

Rapport du groupe

« Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »

Modérateur : Evelyne RATTE, conseiller-maître à la Cour des Comptes
Rapporteur : Dorothée IMBAUD, inspectrice des affaires sociales

21 Juin 2011

Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

INTRODUCTION	4
1. ORGANISER ET AMELIORER L'OFFRE DE SERVICE.....	5
1.1. <i>L'accompagnement à domicile : un secteur complexe difficile à réguler</i>	5
1.1.1. Des formules juridiques diversifiées	6
1.1.2. Le respect du principe du libre choix de la personne se heurte à l'illisibilité du système...	8
1.1.3. L'amélioration de l'organisation et de la régulation sont des objectifs partagés et qui suscitent un débat très ouvert	9
1.1.3.1. Le pilotage et les systèmes d'information doivent être organisés par les autorités concernées.....	9
1.1.3.2. Un plan national du soutien à domicile est indispensable	9
1.2. <i>L'hébergement en institution : une offre à diversifier</i>	10
1.2.1. L'état des lieux de l'offre : une forte amélioration quantitative et qualitative mais une répartition encore inégale sur le territoire	10
1.2.1.1. Le bilan positif du plan solidarité-grand âge	10
1.2.1.2. Les créations de places d'EHPAD vont s'intensifier d'ici 2012	12
1.2.1.3. Un taux d'équipement en diminution mais à relativiser face au développement du soutien à domicile	12
1.2.1.4. Une offre marquée par des déséquilibres territoriaux.....	14
1.2.2. Les difficultés pour établir les besoins futurs en place d'établissement.....	14
1.2.2.1. La nécessaire fiabilisation des données sur l'état de l'offre d'hébergement	14
1.2.2.2. Les caractéristiques de la population accueillie en EHPA	14
1.2.3. Les hypothèses des besoins futurs	15
1.2.3.1. Poursuivre l'évolution en faveur du maintien à domicile.....	15
1.2.3.2. Redécouvrir l'offre d'hébergement intermédiaire	16
1.2.3.3. Repenser le concept des structures de répit	17
1.2.3.4. Mettre en place une logique ascendante de définition des besoins.....	18
2. STRUCTURER LE DISPOSITIF AUTOUR D'UN OBJECTIF PRIORITAIRE : LE PARCOURS COORDONNE DE LA PERSONNE AGEÉE	19
2.1. <i>Un constat partagé sur l'insuffisance de la coordination des services</i>	19
2.2. <i>La demande de soins des personnes âgées est le moment où se révèlent les défaillances de la coordination qui devrait s'exercer entre les secteurs sanitaire et médico social</i>	20
2.3. <i>Le cas spécifique des personnes handicapées vieillissantes</i>	21
2.4. <i>Mettre en place un parcours global et coordonné autour de la personne</i>	22
3. FAVORISER LA QUALITE PAR L'EVALUATION DES SERVICES ET LA PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS.....	24
3.1. <i>Définition de la bientraitance par l'ANESM</i>	24
3.2. <i>La création de l'ANESM est une avancée significative qui doit être confortée par la mise en place d'un référentiel d'évaluation national</i>	25
3.3. <i>La formation est un enjeu fort de la qualité des prestations</i>	26
3.3.1. Des difficultés de recrutement et un turn over inquiétants pour la qualité de la prise en charge	26
3.3.2. La formation doit être encouragée et son contenu enrichi.....	27
4. RECHERCHER LES VOIES ET MOYENS DE MAITRISER LE RESTE A CHARGE	27
4.1. <i>La tarification ternaire fait peser le reste à charge sur la section « hébergement »</i>	28
4.1.1. La tarification ternaire des EHPAD.....	28
4.1.2. Les propositions de réforme de la tarification des EHPAD	29

4.2.	<i>Un reste à charge très élevé évalué à 1 500€ mensuel</i>	30
4.2.1.	Les modalités de fixation du tarif « hébergement »	30
4.2.2.	Un reste à charge du à 90% au coût de plus en plus élevé de l'hébergement.....	31
4.3.	<i>Améliorer la solvabilisation du coût de l'hébergement</i>	32
4.4.	<i>Agir sur les coûts et rechercher une plus grande efficacité du secteur</i>	33
4.5.	<i>Mettre en place des référentiels de coûts de l'hébergement</i>	34
4.6.	<i>Améliorer l'aide à l'investissement</i>	34
CONCLUSION.....		36
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL		38
PIECES JOINTES		43
	<i>Pièce jointe 1 : Lettre de mission</i>	44
	<i>Pièce jointe 2 : Composition du groupe de travail (62 membres)</i>	45
	<i>Pièce jointe 3 : Liste des membres ayant participé aux travaux sur l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie</i>	47
	<i>Pièce jointe 4 : Thèmes et calendrier des réunions du groupe de travail n°3</i>	50

Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 18 janvier 2011, la ministre en charge des solidarités et de la cohésion sociale a constitué un groupe de travail chargé de réfléchir aux modalités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Le groupe a été composé de manière à réunir des parlementaires et des élus de collectivités locales, les organisations et les structures les plus représentatives du secteur, les partenaires sociaux, des experts et des représentants des services de l'Etat.

Les travaux du groupe s'inscrivent dans le cadre du débat sur la dépendance des personnes âgées, initié par le Président de la République.

Le groupe s'est réuni à sept reprises en formation plénière et à 6 reprises en formation technique entre le 3 février et le 10 mai 2011 et a organisé ses travaux autour de six thèmes comme l'y invitait sa lettre de mission :

- Etat des lieux de l'offre d'hébergement
- Etat des lieux du secteur de l'aide et soins à domicile
- Le parcours coordonné de la personne âgée en perte d'autonomie
- Les perspectives en termes de programmation et planification de l'offre
- La qualité de l'accueil et l'accompagnement
- La politique tarifaire et l'évolution des coûts de prise en charge

Les réunions du groupe se sont déroulées dans un climat d'écoute et de discussions franches. Les points de vue des uns et des autres ont été exposés et débattus. Si certaines orientations font consensus, d'autres en revanche ne recueillent pas l'assentiment de tous.

D'une manière générale le groupe a bénéficié de nombreux documents et notes de la part de ses membres ou d'autres organismes ou personnalités qui participent à la vie de ce secteur. Le délai des travaux n'a pas permis de répondre aux nombreuses demandes d'audition qui ont été formulées. Il a été proposé de pallier cette impossibilité en faisant parvenir un document porté à l'information des membres du groupe..

Le présent rapport s'efforce de synthétiser les principaux constats formulés par le groupe sur les thèmes évoqués, sans reprendre les analyses techniques préparées par Mme Dorothée Imbaud, IGAS, rapporteur du groupe, et à partir desquelles les