes ressources) en points

La pertinence de l'évaluation individuelle des besoins n'est pas remise en cause, par contre, la mesure des besoins en soins collectifs (nécessaires à l'échelle de l'établissement) n'est pas aussi fiable. Le PMP, indicateur des besoins collectifs, est décrit

⁷⁸ CNSA, « Le modèle « PATHOS », Guide d'utilisation, 18 janvier 2017, p.5.

⁷⁹ Le niveau de soins correspond au temps requis près du résident, mais ne prend pas en compte les autres variables (préparation, déplacement, échanges...)

par la CNSA comme correspondant « à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu. ». Or, la CNSA souligne que « les soins de santé mesurés par le PMP font appel à de multiples intervenants « résumés » dans les huit postes de soins. C'est-à-dire qu'un même PMP peut être une conjugaison très variable des niveaux de soins nécessaires dans ces huit postes, et recouvrir, en matière de besoins et d'organisation, des réalités très différentes »⁸⁰.

Cette problématique a été relevée dans le rapport Bonne de mars 2018. Le rapporteur propose ainsi de « substituer au PMP un indicateur statistique susceptible de mieux traduire en ETP les besoins thérapeutiques des résidents »⁸¹. Celui-ci suggère de remplacer le PMP par l'indicateur appelé Groupe de Patients Proches (GPP), qui hiérarchise les résidents en 8 rangs en fonction de « l'intensité thérapeutique requise par leur état ». Cela se traduirait par une pondération de « chacun des huit postes de soins par un coefficient appliqué à chaque GPP », à l'inverse du PMP qui pondère « le niveau de soins requis par un coefficient appliqué à chacun des huit postes de soins ».

Cette proposition semble pertinente, d'autant plus que les nouvelles équations tarifaires visent à objectiver le plus possible la mesure des besoins. Si le financement doit dépendre uniquement d'une équation sensée représenter précisément les besoins, les indicateurs utilisés pour parvenir au résultat doivent être irréprochables. Or il est démontré que l'indicateur PMP peut ne pas traduire correctement le niveau de soins collectifs requis qu'il est sensé établir. En conséquence, il est nécessaire soit de le perfectionner, soit de le remplacer par un autre indicateur, éventuellement le GPP, tel que proposé dans le rapport Bonne.

§2 : Compléter la réforme, au delà du financement

Afin d'assurer la viabilité des établissements, il faut accompagner les évolutions du financement en se penchant sur les grandes problématiques organisationnelles des établissements. L'organisation des soins (A) et l'organisation de la place des établissements au sein des services aux personnes âgées (B) constituent des points qu'il est crucial de revisiter pour que les EHPAD puissent perdurer.

⁸⁰ CNSA, Op. cit., p11.

⁸¹ Bernard Bonne, Op. cit., p31.

A. Le médecin coordonnateur, un rôle central à renforcer

Concernant l'organisation des soins, le rôle du médecin coordonnateur est un élément essentiel, qui nécessite un changement. L'article L313-12 du CASF dispose que « Le personnel des établissements mentionnés au I et au IV bis comprend un médecin coordonnateur. ». Ses missions sont détaillées au sein de l'article D312-158 du CASF: elles comprennent une mission d'organisation des soins, une mission consultative, une mission d'évaluation et une mission de prescription en cas d'urgence.

Le médecin coordonnateur n'est pas un médecin traitant, il est dépourvu de la capacité de prescription médicale (sauf en cas d'urgence). Les missions du médecin coordonnateur ne sont pas de soigner, ce qui fait de lui un médecin particulier. Dans bon nombre d'établissements, le rôle du médecin coordonnateur éclipse quasiment celui du directeur ; entrées en EHPAD, intervention des professionnels au sein de l'établissement, coupes PATHOS... le médecin coordonnateur gère le coeur du fonctionnement des structures.

Pourtant, environ 30% des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur quand bien même cela constitue une obligation légale, et les temps de présence des médecins coordonnateurs ne correspondent pas toujours aux minimums fixés par l'article D312-156. Il y a une pénurie de médecins coordonnateurs, et alliée à la pénurie de médecins traitants (notamment pour les personnes âgées), la couverture médicale en établissement pose souvent un problème.

Donner le droit de prescription aux médecins coordonnateurs permettrait en premier lieu de faciliter la couverture médicale des résidents dans les zones peu pourvues en médecins généralistes. En deuxième lieu, ce droit permettrait d'améliorer l'organisation des soins dans les établissements situés dans des lieux largement pourvus en médecins généralistes. Il est tout aussi problématique de n'avoir aucun ou presque aucun recours possible aux médecins traitants, que d'assister à un véritable défilé de médecins au sein des EHPAD.

Par exemple, il m'a été donné l'opportunité de constater le déroulement des visites de médecins libéraux au sein d'un EHPAD de la ville de Rennes. Une problématique récurrente soulevée par les équipes était la mauvaise communication entre les médecins et le personnel avec peu ou pas de transmission, et des ordonnances parfois introuvables.

Cela complique le fonctionnement des établissements et met en difficulté le personnel soignant.

Il paraît essentiel de revisiter le statut et les droits du médecin coordonnateur, d'autant plus que le niveau de dépendance des personnes entrant en EHPAD étant en augmentation constante, le besoin de soins médicaux augmente avec. Si les EHPAD sont déjà des structures partiellement médicalisées, elles devront sans doute se renforcer encore à ce niveau là pour les prochaines années, mais cela ne pourra se faire qu'avec le renforcement conséquent du temps de présence des médecins coordonnateurs et de leurs prérogatives au sein des établissements.

B. La place clé des EHPAD dans les services aux personnes âgées

Le secteur des EHPAD est un secteur qui évolue et se développe. Le rapport Ricordeau relève à ce sujet une transformation de la « dynamique de développement en fonction du statut des établissements ». Ainsi le part du secteur public, bien que toujours dominante « est ainsi passée de 55 % des places en 2007 à un peu moins de 50 % en 2015 alors que celle du privé commercial est passée de 18,5 % à 22 % sur la même période »⁸².

Par ailleurs, les stratégies de groupe se développent de plus en plus dans tous les secteurs. Des grands groupes ont émergés aussi bien en secteur privé commercial (Korian, Orpéa, Domus Vi, Le Noble Age...), qu'en privé associatif (Fondation partage et vie, Groupe SOS seniors, Arpavie, Petites soeurs des pauvres...).

Pour le secteur public, les EHPAD rattachés à des hôpitaux ont pu rejoindre les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), un tiers des EHPAD publics auraient ainsi rejoint ces groupements en 2017 selon un chiffre avancé en mars 2017 par l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine⁸³. A côté des GHT, d'autres groupements spécialisés se font jour, les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

⁸² Pierre Ricordeau, Op. cit., p.29.

⁸³ Hospimédia, « La majorité des EHPAD ont intégré automatiquement les groupements hospitaliers de territoire », 24 mars 2017.

Ce mouvement de groupe qui se renforce dans le milieu médico-social poursuit les mêmes logiques que le mouvement de coopération sanitaire : mutualisations, partage d'expérience, réduction des coûts, facilitation des remplacements, attractivité, poids du groupement... Les avantages de la coopération sont conséquents.

Le rapport Ricordeau propose notamment de « soutenir la réflexion stratégique engagée dans le secteur public pour le renforcement des coopérations ». En prenant en compte le fait que les EHPAD ont aujourd'hui une place très importante dans le paysage des services aux personnes âgées, et que ce rôle se poursuivra probablement dans les prochaines années, des groupements de structures permettraient de les renforcer. La coopération existe déjà dans le secteur médico-social, elle n'est cependant pas toujours matérialisée par un groupement officiel. Les ententes et coopérations entre plusieurs établissements, souvent situés de manière rapprochée sur le territoire sont communes. La profondeur de ces coopérations est toutefois limitée.

Compte tenu des difficultés de fonctionnement que connaissent les EHPAD, il semble difficile d'imposer une coopération totale, obligatoire avec des mécanismes lourds. Par contre, favoriser la coopération, en essayant de créer des mécanismes relativement légers pour pouvoir construire une base de coopération dans un premier temps, qui pourrait être amplifiée par la suite par des mutualisations plus conséquentes paraît être faisable.

La réforme a permis d'engager une refonte de la contractualisation et de la tarification majoritairement positive pour les EHPAD. Certains points, comme la recherche d'égalité entre les établissements, laissent malgré tout à désirer. Les problématiques rencontrées suite à sa mise en oeuvre ont toutefois permis de faire prendre conscience que la réforme ne pouvait, à elle seule, régler la situation des établissements. Si l'adaptation du financement des EHPAD aux nouvelles contraintes et besoins rencontrés est essentielle, ce sont tous les aspects du modèle (organisation interne, intégration dans un parcours personnes âgées, financement...) qui doivent être revus pour préparer l'avenir.

Au delà d'un travail fondamental sur la structure et le modèle des EHPAD, il est nécessaire de penser une politique de prise en charge de la dépendance de manière globale, dans laquelle s'intégreraient les nouveaux EHPAD.

PARTIE 2

UNE INTÉGRATION NÉCESSAIRE AU SEIN D'UNE STRATÉGIE GLOBALE SUR LA DÉPENDANCE

Établir une politique générale de prise en charge de la dépendance et déterminer les dispositifs qui la porteront sont des décisions particulièrement importantes. La nature du mécanisme de protection sociale qui est choisi est un symbole fort de la direction que le pays prend.

Ce mécanisme doit s'inscrire, aux côtés des autres prestations et des acteurs du secteur dans une politique unifiée et efficiente, ayant les intérêts des personnes au centre de ses préoccupations.

Un état des lieux de l'articulation des prestations privées et publiques laisse apparaître des insuffisances (Chap. 1) malgré un nombre de prestations correct. Ces insuffisances ne pourront être compensées qu'avec l'extension de notre modèle de protection sociale et une véritable consécration du risque dépendance (Chap. 2).

CHAPITRE 1 : DES PRESTATIONS MULTIPLES, DES RÉSULTATS INSUFFISANTS

La couverture de la dépendance en France est composée à la fois d'une partie publique (S.1) et d'une partie privée (S.2). Respectivement imparfaites et résiduelles, celles-ci ne sont que partiellement à la hauteur des besoins des personnes. Leur renforcement paraît essentiel, aujourd'hui plus que jamais.

SECTION 1 : UNE COUVERTURE PUBLIQUE IMPARFAITE

La couverture publique s'organise en deux temps, avec une partie des prestations disponibles en établissement (§.1) et une partie des prestations disponibles à domicile (§.

2). Leurs utilisations ne visent pas le même but, avec un accompagnement en structure et un accompagnement permettant de rester chez soi le plus longtemps possible.

§1 : Une double prestation en établissement

Les résidents d'établissements médicalisés peuvent solliciter deux grands types d'aides pour les aider à financer leur séjour. L'APA, portant sur la dépendance, et l'ASH, portant sur l'hébergement. Cependant, il apparaît que le recours à ces deux aides est très différents (A) avec une sollicitation plus importante de l'APA. Par ailleurs, malgré les prestations disponibles, des restes à charges conséquents (B) à payer pour les résidents compliquent leur accession à un accompagnement en établissement.

A. Un recours inégal aux aides publiques

Les aides publiques en établissement médicalisé se concentrent sous deux formes : l'APA et l'ASH⁸⁴.

Instituée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, l'APA est ouverte à « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental »⁸⁵. C'est une prestation en nature, accordée sur demande à « toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale ». La grille et les tarifs sont fixés par voie réglementaire.

Les articles L232-8 à L232-11 du CASF posent le cadre de l'APA en établissement. Lorsque le bénéficiaire est hébergé en établissement, sa participation est calculée en fonction de ses ressources. Après paiement des prestations, un montant minimum est tenu à disposition du bénéficiaires.

⁸⁴ Les aides aux logement et réduction d'impôts permettent aussi de réduire le coût de l'hébergement mais ne représentent respectivement que 462 millions d'euros et 353 millions d'euros par an.

⁸⁵ Article L232-1 du CASF.

En 2013 selon les données de l'INSEE⁸⁶, 8% des personnes âgées de 60 ans ou plus percevaient l'APA (1,2 million de personnes). 41% de ces personnes vivent en établissement, avec une moyenne d'âge élevée (66% de bénéficiaires APA établissement ont 85 ans ou plus). Les dépenses représentées par l'APA en établissement s'élevaient à 2,2 milliards d'euros en 2013. Le nombre de bénéficiaires en établissement croît rapidement, et les dépenses d'APA liées augmentent plus vite que le nombre de bénéficiaires, ce que l'INSEE traduit par « une hausse de la dépense moyenne par bénéficiaire ».

Le recours à l'APA est important, et cette allocation constitue l'une des sources principale de financement public de la dépendance. Aux côtés de cette allocation, une seconde aide, l'ASH, destinée à la prise en charge du coût de l'hébergement pour les personnes aux revenus insuffisants peut être sollicitée.

Cette aide sociale payée par le département est subsidiaire. Son montant⁸⁷ est fixé en fonction des ressources de la personne âgée (prenant en compte ses biens immobiliers), de ses obligés alimentaires, et de la personne avec laquelle elle vit. Le bénéficiaire reverse 90%⁸⁸ de ses revenus (y compris les éventuelles allocations logement) à l'établissement. Le département paie ensuite la part de l'hébergement non couverte par les ressources de la personne à l'établissement.

Comparé à l'APA, l'ASH est largement moins sollicité. En 2015 selon les chiffres de la DREES⁸⁹, 120 000 personnes de 60 ans ou plus bénéficiaient de l'ASH, correspondant à une dépense nette de 1,3 milliards d'euros. Ce moindre recours à l'ASH trouve l'une de ses origines dans le mécanisme de récupération qui lui est associé. En effet, l'article L132-8 du CASF prévoit les possibilités de recours (principalement sur succession) par les départements ou l'état. Lorsque les résidents d'établissements se voient proposé de recourir à l'ASH par les équipes administratives, un refus sera régulièrement opposé. Ces décisions sont souvent motivées par une volonté des personnes de ne pas grever

⁸⁶ Marie-Dominique Minne (INSEE), Isabelle Leroux (DREES), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements », *INSEE FOCUS*, n°71, 9 décembre 2016.

Données consultables via : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082>

⁸⁷ Articles L132-1 s du CASF.

⁸⁸ Les 10% restant à sa disposition ne peuvent constituer une somme inférieure à 100€ par mois.

⁸⁹ DREES, « L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées », *L'aide et l'action sociale en France*, édition 2017

l'héritage de leurs enfants ou petits enfants ou de leur imposer une dette future. La récupération est un mécanisme qui repousse assez largement.

Les pratiques de récupération des départements ne sont pas uniformes, mais « environ la moitié des sommes engagées au titre de l'ASH – une proportion stable au cours des dix dernières années – sont récupérées chaque année par les départements »⁹⁰.

Malgré ces aides proposées et financées par les pouvoirs publics, il n'y a aucune prise en charge intégrale, laissant aux personnes un reste à charge à payer souvent conséquent.

B. Des restes à charges conséquents, une absence de véritable libre choix

En établissement, le reste à charge est composé du ticket modérateur de la section dépendance, et du tarif hébergement. Après versement de l'APA, le reste à charge global pour la dépendance se chiffre à 1 milliard d'euros. Après versement de l'ASH, des APL et en prenant en compte les réductions d'impôts, le reste à charge de l'hébergement est de 9,5 milliards d'euros. Pour chaque individu, c'est un reste à charge moyen de 1263 euros (par mois), qui reste à la charge des résidents.

En 2011, les membres du groupe de travail n°4 ayant produit le rapport « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », relevaient que les restes à charge subis par les personnes conduisait dans de nombreuses situations à un « reste à vivre négatif ». Ceux-ci impliquaient alors « une ponction sur l'épargne, un concours financier des enfants et/ou une liquidation d'éléments du patrimoine »⁹¹. Plusieurs propositions avaient alors été avancées afin de réduire le reste à charge en établissement.

La première consistait en une modification de la répartition entre sections tarifaires, et au transfert «des masses financières significatives des sections les moins socialisées (hébergement, dépendance) vers la section la mieux socialisée (soins) ». Le rapport Iborra contient également une proposition semblable, et questionne la pertinence de l'affectation de certains postes (les dépenses d'animation de la vie sociale notamment, l'amortissement des immeubles, ou encore les personnels d'administration générale).

⁹⁰ DREES, L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, Op. cit.

⁹¹ Bertrand Fragonard, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », *Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance*, Juin 2011.

L'effet de ces transferts serait ainsi d'alléger les charges portées par les résidents au titre de la section hébergement, et que la dépense publique les supporte au titre des deux autres sections.

Une seconde proposition issue du rapport Bonne consiste à « relever le seuil au-delà duquel il est procédé au recouvrement sur succession de l'ASH ». Cette mesure pourrait permettre d'inciter davantage de personnes à solliciter cette aide. Le rapporteur avance par ailleurs qu'il y a « une proportion de récupération sur succession variant entre 3 et 6 %¹, soit entre 30 et 60 millions d'euros. Elever sensiblement, par exemple à 300 000 euros, le seuil au-delà duquel il est procédé à la récupération sur succession de l'ASH n'aurait donc pas d'incidence financière majeure ».

Ces pistes sont intéressantes et méritent d'être étudiées compte tenu de l'importance du sujet. Le relevé du seuil de récupération ASH pourrait sans doute connaître une mise en oeuvre assez simple et rapide, cependant l'éventuel transfert de charges entre sections tarifaires serait plus long en premier lieu à déterminer précisément, et en second lieu à mettre en oeuvre. Les restes à charge élevés en établissement constituent une contrainte pour les familles qui participe à faire reculer le moment d'entrée en établissement voire de rester à domicile. Cela affecte le principe de libre choix à utiliser la méthode d'accompagnement souhaitée, en établissement comme à domicile.

§2 : Un recours double à domicile

L'équilibre de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile repose principalement sur deux mécanismes : l'utilisation de la prestation publique APA à domicile (A) et le recours aux aidants familiaux (B).

A. L'utilisation importante de l'APA à domicile

Régie par les articles L232-3 à L232-7 du CASF et révisée par la loi ASV de 2015, l'APA à domicile constitue la prestation publique majeure d'aide aux personnes âgées dépendantes. Celle-ci concerne environ 60% des bénéficiaires de l'APA.

Ainsi, « lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant

d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale, sur la base de l'évaluation multidimensionnelle ». Ce plan d'aide ne peut dépasser un plafond défini par décret. L'APA est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à sa charge (calculée en fonction de ses ressources).

L'intervention de l'équipe médico-sociale est dédiée à apprécier le degré de perte d'autonomie (seuls sont éligibles les personnes GIR 1 à 4). Elle évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants et propose ensuite le plan d'aide. L'équipe informe de toutes les modalités d'intervention existantes, et conseille celles qui paraissent les plus appropriées. L'information, présentant de manière exhaustive les dispositifs d'aide à domicile présents sur le territoire vise à garantir le libre choix du bénéficiaire. A la demande du président du conseil départemental, le bénéficiaire est tenu de produire les justificatifs de dépenses correspondant au montant de l'APA.

Les aides nécessaires recensées dans le plan peuvent prendre la forme de services à domicile (auxiliaire de vie sociale, portage de repas, aide ménagère...) mais aussi d'aides techniques (fauteuil roulant, canne, déambulateur, lit médicalisé...). L'APA finance les dépenses inscrites dans le plan d'aide.

Des insuffisances se font toutefois jour, avec la saturation des plans d'aide. D'après les données de la DREES⁹², en 2011 près de 26% des bénéficiaires de l'APA à domicile disposaient d'un plan d'aide au montant égal au plafond maximal. Cette saturation touche plus fortement les personnes en classées en GIR 1 (44%). Les femmes, les personnes n'ayant pas de conjoint, et celles bénéficiant du dispositif depuis longtemps présentent une plus grande proportion de plans saturés. Ces données laissent penser que le niveau de l'APA ne permet pas de couvrir l'ensemble des aides dont ont besoin les personnes. À cet égard, la loi ASV du 28 décembre 2015 est intervenue pour réformer l'APA, et a notamment revalorisé les plafonds des plans d'aide. La réforme a également introduit des mesures favorables aux proches aidants, piliers de l'accompagnement à domicile.

⁹² Mélanie Bérardier, DREES, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Études & Résultats*, n°748, février 2011.

B. Le renforcement impératif des aidants

Les aidants familiaux occupent une place très importante dans l'accompagnement des personnes âgées. Les personnes ayant un aidant auprès d'elles sont moins susceptibles d'entrer en établissement, et plus susceptibles de pouvoir rester à leur domicile. Selon le baromètre des aidants 2017 (réalisé par l'institut BVA et la fondation APRIL)⁹³, les aidants seraient près de 11 millions en France.

Le portrait dressé par cette enquête est clair : 51% des aidants travaillent, 58% sont des femmes, 39% sont seuls à aider, 75% ont moins de 65 ans, plus de 83% des aidants vivent à moins de 50 km de l'aidé et 57% à moins de 10 km. Plus de 82% d'entre eux manquent de reconnaissance sociale.

Les aidants ont un rôle considérable dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, pourtant leur reconnaissance laisse à désirer. La plupart des aidants ne disposent pas du statut légal d'aidant, et sont pourtant présents de la même manière. 63% des aidants ignorent qu'il sont aidants, notamment parce que cette relation aidant / aidé s'installe souvent assez naturellement, face à des besoins qui émergent ou un évènement (comme une chute) entraînant un changement dans la vie des personnes.

Être aidant n'a rien de simple, cela requiert des compétences qui ne sont pas naturelles. Le CCNE souligne à raison que les aidants « se trouvent de fait dans une situation de soignant parfois « malgré eux »⁹⁴. Or, les gestes de soins, les façons de porter ou déplacer la personne sont autant de domaines dans lesquels l'aidant devrait être aidé. « Les aider à réaliser des actes de soins, les aider à s'autoriser à ne pas le faire ; les aider en repérant leurs limites, les signes prémonitoires d'un épuisement... Telles devront être les nouvelles missions des professionnels de santé impliqués dans le « prendre soin » des personnes âgées ayant perdu leur autonomie ».

La reconnaissance des aidants, de toutes les personnes aidantes (pas uniquement celles ayant ce statut légal), est plus qu'impérative. 82% expriment leur manque de reconnaissance sociale, souvent dû au sentiment général qui veut qu'aider un parent est

⁹³ Données consultables via : <https://www.silvereco.fr/infographie-chiffres-cles-du-barometre-des-aidants-2017/3188125>

⁹⁴ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Enjeux éthiques du vieillissement*, Avis n° 128, Paris, 15 février 2018.

un acte normal. Or, s'occuper à temps plein d'un proche très dépendant signifie la plupart du temps que l'aidant sacrifie sa vie à prendre soin de l'aidé, et beaucoup disent avoir le sentiment de se retrouver pris au piège d'une situation dont ils ne peuvent plus sortir. Le droit au répit est fondamental pour les aidants qui ont tout autant besoin d'aide que les aidés (fatigue, stress, pression psychologique...).

La loi ASV de décembre 2015 introduit des dispositifs en faveur des aidants assurant une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'APA : un module de répit, et un dispositif de relais en cas d'hospitalisation de l'aidant. Ces dispositifs sont positifs mais il y a un besoin de pouvoir accompagner tous les aidants si l'on veut pouvoir continuer à avoir une prise en charge des personnes âgées à domicile.

SECTION 2 : UNE COUVERTURE PRIVÉE RÉSIDUELLE

La couverture privée existe avec un marché de services et d'assurances qui se développe (§.1), cependant, cumulée à une faible mobilisation du patrimoine des personnes (§.2), l'investissement n'est pas aussi présent qu'il pourrait l'être.

§1 : Un marché de services privés en développement

Si le marché des assurances privées est relativement bien développé, le recours à ses assurances reste faible par rapport au recours aux prestations publiques (A). Ces contrats ont toutefois un certain intérêt et en tant que financement complémentaire de la dépendance, l'état pourrait gagner à organiser la diffusion de ces contrats (B) permettant ainsi la propagation de la couverture dépendance.

A. Le faible recours à l'assurance dépendance privée

Il existe un marché de l'assurance privée pour le risque dépendance. Relativement développé en France selon le Conseil d'analyses économiques, on ne trouve pourtant que 10 à 15% de la population bénéficiant d'une couverture par contrat privé, dont près de la

moitié par « l'intermédiaire de contrats collectifs à adhésion obligatoire, souscrit à titre professionnel »⁹⁵

Ce faible taux de couverture par un mécanisme privé peut s'expliquer en partie par la présence d'aides publiques et des aidants familiaux. Une seconde explication avancée par le CAE dans sa note 35 met plutôt en avant les asymétries d'information et les phénomènes d'anti-sélection. Les individus qui ont conscience du risque sont souvent âgés et ont une information privée sur leur état de santé, ce qui conduirait les assureurs à demander des primes d'assurance élevées pour se prémunir d'une sélection des « mauvais risques »⁹⁶. En effet, il est souvent difficile pour qui que ce soit d'envisager sa propre dépendance et de l'accepter avec suffisamment de lucidité pour se décider à prévoir un tel mécanisme. Qui plus est, il n'est pas rare que les personnes considèrent que les frais de leur dépendance seront entièrement pris en charge par la sécurité sociale, or ce n'est le cas que des frais de soins et la lourdeur des frais d'hébergement peut surprendre.

Un autre obstacle important tient à la nature du risque. La dépendance est un risque qui se réalise à long terme et dont l'évaluation et l'anticipation sont complexes. Par ailleurs, une souscription à de telles assurances à un âge relativement jeune sous entend une durée de cotisation très longue, un engagement que chacun n'est pas prêt à faire.

Du côté des assureurs également, l'assurance dépendance représente un risque du fait de son imprédictibilité. S'il est possible d'établir des grilles de critères propres à chaque assureur, après tout un assureur est toujours libre de définir comme il l'entend le risque qu'il désire couvrir, la dépendance reste impossible à prévoir parfaitement. Il ne peut s'agir que d'estimations et si le moment du début de la dépendance est une inconnue pouvant poser problème, le plus préoccupant est la durée des prestations. Il est en effet impossible de prévoir avec précision l'espérance de vie en situation de dépendance et cela peut engendrer des dépenses supérieures à ce que l'assureur pouvait envisager.

⁹⁵ Etienne Grass (IGAS), Hélène Gisserot (Procureur général honoraire près la cour des Comptes), « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », Rapport, 20 mars 2007.

⁹⁶ ⁹⁶ Antoine Bozio et al., CAE, Op. cit., p10.

Tout cela mène à une assurance privée non seulement délaissée par les personnes, mais en plus rarement mise en avant par les assureurs eux-même qui la considèrent comme risquée en plus d'être difficile à vendre auprès des assurés.

B. Un encouragement possible à la diffusion de l'assurance dépendance privée

L'assurance dépendance privée est actuellement un mode de financement complémentaire à l'aide publique. Si les aides publiques venaient à se renforcer dans les prochaines années, le besoin pour ces contrats serait subsidiaire. Cependant, si la couverture publique venait à stagner ou à se résorber (même légèrement) la demande pourrait croître pour ce type de contrats. Le rapport Fragonard envisage une situation où l'état aurait un intérêt à voir se développer ces contrats pour compléter la couverture publique, ou offrir une alternative. Ainsi, « la puissance publique pourrait chercher à mieux réguler les contrats d'assurance-dépendance afin de faciliter leur diffusion »⁹⁷.

Si la puissance publique intervenait en ce sens, ce sont quatre questions soulevées par le groupe n°4 qui devraient être étudiées. Le groupe cite en points clés « la méthode et la grille d'évaluation de la dépendance, la création d'une labellisation publique pour les contrats jugés protecteurs des intérêts des souscripteurs, un mode de revalorisation des rentes qui soit transparent et protecteur, et une transférabilité des produits ».

Au regard des critères d'évaluation de la dépendance, publics comme privés, le constat est mitigé ; il n'y a pas d'homogénéité des critères retenus par les assureurs, et les critères retenus par la puissance publique sont imparfaits (particulièrement dans l'évaluation du GIR 4⁹⁸). L'adoption d'une grille de critères commune pour les acteurs privés et publics permettrait de renforcer la précision des évaluations, mais également d'harmoniser les pratiques entre les deux secteurs qui gagneraient en synergie.

Une garantie jugée fondamentale par les membres du groupe n°4 tiens à la possibilité de pouvoir changer d'assureur en cours de contrat. Compte tenu de la durée d'un engagement potentiel pris à un âge moyen, l'impossibilité de changer d'assureur (et de

⁹⁷ Bertrand Fragonard, Op. cit., p.53.

⁹⁸ De l'avis des équipes d'EHPAD, le GIR 4 est un rang très large dans lequel se retrouvent toutes les personnes qui ne sont pas assez autonomes pour être classées GIR 5 ou 6, et pas assez dépendantes pour être classées GIR 3 à 1. C'est une catégorie en suspension

conserver le capital accumulé) ne permettrait pas de bénéficier du jeu de la concurrence, et bloquerait les souscripteurs.

Les contours des garanties et des méthodes d'évaluation de la dépendance sécurisés, une diffusion des contrats pourrait être envisagée au moyen de plusieurs supports. Le rapport Fragonard propose trois types de contrats supports⁹⁹.

Les « contrats secs » viagers : premier type de contrat simple d'assurance de risque, qui serait pourvu d'un socle public de garantie.

La garantie dépendance via la complémentaire santé : avec ce mécanisme, la couverture de la dépendance serait incluse dans les contrats de complémentaires santé.

La garantie dépendance via l'assurance vie et les contrats d'épargne : contrairement aux deux types de contrats précédents, les assurances vie et épargnes ne sont pas à fonds perdus (les cotisations ne sont pas perdues lorsque le souscripteur cesse de payer). Par ailleurs, le rapport souligne que ces contrats permettent aux personnes de garder la maîtrise de leur épargne qui sera transmise en cas de décès.

Ces contrats revêtent chacun un intérêt distincts. la diffusion large des contrats d'assurance vie (premier contrat d'épargne utilisé par les français) serait un bon vecteur pour l'assurance dépendance à long terme.

§2 : La trop faible mobilisation du patrimoine privé

Le patrimoine privé immobilier est rarement sollicité lorsque les propriétaires entrent en établissement. Or les propriétés (généralement la résidence principale) constituent une véritable source de capital dormant (A) qui pourrait être utilisé pour financer la prise en charge de la dépendance des propriétaires, et particulièrement le reste à charge en établissement (B).

A. Un régime fiscal incitant à l'accumulation d'un capital dormant

Selon une enquête de 2018 de l'INSEE, 75% des ménages de plus de 70 ans seraient propriétaires de leur résidence principale. Cela représente un large capital dit dormant qui pourrait potentiellement être mis à profit afin de financer partiellement les

⁹⁹ Bertrand Fragonard, Op. cit., p.57s.

dépenses d'hébergement en EHPAD. D'autant plus que cette accumulation de patrimoine s'accroît à chaque génération et « on peut considérer que les générations qui vont être dépendantes dans les prochaines années vont tendanciellement être plus souvent détentrices de patrimoine immobilier et d'un patrimoine d'une plus grande valeur, que les générations précédentes ».

Cette accumulation de capital dormant est au moins en partie dû à un régime fiscal des résidents en EHPAD très avantageux. En effet, les résidents ont droit non seulement à une réduction importante sur l'impôt sur le revenu (équivalent à 25% du montant des dépenses qu'ils supportent) mais également de nombreuses exonérations d'impôts :

- exonération de la taxe d'habitation et de la taxe foncière sur l'ancienne résidence principal
- exonération de la taxe d'habitation indirectement payée sur le logement en EHPAD

L'absence d'imposition sur l'ancienne habitation des résidents en EHPAD est non seulement un manque à gagner pour l'Etat mais l'absence de dépenses liées à cette ancienne résidence ne permet pas de pousser à la vente du bien et donc à la circulation du capital qui reste donc dormant.

Ce capital pourrait et devrait être mis à profit, il constitue une opportunité de financer des restes à charge notamment pour les établissements.

B. Une opportunité de financer des restes à charge

¹⁰⁰Le capital dormant des résidents en EHPAD doit être stimulé et il existe pour cela trois dispositifs de monétisation passant par la pratique des viagers.

Tout d'abord le viager simple, durant lequel seule la nue-propriété est vendue contre capital tandis que le précédent propriétaire occupe toujours la résidence. Il s'agit d'un marché presque inexistant, avec moins de 5000 vente par an en France, et dix fois plus de vendeurs que d'acheteurs. Cette pratique est impopulaire dû à l'incertitude pour l'acheteur de la date à laquelle il pourra enfin profiter du bien et de la somme totale qui sera versée..

¹⁰⁰ Bernard Bonne, Sénat, « la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°341, 7 mars 2018, p73.

Le viager mutualisé permet à l'acheteur, qui est dans ce cas-là une institution, une double mutualisation à la fois sur la date du décès du vendeur mais aussi sur le prix de vente du logement. Il reste toutefois peu attractif en raison des problèmes toujours inhérents à la nature même du viager (le décès prématuré du vendeur représentant un risque de perte, la dépossession de la famille du défunt...). Qui plus est bien qu'utile en complément le viager mutualisé est loin de suffire à couvrir les coûts de la dépendance à lui seul.

Le prêt à viager hypothécaire, dernier type de viager et le plus récent. Introduit en France en 2006 en s'inspirant sur le modèle Anglo-Saxon, il revient à effectuer un prêt gagé sur le logement contracté par un propriétaire âgé, sans aliénation aucune du bien, et qui recevra un capital jusqu'à son décès. Ce capital sera alors remboursé à la banque lors du décès par la vente du logement. Bien que ce prêt semble remédier à plusieurs défauts du viager et devrait présenter une certaine attractivité, il souffre en réalité de défauts majeurs qui ne lui ont permis qu'un faible succès depuis sa création. En effet outre la sensation pour la famille d'être amputée d'une partie de l'héritage, les taux pratiqués par les banques (qui veulent s'assurer que la dette accumulée ne dépasse pas la valeur du bien) sont particulièrement prohibitifs.

La technique du viager restant marginale et impopulaire, il n'existe donc pas réellement pour le moment de solution à la circulation des capitaux sans modifier le régime fiscal des résidents.

À l'heure actuelle, l'état des lieux de la couverture publique et privée de la dépendance en France montre qu'il n'existe pas de mécanisme de protection contre le risque dépendance qui soit unifié et aisément accessible à tous. Il existe un patchwork de prestations de prise en charge de la dépendance, la majeure partie d'entre elles publiques. Les mécanismes en place sont utiles mais encore imparfaits, et ne permettent pas de répondre à l'intégralité des besoins exprimés.

L'amélioration générale de la couverture de la dépendance doit passer par une véritable extension de notre système de protection sociale, avec la création d'un système global de prise en charge et la reconnaissance d'un « risque dépendance ».

CHAPITRE 2 : L'EXTENSION INCONTOURNABLE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Si la France veut être à la hauteur des enjeux de la dépendance qui sont déjà présents et continueront à se renforcer, des choix doivent être faits. Les besoins de la population nécessitent aujourd'hui une couverture bien plus large que celle qui existe déjà. Elle doit être multidimensionnelle, allant de la prévention du risque, à la compensation du risque, en passant par l'accompagnement.

Plusieurs possibilités s'offrent au gouvernement en terme de modèle de protection sociale applicable à la dépendance ; une première partie décisive sera le choix de la logique qui sous-tendra cette protection (S. 1). Une deuxième partie du choix pourra utiliser à bon escient le recul et l'expérience acquis par d'autres pays ayant déjà fait un choix concernant la prise en charge de la dépendance (S.2).

SECTION 1 : UN CHOIX MAJEUR DE PROTECTION SOCIALE À RÉALISER

Élaborer un nouveau dispositif de protection sociale est à la base un choix de logique. Le souhait est-il de proposer un système universel, solidaire, public, privé. Le choix de la logique sera le premier guide du modèle qui sera construit par la suite. Plusieurs possibilités s'offrent à la France aujourd'hui, un choix fort de couverture publique et universelle avec l'intégration d'un cinquième risque couvert par la sécurité sociale (§.1), ou des choix plus hybrides, voire entièrement privé (§.2).

§1 : L'Intégration possible d'un cinquième risque couvert par la sécurité sociale

La notion de « cinquième risque » et celle l'accompagnant de cinquième branche de la sécurité sociale ne sont pas novatrices. Les débats entourant cette possibilité ont court depuis longtemps mais n'ont pourtant jamais portés leurs fruits (A). Pourtant, ce dispositif de couverture de la dépendance est possible bien que complexe à mettre en oeuvre (B).

A. Le cinquième risque : une idée ancienne, un projet jamais réalisé

La création d'un cinquième risque à ajouter aux quatre branches de la sécurité sociale est un sujet qui n'est pas nouveau. C'est une possibilité débattue depuis longtemps. Le CCNE souligne justement que les « quatre branches de la « sécurité sociale » ne sont, ni ne seront, en mesure de répondre, du fait de leurs compétences et de leurs ressources, aux besoins matériels de la dépendance liée à l'âge aussi bien que des coûts liés aux formes d'hébergement mais aussi de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie »¹⁰¹.

Pour faire face aux besoins qui ne cesseront de grandir dans les prochaines décennies, de nouveaux moyens et dispositifs devraient être créés ; cela nécessiterait le dégagement d'apports financiers supplémentaires. La création d'un cinquième risque pourrait permettre d'assurer les personnes contre le risque de la perte d'autonomie et ses conséquences, incluant ainsi un volet préventif.

En 2007, les études menées par la CNSA et exprimées dans le rapport « Construire un nouveau champ de la sécurité sociale » posaient déjà les limites du système actuel. Un an après, en 2008, une évaluation estimait à 19 milliards d'euros la dépenses publique liée à la perte d'autonomie . Le projet de création d'un cinquième risque avait déjà été porté en 2012 par Nicolas Sarkozy, ancien président de la république, puis abandonné en raison de son coût.

Aujourd'hui, l'idée de la création d'une nouvelle branche à la sécurité sociale refait surface. Le 15 avril 2018, Emmanuel Macron, président de la république, annonçait ainsi « un dernier âge de la vie est en train de se créer sous nos yeux, celui qu'on appelle de la dépendance ou de l'autonomie réduite[...]. C'est la collectivité nationale qui va devoir prendre ce financement à charge. C'est un nouveau risque qu'il nous faut construire ». Le président souhaite pouvoir poser les bases de ce système entre 2018 et 2019. La question principale reste évidemment celle du financement de ces mesures, avec une large probabilité de nouveaux prélèvements.

La possibilité de mise en place d'un tel dispositif existe et sa forme potentielle a été étudiée.

¹⁰¹ CCNE, Op. cit., p17.

B. La construction complexe du cinquième risque

Étudiée par le groupe n°4 et exposée dans le rapport Fragonard, un scénario d'intégration du risque dépendance dans la sécurité sociale est faisable. Les avantages d'un tel dispositif seraient de permettre une « gestion mieux intégrée de l'offre de soins et de services dès lors que les prestations » sont gérées par une seule entité. Le dispositif permettrait également de réduire les disparités locales en matière de pratiques d'attribution des prestations et de disponibilité de l'offre, et d'éviter l'adaptation de plans d'aide APA inférieurs aux besoins.

L'assurance ainsi créée aurait un caractère universel et recouvrirait l'intégralité de la population française, obligatoire avec cotisation, et serait gérée par répartition. Les cotisations seraient proportionnelles aux revenus. La prestation qui résulterait de ce mécanisme ne serait pas récupérable, ni sur succession, ni par recours à l'obligations alimentaire. Elle pourrait revêtir la forme de l'APA actuelle, ou la forme d'une rente.

Plusieurs questions subsistent toutefois : comment générer des financements suffisants ? quel périmètre pour le risque dépendance. Les financements actuels seraient insuffisants pour pouvoir répondre aux besoins, ainsi plusieurs sources pourraient être sollicitées : augmentation de prélèvements existants (Contribution Sociale Généralisée) création de nouveaux prélèvements..

En terme de périmètre, il faut se demander si ce risque dépendance couvrirait uniquement les personnes âgées ou également les personnes handicapées. L'incertitude quand à ce périmètre est d'ailleurs l'un des principaux obstacles à la mise en place du cinquième risque. De part son utilisation majoritairement faite dans un cadre politique, il n'a pour l'instant pas été défini de manière précise. Il apparaît cependant que les discours plus récents s'orientent plus précisément vers la dépendance en écartant le handicap, le président de la République Emmanuel Macron ayant récemment déclaré qu'il « nous faut construire un nouveau risque, il nous faut répondre à cette nouvelle vulnérabilité sociale, qu'est la dépendance »¹⁰².

¹⁰² Emmanuel Macron, Président de la République, « Discours sur les défis en matière de santé, de vieillissement de la population et d'exclusion », Montpellier, 13 juin 2018.

S'il apparaît que soit effectivement prévu la création d'une cinquième branche concernant la dépendance, le problème est celui de l'étendue et du financement de celle-ci. En effet, il est improbable que celle-ci puisse être prise en charge par la Sécurité Sociale sans une augmentation massive de son budget et une restructuration afin d'intégrer ce cinquième risque. Dans les faits, il est donc probable que le financement du cinquième risque se fasse principalement de manière assurantielle, c'est à dire à base de cotisations patronales et salariales.

§2 : La mise en oeuvre d'autres dispositifs de protection sociale

Aux côtés d'un potentiel système de prise en charge de la dépendance basée sur l'intégration d'un cinquième risque à la sécurité sociale, d'autres pistes ont été étudiées. Ainsi, une seconde option pourrait prendre la forme d'une assurance obligatoire pour le risque de dépendance lourde (A), tandis qu'une troisième option pourrait prendre la forme d'une assurance privée universelle de haut niveau (B).

A. La création intéressante d'une assurance obligatoire pour le risque de dépendance lourde

Si les cas de dépendance lourde sont relativement peu fréquents mais surtout peu durables, ils entraînent toutefois des restes à charge particulièrement élevés. Une option existe afin de financer cette dépendance lourde, il s'agit de créer une assurance mutualisée et obligatoire qui couvrirait toute la population.

En théorie, la création d'une telle assurance permettrait de couvrir largement les coûts liés à cette dépendance. La dépendance lourde pouvant toucher toute la population, avec un risque potentiellement grave, un tel mécanisme aurait une importance majeure.

Le concept même d'assurance obligatoire cependant, est difficile à accepter pour la population, d'autant plus sachant qu'il est tout à fait possible de ne jamais en avoir besoin. Bien qu'il ait été souvent mentionné par les différents gouvernements qui se sont succédés, il ne semble pas pour l'instant que cela aille plus loin qu'une simple piste de réflexion.

B. La création spéciale d'une assurance privée universelle de haut niveau

¹⁰³Il serait en théorie possible de réduire substantiellement la dépense publique quant à la dépendance par la mise en place d'une assurance privée universelle de haut niveau qui se substituerait à l'aide publique.

Il s'agirait d'un système universel, ayant pour but de couvrir l'ensemble de la population. Il aurait pour vocation de permettre aux personnes âgées dépendantes de profiter d'une rente de leur assureur qui leur permettrait de se financer des prestations qui leurs sont nécessaires.

Cette assurance serait financée par une cotisation à vie commençant dès lors que la personne entre dans une certaine tranche d'âge prédéfinie et donc dans le système assurantiel, ce qui leur garantirait une rente une fois en situation de dépendance ; rente qui serait fixe et non fonction du montant de la cotisation totale de la personne.

Ce système permettrait donc une couverture universelle pérenne qui aurait pour but, à terme, de toucher l'ensemble de la population (après une génération de transition). Le tout en diminuant largement les dépenses publiques qui ne seraient plus sollicitées en dehors d'aides à la souscription. Il est même possible que, s'il était mis en place dès maintenant, le système d'assurance privée universelle permettrait d'amortir le choc financier qui ne manquera pas d'arriver lors de l'entrée en dépendance des « baby-boomers ».

La mise en place d'une telle assurance qui demande une cotisation importante implique un certain nombre de contraintes à imposer. Ainsi les personnes qui ne souscrivent pas dans un délai ouvert devront être pénalisées, soit par une augmentation de la cotisation à payer, soit par un refus de l'aide.

Bien que ce ne soit encore qu'au stade de théorie, l'idée de la mise en place d'une assurance privée universelle de haut niveau semble très attrayante au vu des besoins importants de financement de la dépendance.

¹⁰³ Bertrand Fragonard, Op. cit.

SECTION 2 : UN CHOIX À ÉCLAIRER DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES

L'élaboration et le choix d'un dispositif de protection sociale aussi important que sera celui permettant la prise en charge de la dépendance nécessite de prendre du recul afin d'étudier les modèles qui ont déjà pu être mis en place à travers le monde. L'expérience retirée des années de fonctionnement de ces systèmes permettra à la France à la fois d'éviter les insuffisances qu'auront pu démontrer certains systèmes (§.1), et de capitaliser sur les réussites obtenues par d'autres (§.2).

§1 : Éviter les insuffisances de certains systèmes

Parmi les pays disposant d'un dispositif relatif à la dépendance, l'Angleterre présente un système compliqué, porteur de nombreuses inégalités sur le territoire (A), tandis que l'Espagne et l'Italie ont, pour des raisons propres, des systèmes clairement insuffisants par rapports aux besoins (B). L'expérience de ces pays est toutefois intéressante à analyser et offre des enseignements utiles.

A. Le modèle complexe et disparate anglais

¹⁰⁴Au Royaume-Uni, et particulièrement en Angleterre, la thématique de la dépendance n'est que peu présente et est souvent ignorée ou oubliée par le public. Pour autant, le système en place ne peut être qualifié de satisfaisant.

Le système actuellement en place en Angleterre repose sur une loi de 1990 sur le Service national de santé et sur l'assistance (National Health Service and Community Care Act). Celui-ci divise la prise en charge de la dépendance en deux blocs distincts : D'un côté, les soins relèvent entièrement du service national de santé, le National Health Service (NHS).

¹⁰⁴ Sénat, "La politique de la dépendance en Angleterre".

Données consultables via: <https://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/notedesyntheseLondres.html>

De l'autre, l'assistance repose entièrement sur les collectivités qui ont pleine compétence dans ce domaine.

Les collectivités territoriales (Councils) ont en la matière une totale responsabilité quant à la planification et l'organisation de ces services. Elles sont pour cela libres de faire appel à des prestataires privés ou de directement financer les personnes en situation de besoin.

Le principal problème de ce modèle est la manière dont sont réparties les aides. En effet, plus de 75% des aides en Angleterre sont attribuées sous condition de ressources. L'aide est également plus ciblée qu'en France et vise les cas les plus lourds de dépendance.

Or, si près de 70% des retraités anglais sont propriétaires de leur résidence, une large partie d'entre eux vivent, du fait de la faiblesse de leur retraite, en-dessous du seuil de pauvreté ; ce qui les rend éligibles à l'aide sociale. L'aide prévue pour l'aide à domicile étant cependant très faible, il n'est pas rare que des personnes doivent se priver d'une aide qui leur est nécessaire jusqu'à ne plus avoir d'autre choix que d'accéder à un hébergement en institution, souvent uniquement possible grâce à la vente de leurs biens. En effet, les Councils peuvent forcer la vente de la résidence principale d'une personne dépendante afin de payer pour son hébergement en institution.

Ce dispositif est donc largement considéré comme insatisfaisant, à la fois à cause de son coût pour les collectivités mais aussi du manque flagrant de libre choix des personnes âgées en situation de dépendance et de la pénalisation de leur épargne et leur patrimoine. Malgré cela, les gouvernements successifs semblent être indifférents à ce problème et l'idée de réformer le système n'a que rarement été évoquée sans jamais de réelle volonté de changement.

B. Les modèles insuffisants espagnols et italiens

En Espagne, le dispositif de prise en charge de la dépendance est issu de la loi n°39 du 14 décembre 2006, relative à la promotion de l'autonomie individuelle et à l'assistance aux personnes dépendantes. Le dispositif qui en est issu est entré en vigueur le 1er janvier 2007 et couvre toutes les formes de perte d'autonomie peu importe leur source.

Le texte prévoit une liste de prestations en nature devant être proposées aux personnes. Cela inclut les dispositifs d'aide permettant le maintien à domicile qui sont proposés par les services sociaux des communautés autonomes ou des prestataires privés. La loi distingue trois degrés de dépendance : dépendance modérée, dépendance sévère, et dépendance grave. L'aide est le plus souvent accordée pour rémunérer un aidant familial. Par ailleurs, ces aides ont fait l'objet d'une augmentation de 5,26% en janvier 2018, et une seconde augmentation de 5% est prévue à l'orée 2020.

En Italie, le dispositif de prise en charge de la dépendance principal est celui de l'aide informelle réalisée par les familles. Le dispositif public n'est que secondaire. Les personnes en difficulté dans les actes de la vie quotidienne peuvent bénéficier de l'indemnité d'accompagnement. Prestation en espèce versée par la sécurité sociale, elle est versée sans condition de ressources. D'un montant de 480 euros en 2010, elle constitue un complément de revenus et son utilisation n'est pas contrôlée.

Les personnes peuvent également bénéficier de prestations en nature. Celles ci sont fournies par les régions et communes. Parmi ces prestations on retrouve l'hébergement en établissement spécialisé, l'aménagement du logement, aide à domicile et à la mobilité...

Ces deux modèles ne peuvent servir d'appui positif pour un renouvellement du système français. En effet, ceux ci sont trop insuffisants. L'Espagne a un niveau de financement trop bas, l'observatoire de la dépendance ayant souligné sans une étude de décembre 2015 que les crédits « qui ne couvrent que le tiers du coût total du dispositif »¹⁰⁵. Par ailleurs, des disparités entre les actions des communautés sont également un problème. Le modèle Italien est particulier, avec la prépondérance des aidants familiaux. Il connaît une importante disparité des prestations selon les régions, le nord du pays étant bien mieux pourvu que le sud du pays.

D'autres pays utilisent un fonctionnement différent, et leurs expériences constituent une opportunité de préparer la future réforme française.

¹⁰⁵ Florence Kamette, « La prise en charge de la dépendance dans l'Union Européenne », *Question d'Europe*, n°196, Fondation Robert Schuman, 28 février 2011

§2 : Capitaliser sur les réussites de certains dispositifs

Les systèmes de protection sociale relatifs à la dépendance mis en place par l'Allemagne, les Pays Bas et le Japon constituent trois sources d'inspiration intéressantes. Chacun de ces pays a organisé la prise en charge autour d'une assurance dépendance, avec cependant des contours différents. Les modèles Allemands et Néerlandais ont fait preuve de leur efficacité (A), bien que des améliorations soient toujours possibles ; et le modèle Japonais à été élaboré de manière pragmatique et fine (B), proposant ainsi une grande précision.

A. Les fructueux modèles allemands et néerlandais

Aux Pays-Bas, le dispositif de prise en charge de la dépendance a connu des évolutions. Jusqu'en 2006 celui-ci reposait sur une branche de l'assurance maladie, « l'assurance pour frais exceptionnels de maladie (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), qui constitue une assurance nationale obligatoire conçue initialement pour couvrir les risques lourds et inassurables »¹⁰⁶. Le système garantissait une prise en charge en établissement comme à domicile, avec la possibilité de choisir entre une prestation en nature ou une allocation financière pour les soins et l'assistance à domicile.

A partir du 1er janvier 2007 et l'introduction de la loi sur l'accompagnement social, la responsabilité des prestations d'assistance à caractère non médical a été transféré aux communes, tandis que le dispositif d'origine pour frais exceptionnels de maladie a été dédié aux personnes ayant des pathologies lourdes. Les communes ont un certain nombre d'obligations : l'établissement d'un plan quadriennal organisant leurs activités d'accompagnement social, fournir des prestations favorisant l'autonomie, offrir le choix aux bénéficiaires de recevoir leurs prestations en nature ou en espèces, la mise en place d'un guichet unique pour étudier les demandes, définir les mesures et fixer le niveau des allocations en espèces¹⁰⁷. Enfin, « l'État verse aux communes une dotation calculée en fonction des caractéristiques de leur population. Si elles réussissent à limiter les dépenses sociales, les communes peuvent utiliser les crédits disponibles à d'autres fins ».

¹⁰⁶ Florence Kamette, Op. cit., p9.

¹⁰⁷ Florence Kamette, Idem.

En Allemagne, la prise en charge de la dépendance est assurée depuis le 1er janvier 1995 par la loi sur l'assurance dépendance, qui couvre toutes les formes de perte d'autonomie (quelque soit l'âge, permettant de recouvrer des cotisations sur un public plus large). En 2008 une réforme a revalorisé les prestations et les cotisations sociales alimentant le dispositif. L'assurance dépendance est obligatoire, et adossée à l'assurance maladie. En conséquence, « toute personne affiliée au régime légal d'assurance maladie ou à un régime privé est automatiquement affiliée à la caisse dépendance rattachée à son régime d'assurance maladie ».

Trois niveaux de dépendance sont utilisés pour attribuer les prestations, et le libre choix entre prestations en nature et prestations en espèces est garanti (toutefois « les assurés d'une caisse privée ne peuvent percevoir que des prestations en espèces »¹⁰⁸). Les ressources des personnes ne sont pas prises en compte pour l'attribution des prestations.
¹⁰⁹La gestion de l'assurance dépendance est effectuée par les caisses d'assurance dépendance ; il en existe une auprès de chaque caisse d'assurance maladie. Des réformes de renforcement du système sont prévues afin de mieux tenir compte des nouveaux besoins de la population (multiplication des cas de démence), et assurer le financement.

Les deux modèles Néerlandais et Allemands constituent d'excellents exemples pour la France. Chacun d'entre eux utilise un dispositif à base d'assurance, mais les Pays-Bas la restreignent aux cas lourds (ce qui correspond à la proposition du Conseil d'Analyses Économiques¹¹⁰), tandis que l'Allemagne dispose d'une couverture complète pour tous. Les deux pistes sont intéressantes et le recul sur ces dispositifs permettent à la France de se saisir des enseignements qu'ils ont apporté pour faire un choix sur son propre système.

¹⁰⁸ Florence Kamette, Op. cit., p2.

¹⁰⁹ Otto Kaufmann (HDR), Europa, « La protection sociale en Allemagne ».

¹¹⁰ Voir « La création intéressante d'une assurance obligatoire pour le risque de dépendance lourde ».

B. L'élaboration fine du modèle japonais

La problématique du vieillissement au Japon est encore plus importante que dans tous les pays cités précédemment. ¹¹¹En effet, il s'agit du pays au monde où le vieillissement est le plus avancé et ce depuis le début des années 2000 (23% de la population a plus de 65 ans). C'est pourquoi il a été vite important de mettre en place une politique efficace de prise en charge des personnes dépendantes.

En avril 2000, le Japon a mis en place un système assurantiel obligatoire forçant à cotiser toutes les personnes de plus de 40 ans et profitant aux personnes reconnues comme dépendantes après une évaluation médicale. Cette dépendance n'est reconnue que chez les personnes de plus de 65 ans et chez les personnes entre 40 et 64 ans en cas de pathologie avérée. Point important de la différence avec le système français, l'assurance japonaise reconnaît 7 niveaux de dépendance calculés différemment des 6 niveaux de GIR en France :

- Niveaux de prévention 1 à 2
- Niveaux de dépendance 1 à 5

Le concept même des niveaux de prévention est absent du système français, et découle des décisions prises par les pouvoirs publics japonais de mettre l'accent sur la prévention et l'aide à domicile afin de retarder au maximum la nécessité de l'hébergement en établissement. Ces niveaux de prévention concernent les personnes qui ne sont pas considérées comme véritablement dépendantes mais comme ayant besoin de soutien pour certaines tâches de la vie quotidienne et pour lesquelles des activités préventives pourraient ralentir la perte d'autonomie (cela correspondrait en France au GIR 4). Les personnes autonomes ne sont pas classées, contrairement au système français qui les classe en GIR 6.

¹¹²Pour ce qui est du financement de la prise en charge, celui-ci est fourni à 50% par les cotisations et à 50% par les impôts. La nature même de cette cotisation est différente de

¹¹¹ Karine Ishii, I.R.E.S, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : Quelles différences ? », *La revue de l'IREES*, 2013/4 n°79, p3 à 33.

¹¹² John C. Campbell et al, « Les enseignements politiques tirés de l'expérience d'autrui et des échanges internationaux en matière d'assurance sociale des soins de santé de longue durée: Allemagne, Japon et République de Corée », *Revue internationale de sécurité sociale*, 4/2009 vol 62.

celle en France, étant donné qu'elle ne provient non pas de la sécurité sociale mais bien d'une cotisation propre spécifique à la dépendance.

Au Japon c'est par ailleurs à la municipalité qu'il revient de gérer la mise en oeuvre de l'assurance dépendance, dans un cadre toutefois limité par l'Etat.

Le système japonais apparaît donc comme une potentielle source d'inspiration. Non seulement au sujet du calcul des niveaux de la dépendance, plus précis que le GIR et plus axé sur l'idée de prévention et de retarder l'entrée en établissement autant que possible. Mais aussi au moins partiellement sur le financement ; l'existence d'une cotisation dédiée à la charge de la dépendance risque de devenir une nécessité au vu des dépenses toujours croissantes engendrées par la dépendance en France.

CONCLUSION

Comment assurer le financement des EHPAD dans un contexte de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes et de multiplication des coûts qui y sont associés ? C'est une question complexe qui appelle nécessairement une réponse complexe.

Au travers des développements de ce mémoire, plusieurs constats ont pu être réalisés.

Les EHPAD sont des acteurs essentiels du secteur médico-social. Ils concentrent aujourd'hui les personnes les plus dépendantes et souffrent d'un manque de moyens pour parvenir à répondre avec qualité aux besoins exprimés. De nombreux problèmes résident dans la structure même de ces établissements, au financement et au fonctionnement ayant besoin d'être rénové en profondeur. Cependant, peu importe l'ampleur des réformes qui seront menées pour améliorer le modèle des EHPAD, ils ne pourront s'avérer pérennes dans les prochaines décennies que si ils font partie d'une véritable politique générale sur la dépendance.

La dépendance est un sujet qui touche tout le monde, de près ou de loin. Chacun est confronté à la dépendance de sa famille, sa propre dépendance, et celle des autres. Accompagner et protéger les personnes âgées dépendantes est un devoir de société. Un état des lieux actuel a montré que si des mécanismes étaient en place, ils n'étaient pas à la hauteur des besoins d'aujourd'hui et ne le seront pas plus demain si rien ne change.

Les établissements, l'accompagnement des personnes, la dépendance, autant de sujets liés régulièrement revisités par de très nombreuses réflexions, analyses, rapports, sans pourtant déclencher nécessairement de grande prise de conscience.

Assurer le financement des EHPAD et plus largement celui de la dépendance, nécessite de se saisir du sujet afin de planifier et mettre en oeuvre une stratégie viable à court, moyen, et long terme. Les éléments exposés au cours de ce travail me conduisent à proposer une stratégie en deux volets pour tenter de répondre à cette problématique.

En premier lieu, une stratégie relative aux EHPAD.

À court terme, il paraît nécessaire d'achever la réforme de la tarification en utilisant les outils CPOM pour stabiliser la situation des établissements. La réforme est un premier pas pour faire évoluer les structures et c'est une opportunité à ne pas manquer.

À moyen terme, le modèle de ressources humaines des établissements devra être revu et renforcé. Un plan de formation professionnelle semble urgent pour être en mesure de répondre aux besoins (tant des résidents que des équipes), et un travail sur l'attractivité du secteur personnes âgées devra être pensé.

Financement, fonctionnement, besoins et moyens sont intrinsèquement liés. Si le financement des structures est assuré mais que son fonctionnement n'est pas renouvelé, les établissements ne pourront pas perdurer.

Enfin, à long terme, il paraît essentiel de repenser la place des établissements au sein d'un véritable parcours personnes âgées. Les tendances ont démontré que les résidents accueillis étaient de plus en plus vieux et dépendants, les EHPAD deviennent donc de fait par la réalisation de ce mouvement des structures spécialisées. L'EHPAD lieu de vie, devient de plus en plus un EHPAD lieu de soins. Sans enlever tout l'aspect social des établissements, une médicalisation supplémentaire accompagnée d'un rôle renforcé du médecin coordonnateur paraît plus adaptée aux besoins qui semblent se dessiner, et au phénomène faisant des EHPAD un lieu de dernier recours.

À côté de cette adaptation des structures, il convient également de rénover en profondeur la politique générale de la perte d'autonomie. L'état des lieux de la prise en charge sur le territoire fait apparaître une multiplicité de prestations, mais pas d'ensemble unifié.

Une nouvelle politique de la dépendance s'inscrira à court terme dans un renfort majeur des aidants. Piliers de l'accompagnement à domicile, il est urgent de soutenir les aidants qui soutiennent eux mêmes les personnes âgées au jour le jour. L'institution générale d'un droit au répit, une véritable reconnaissance sociale au sein et en dehors du statut sont essentielles.

À moyen terme, un développement poussé de la prévention serait bénéfique. Les structures de type accueil de jour ou accueil temporaire sont encore trop peu développées

et réalisent pourtant un travail considérable auprès des personnes âgées. Elles ont un rôle clé, leur permettant de rester chez elles le plus longtemps possible ou d'organiser doucement la transition avec un hébergement en établissement.

Enfin, à long terme, une extension de notre protection sociale est nécessaire. La reconnaissance d'un véritable cinquième risque et la consécration de celui-ci dans un mécanisme dédié.

Le dispositif le plus intéressant à adapter en France est sans doute celui de l'assurance dépendance utilisé en Allemagne. Notre système devra être universel, être cotisé par toutes les personnes, pas uniquement les travailleurs, et ce dès le plus jeune âge. Ces apports devraient permettre de développer et maintenir une véritable couverture dépendance. La dépendance ne touche pas tout le monde de manière égalitaire, mais il est possible de faire en sorte que sa couverture sociale le soit. Un choix fort de solidarité publique paraît être la meilleure solution à un problème qui nous concerne tous.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011¹¹³.

Tableau 1 – Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31/12/2015	Nombre de résidents au 31/12/2011	Evolution du nombre de personnes accueillies entre 2011 et 2015	Evolution du nombre de places entre 2011 et 2015
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	585 560	547 020	7,0 %	6,2 %
EHPAD privés à but lucratif	125640	110180	14,0 %	12,4 %
EHPAD privés à but non lucratif	169030	155570	8,7 %	7,6 %
EHPAD publics	290 890	281 270	3,4 %	2,8 %
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>	127070	125320	1,4 %	0,8 %
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>	163820	155950	5,0 %	4,4 %
Logements-foyers¹	101 880	102 770	-0,9 %	0,5 %
Logements-foyers privés à but lucratif	3790	3350	13,1 %	11,6 %
Logements-foyers privés à but non lucratif	27390	28060	-2,4 %	-0,7 %
Logements-foyers publics	70700	71360	-0,9 %	0,5 %
EHPA (non EHPAD)	7 700	8 630	-10,8 %	-11,2 %
Maisons de retraite privées à but lucratif	1120	2370	-52,7 %	-38,0 %
Maisons de retraite privées à but non lucratif	4790	4660	2,8 %	-3,5 %
Maisons de retraite publiques	1790	1600	11,9 %	8,4 %
Unités de soins de longue durée²	32790	33490	-2,1 %	-2,5 %
Autres types d'établissement³	.	1070	.	.
Ensemble⁴	727 930	692 980	5,0 %	4,5 %

1. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1er janvier 2016, des résidences autonomes.

2. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

3. Résidences d'hébergement temporaire (catégorie inexistante en 2015) et établissements expérimentaux (catégorie inexistante en 2015).

4. Les sous-totaux ont été arrondis. De ce fait, la correspondance avec le total n'équivaut pas à la somme des sous-totaux.

Lecture • Au 31 décembre 2015, 585 560 personnes âgées sont hébergées en EHPAD.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

¹¹³ DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

ANNEXE 2 : Âge moyen à l'entrée des résidents en 2015, selon le type d'établissement¹¹⁴.

Tableau 2. Âge moyen à l'entrée des résidents en 2015, selon le type d'établissement

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de personnes entrées au cours de l'année 2015	Moyenne	Dispersion		
			Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	246 300	85 ans et 8 mois	82 ans	86 ans et 11 mois	90 ans et 11 mois
EHPAD privés à but lucratif	65 640	86 ans et 5 mois	82 ans et 11 mois	87 ans et 6 mois	91 ans et 4 mois
EHPAD privés à but non lucratif	66 730	85 ans et 7 mois	81 ans et 10 mois	86 ans et 9 mois	90 ans et 11 mois
EHPAD publics	113 940	85 ans et 3 mois	81 ans et 7 mois	86 ans et 7 mois	90 ans et 8 mois
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>	52 460	<i>84 ans et 9 mois</i>	<i>80 ans et 11 mois</i>	<i>86 ans et 3 mois</i>	<i>90 ans et 6 mois</i>
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>	61 490	<i>85 ans et 8 mois</i>	<i>82 ans et 2 mois</i>	<i>86 ans et 11 mois</i>	<i>90 ans et 10 mois</i>
Logements-foyers	18 970	80 ans et 9 mois	75 ans et 4 mois	83 ans et 0 mois	87 ans et 10 mois
EHPA (non EHPAD)	5 000	84 ans et 8 mois	80 ans et 11 mois	86 ans et 4 mois	90 ans et 7 mois
Unités de soins de longue durée	20 860	83 ans et 8 mois	79 ans et 3 mois	85 ans et 3 mois	90 ans
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	291 120	85 ans et 2 mois	81 ans et 5 mois	86 ans et 7 mois	90 ans et 8 mois

1. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

Lecture • Au cours de l'année 2015, 246 300 personnes sont entrées en EHPAD, à l'âge moyen de 85 ans et 8 mois. Un quart des résidents entrés cette année avaient moins de 82 ans et un quart avait plus de 90 ans et 11 mois. La moitié des entrants avait plus de 86 ans et 11 mois.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour. Résidents entrés dans l'établissement en 2015.

¹¹⁴ DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

ANNEXE 3 : Répartition des résidents par GIR selon leur tranche d'âge, en EHPAD¹¹⁵.

Tableau F.bis- Répartition des résidents par GIR selon leur tranche d'âge, en EHPAD														
Tranche d'âges	GIR des résidents au 31/12/2015							GIR des résidents au 31/12/2011						
	1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6	Total
Moins de 70 ans	10,5	31,1	19,0	25,9	8,2	5,3	100,0	10,4	29,0	17,5	25,2	10,0	7,9	100,0
De 70 à 79 ans	14,6	36,9	17,9	20,9	5,8	3,9	100,0	14,6	34,4	16,3	21,3	7,5	6,0	100,0
De 80 à 89 ans	17,3	37,3	16,9	19,8	5,2	3,5	100,0	18,1	35,0	15,2	19,6	6,8	5,4	100,0
De 90 et plus	20,0	36,5	16,8	19,1	4,8	2,8	100,0	22,2	34,7	15,5	18,1	5,6	4,1	100,0
Total	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100,0	18,4	34,4	15,6	19,7	6,7	5,2	100,0

Note • Calcul réalisé sur les répondants uniquement (variable âge + Gir)
 Lecture • Au 31 décembre 2015, 7,6% des résidents en EHPAD âgés de 90 ans et plus étaient en
 Champ • France, EHPAD.

¹¹⁵ DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

ANNEXE 4 : Part des résidents confrontés, fin 2015, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité¹¹⁶.

graphique 3 Part des résidents confrontés, fin 2015, à une perte d'autonomie partiel

3a - Selon leur GIR

Type d'activité	Niveau de dépendance			
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Tous GIR
Transferts	88,9	44,4	4,0	65,6
Déplacements intérieurs	94,3	60,1	14,6	75,2
Toilette	99,5	96,1	38,7	93,0
Élimination	96,4	66,1	6,4	77,8
Habillage	98,8	84,7	8,5	85,9
Alimentation	90,5	51,9	9,4	69,7
Orientation	93,1	65,5	24,7	77,3
Cohérence	94,5	74,7	42,5	82,9

3b - selon leur groupe d'âge

Type d'activité	Classe d'âge			
	Moins de 70 ans	De 70 à 80 ans	De 80 à 90 ans	90 ans et plus
Transferts	47,6	58,5	65,4	71,3
Déplacements intérieurs	55,5	68,0	75,8	75,2
Toilette	88,7	92,1	93,1	94,0
Élimination	65,2	75,3	78,1	80,3
Habillage	78,8	84,3	86,0	87,6
Alimentation	64,5	69,1	69,1	71,4
Orientation	68,6	75,3	78,2	78,3
Cohérence	89,3	87,4	82,9	80,4

Lecture • 75,8% des résidents âgés de 90 ans ou plus ne se déplacent pas de manière autonome dans l'établissement. Leur capacité à se déplacer a été évaluée aux niveaux B (« fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ») ou C (« ne fait pas ») (grille AGGIR, variables évaluatives du GIR).

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour et logements-foyers.

¹¹⁶ DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

ANNEXE 5 : Proportion de personnes placées sous protection juridique, et nature de la protection juridique pour les personnes placées sous protection juridique (en %)¹¹⁷.

Tableau H.1 - Proportion de personnes placées sous protection juridique	
Protection juridique	Pourcentage
Non	72,2
Oui	27,8
Champ • France, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées Source • DREES, enquête EHPA 2015.	
Tableau H.3 - Nature de la protection juridique pour les personnes placées sous protection juridique	
Nature de la protection juridique	Pourcentage
Sauvegarde de justice	2,3
Curatelle	19,5
Tutelle	71,1
Mandat de protection future	1,0
Ne sait pas	6,2
Total	100,0
Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées.	

¹¹⁷ DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

ANNEXE 6 : Le compte de la dépendance en 2014 et ses financements publics¹¹⁸

Champ	Type de dépense	Dépense totale (en milliards)	dont financeurs publics (en milliards)	dont ménages (en milliards)
Santé	OGD personnes âgées	9,4	9,4	-
	Soins de ville	1,8	1,8	0,1
	USLD	1,0	1,0	-
Total		12,2	12,1	0,1
Perte d'autonomie	APA - aide publique	5,5	5,5	-
	dont aide à domicile	3,5	3,5	-
	dont aide en établissement	2,0	2,0	-
	TM APA et aide au-delà de l'APA	2,5	-	2,5
	PCH & ACTP (60 ans ou plus)	0,6	0,6	-
	Action sociale (collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,9	0,9	-
	Exonérations cotisation employeur	0,6	0,6	-
	Crédit IR dépendance à domicile	-	0,2	- 0,2
	Autres aides fiscales (demi-part invalidité, taux réduits de TVA, etc.) et diverses	0,4	0,4	-
	Dépenses appareillages	0,1	-	0,1
Total		10,7	8,3	2,4
Hébergement	ASH	1,2	1,2	-
	Aides au logement (APL, ALS)	0,5	0,5	-
	Autres aides aux établissements	1,3	1,3	-
	Réduction IR en établissement	0,3	0,3	-
	Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert)	3,8	-	3,8
Total		7,1	3,3	3,8
Total (en milliards)		30,0	23,7	6,3
Total (en points de PIB)		1,40 %	1,11 %	0,29 %

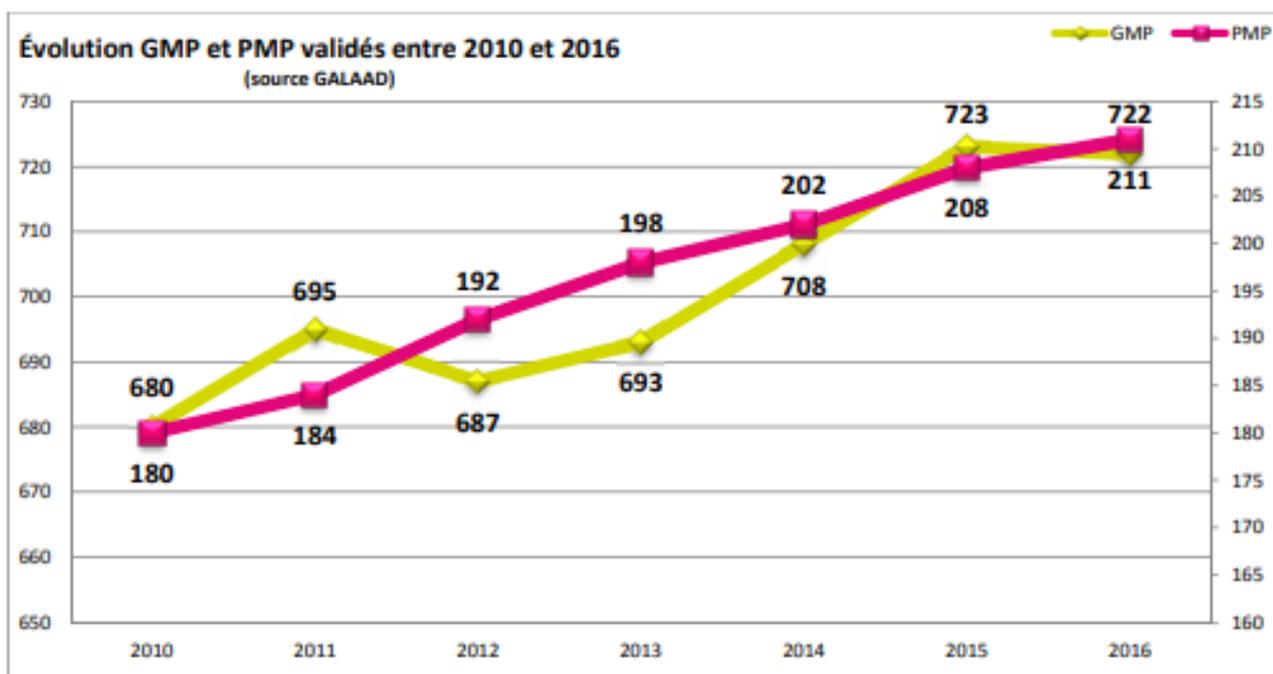
OGD : objectif global de dépenses médico-sociales ; USLD : unités de soins de longue durée ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; TM : ticket modérateur ; IR : impôt sur le revenu ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; ASH : aide sociale à l'hébergement.

Note • Non compris ici les 4,4 milliards d'euros de gîte et couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissements, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile.

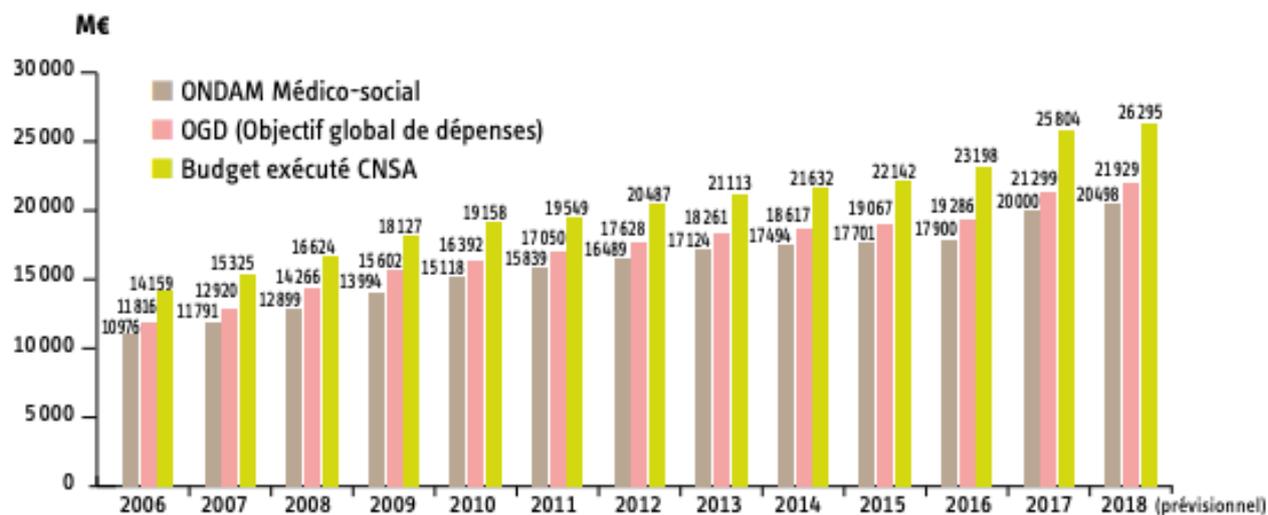
Lecture • Les financeurs publics de la dépendance assurent donc 23,7 des 30,0 milliards d'euros de dépenses en 2014, soit environ 79 % du total.

¹¹⁸ DREES, Études et Résultats, n°1032, octobre 2017.

ANNEXE 7 : L'évolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen¹¹⁹.



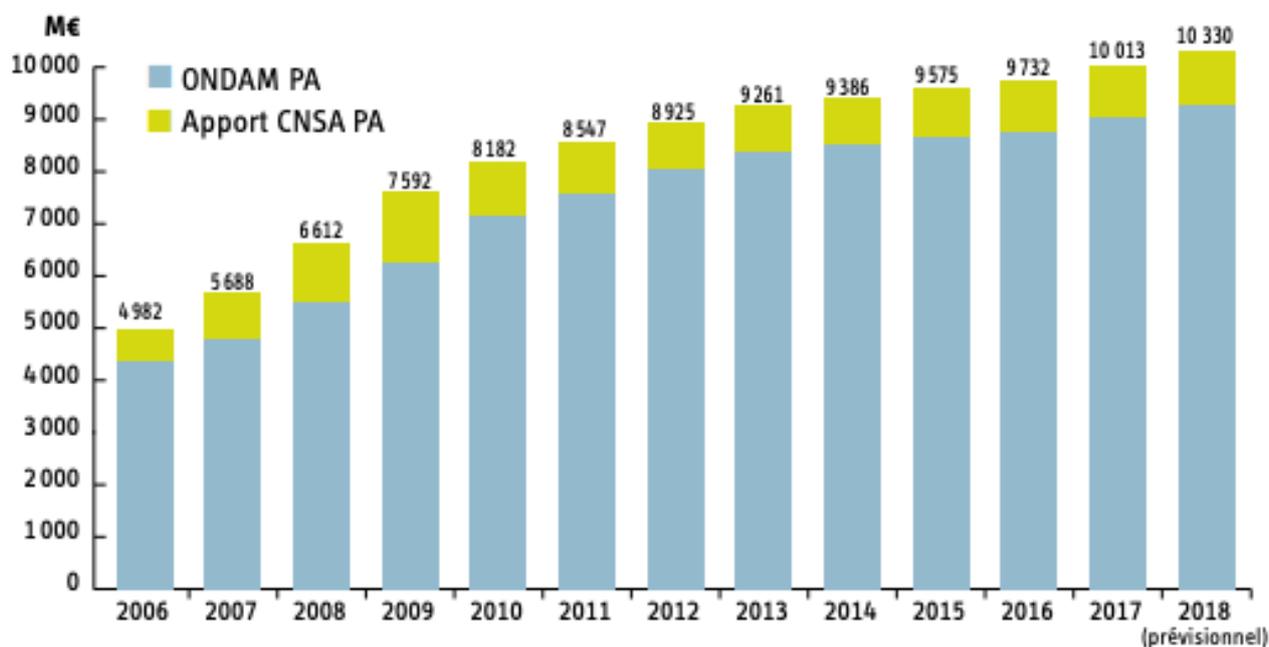
ANNEXE 8 : Budget exécuté 2006 à 2017 de la CNSA et prévisionnel 2018¹²⁰



¹¹⁹ CNSA, « La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », Novembre 2017, p. 29.

¹²⁰ CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 9e édition, 2018.

ANNEXE 9 : Évolution du financement de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées entre 2006 et 2018¹²¹



ANNEXE 10 : Dispersion des prix en hébergement permanent journalier d'une chambre seule (prix majoritairement proposé), et chambre seule avec ASH, par statut juridique, au 31 décembre 2016¹²².

Statut juridique	Nombre de structures	1er décile (D1)	1er Quartile (Q1)	Médiane	3ème Quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Rapport inter décile
Prix par jour (en €) en hébergement permanent Chambre seule (Prix majoritairement proposé)							
Privé commercial	1 705	66.30 €	73.73 €	82.00 €	93.00 €	106.10 €	1.6
Privé non lucratif	2 111	51.40 €	54.93 €	59.89 €	66.60 €	75.17 €	1.46
Public autonome	1 216	48.59 €	51.67 €	55.00 €	58.63 €	62.05 €	1.28
Public rattaché à un EPS	1 072	46.94 €	50.85 €	54.04 €	58.33 €	62.63 €	1.33
Public territorial (CCAS)	657	46.51 €	49.45 €	53.25 €	57.74 €	62.00 €	1.33
Chambre seule	6 761	49.57 €	53.56 €	59.25 €	72.00 €	88.00 €	1.78
Prix par jour (en €) en hébergement permanent Chambre seule avec ASH							
Privé commercial	466	51.98 €	54.22 €	57.97 €	63.11 €	75.36 €	1.45
Privé non lucratif	1 650	50.47 €	53.86 €	57.97 €	63.14 €	69.44 €	1.38
Public autonome	1 097	48.50 €	51.58 €	54.95 €	58.55 €	62.09 €	1.28
Public rattaché à un EPS	979	46.53 €	50.78 €	54.04 €	58.10 €	62.26 €	1.34
Public territorial (CCAS)	559	46.48 €	49.20 €	52.70 €	57.21 €	60.93 €	1.31
Chambre seule ASH	4 751	48.49 €	51.93 €	55.63 €	60.03 €	65.99 €	1.37

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

¹²¹ ¹²¹ CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 9e édition, 2018.

¹²² CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », Analyse statistique, n°4, juin 2017, p6.

BIBLIOGRAPHIE

I. LES CODES

Code de l'Action Sociale et des Familles.

Code de la Santé Publique.

III. LES NOTES ET RAPPORTS

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), Enjeux éthiques du vieillissement, Avis n° 128, Paris, 15 février 2018.

Muller Marianne, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études & Résultats, n°1015, juillet 2017.

Lecroart Aude (DREES), Froment Olivier, Marbot Claire et Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes », Dossiers solidarité et santé, n°43, Septembre 2013, p.13.

Roussel Romain, DREES, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études & Résultats, n° 1032, octobre 2017.

Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Les dossiers de la DREES, n°5, septembre 2016.

Monique Iborra, Caroline Fiat, Assemblée Nationale, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°769, 14 mars 2018, p.21.

Mahel Bazin, Marianne Muller, DREES, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », Études et Résultats, n° 1067, Juin 2018.

Bernard Bonne, Sénat, « la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Rapport d'information, n°341, 7 mars 2018.

Antoine Bozio et al., Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques pour la dépendance? », Notes du conseil d'analyse économique, n°35, 2016/8.

CNSA, « GALAAD en quelques mots », Mai 2015.

CNSA, « La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », Novembre 2017, p. 29.

Pierre Ricordeau, IGAS, « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », n°2018-023R, Avril 2018, p. 11.

CNSA, « Le prix des EHPAD en 2017 », Analyse Statistique, n°05, Mai 2018 ,p. 8.

Jean-Marie Vanlerenberghe et al., Sénat, « Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'assemblée nationale, pour 2018 », Commission des affaires sociales, rapport n°77, 8 novembre 2017.

CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », Analyse statistique, n°4, juin 2017, p6
Cour des comptes, « Rapport public annuel 2018 », février 2018.

Cour des comptes, « Tome II - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », Rapport public annuel, 2018, p3.

DGCS, Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123, 7 avril 2017.

Marie-Dominique Minne (INSEE), Isabelle Leroux (DREES), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements », INSEE FOCUS, n°71, 9 décembre 2016.

DREES, « L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées », L'aide et l'action sociale en France, édition 2017.

Bertrand Fragonard, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance, Juin 2011.

Mélanie Bérardier, DREES, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », Études & Résultats, n°748, février 2011.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), Enjeux éthiques du vieillissement, Avis n° 128, Paris, 15 février 2018.

Etienne Grass (IGAS), Hélène Gisserot (Procureur général honoraire près la cour des Comptes), « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », Rapport, 20 mars 2007.

DREES, Études et Résultats n° 1015, juillet 2017.

CNSA, « La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », Novembre 2017, p. 29.

CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 9e édition, 2018.

IV. DIVERS

Portail Web CNSA.

Bernard Ennuyer, « 1962-2007 : regards sur les politiques du maintien à domicile », *Gérontologie et Société*, vol. 30, n° 123, 2007, p. 153-167.

Agnès Buzyn, « Feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme », 30 mai 2018.

Ministère des solidarités et de la santé, DGCS, les missions, portail web solidarités- santé, 2018.

DGCS, La réforme de la contractualisation et de la tarification des ESSMS - Évolutions réglementaires et impact sur les financements -, 2017.

ARS Grand-Est, État prévisionnel des Recettes et des Dépenses, portail web ARS Grand-Est.

CNSA, « Le modèle « PATHOS », Guide d'utilisation, 18 janvier 2017, p.5.

Hospimédia, « La majorité des EHpad ont intégré automatiquement les groupements hospitaliers de territoire », 24 mars 2017.

Emmanuel Macron, Président de la République, « Discours sur les défis en matière de santé, de vieillissement de la population et d'exclusion », Montpellier, 13 juin 2018.

Sénat, "La politique de la dépendance en Angleterre".

Florence Kamette, « La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne », *Question d'Europe*, n°196, Fondation Robert Schuman, 28 février 2011.

Otto Kaufmann (HDR), Europa, « La protection sociale en Allemagne ».

Karine Ishii, I.R.E.S, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : Quelles différences ? », *La revue de l'IREES*, 2013/4 n°79, p3 à 33.

John C. Campbell et al, « Les enseignements politiques tirés de l'expérience d'autrui et des échanges internationaux en matière d'assurance sociale des soins de santé de longue durée: Allemagne, Japon et République de Corée », *Revue internationale de sécurité sociale*, 4/2009 vol 62.

V. LES ENCYCLOPÉDIES

Larousse, Encyclopédie Médicale.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	II
PARTIE 1 : L'EHPAD, UN MODÈLE À ADAPTER	7
CHAPITRE 1 : DES ÉTABLISSEMENTS CONNAISSANT DES PROBLÈMES STRUCTURELS	8
SECTION 1 : L'INSUFFISANCE NOTOIRE DES RESSOURCES	8
§1 : Un modèle de ressources humaines à bout de souffle.....	8
A. La dégradation continue de l'environnement de travail	9
B. Le défaut d'attractivité du secteur des personnes âgées	12
§2 : Un financement constamment inférieur aux besoins	14
A. La fréquence insuffisante d'évaluation des besoins	15
B. L'influence directe de la politique du maintien à domicile.....	17
SECTION 2 : DE LA GOUVERNANCE AU FINANCEMENT : UNE FRAGMENTATION DISCUTABLE.....	18
§1 : Trois financeurs distincts pour une tarification ternaire	19
A. La prise en charge du financement des soins et de la dépendance par la dépense publique	19
B. La prise en charge individuelle du financement de l'hébergement	21
§2 : Le fractionnement superflu de la gouvernance en matière de dépendance	22
A. Le co-pilotage national : une relation à renforcer , des missions à affiner	23
B. Le co-pilotage local : un besoin d'identifier un acteur unique	25
CHAPITRE 2 : LA RÉFORME DE LA TARIFICATION, UN PREMIER PAS POUR L'ADAPTATION DES EHPAD	28
SECTION 1 : UN CONCEPT VERTUEUX, UNE MISE EN OEUVRE SUBOPTIMALE.....	28
§1 : Un cadre tarifaire et contractuel rénové	28

A. Le renouvellement de la contractualisation et de la présentation budgétaire : un gain de flexibilité pour les gestionnaires	29
B. L'objectivation de la fixation des forfaits dépendance et soins	30
§2 : L'estimation préalable insuffisante de l'impact de la réforme	32
A. Une perte de recette imprévue au titre de la convergence des tarifs dépendance	32
B. La mise en oeuvre forcée d'une mesure de neutralisation temporaire.....	34
SECTION 2 : UN ÉCHEC PARTIEL À TRANSFORMER EN OPPORTUNITÉ D'ÉVOLUTION POUR LES EHPAD.....	35
§1 : Caractériser les faiblesses de la réforme.....	35
A. Une absence d'articulation entre les rythmes de déploiement de la réforme de la tarification et la réforme de la contractualisation à déplorer	36
B. La remise en question de l'efficacité de certains outils de calcul tarifaire	37
§2 : Compléter la réforme, au delà du financement	38
A. Le médecin coordonnateur, un rôle central à renforcer	39
B. La place clé des EHPAD dans les services aux personnes âgées	40
PARTIE 2 : UNE INTÉGRATION NÉCESSAIRE AU SEIN D'UNE STRATÉGIE GLOBALE SUR LA DÉPENDANCE	42
CHAPITRE 1 : DES PRESTATIONS MULTIPLES, DES RÉSULTATS INSUFFISANTS	42
SECTION 1 : UNE COUVERTURE PUBLIQUE IMPARFAITE	42
§1 : Une double prestation en établissement.....	43
A. Un recours inégal aux aides publiques.....	43
B. Des restes à charges conséquents, une absence de véritable libre choix.....	45
§2 : Un recours double à domicile	46
A. L'utilisation importante de l'APA à domicile	46
B. Le renforcement impératif des aidants	48
SECTION 2 : UNE COUVERTURE PRIVÉE RÉSIDUELLE	49
§1 : Un marché de services privés en développement	49
A. Le faible recours à l'assurance dépendance privée	49

B. Un encouragement possible à la diffusion de l'assurance dépendance privée	51
§2 : La trop faible mobilisation du patrimoine privé.....	52
A. Un régime fiscal incitant à l'accumulation d'un capital dormant	52
B. Une opportunité de financer des restes à charge	53
CHAPITRE 2 : L'EXTENSION INCONTOURNABLE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE	55
SECTION 1 : UN CHOIX MAJEUR DE PROTECTION SOCIALE À RÉALISER	55
§1 : L'Intégration possible d'un cinquième risque couvert par la sécurité sociale	55
A. Le cinquième risque : une idée ancienne, un projet jamais réalisé	56
B. La construction complexe du cinquième risque.....	57
§2 : La mise en oeuvre d'autres dispositifs de protection sociale	58
A. La création intéressante d'une assurance obligatoire pour le risque de dépendance lourde	58
B. La création spéciale d'une assurance privée universelle de haut niveau.....	59
SECTION 2 : UN CHOIX À ÉCLAIRER DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES.....	60
§1 : Éviter les insuffisances de certains systèmes	60
A. Le modèle complexe et disparate anglais	60
B. Les modèles insuffisants espagnols et italiens.....	61
§2 : Capitaliser sur les réussites de certains dispositifs.....	63
A. Les fructueux modèles allemands et néerlandais	63
B. L'élaboration fine du modèle japonais	65
CONCLUSION.....	67
ANNEXES.....	71
BIBLIOGRAPHIE	79
TABLE DES MATIÈRES	82

Face à l'avancée du vieillissement de la population et de la dépendance chez les personnes âgées, la société se doit de réfléchir sur les moyens proposés pour répondre à ces enjeux. Les mécanismes d'accompagnements et de couverture de la dépendance, et particulièrement leur financement, sont au coeur de nombreuses réflexions.

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes constituent un point clé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes. Sous tension avec des moyens humains et financiers insuffisants compte tenu des besoins, ces structures doivent s'adapter. Un travail de renouvellement important, passant obligatoirement par une rénovation du modèle de ressources humaines est essentiel afin d'assurer la pérennité des établissements.

Au niveau national, c'est une véritable politique globale de prise en charge de la dépendance qui doit être développée. La consécration d'un « risque dépendance » et la création d'une cinquième branche dédiée de la Sécurité Sociale permettrait d'assurer une couverture universelle de la dépendance.

Ces questions supposent des choix de société importants qui prendront du temps à se mettre en oeuvre. En conséquence, il est indispensable de réfléchir et d'agir dès aujourd'hui afin de préparer l'avenir.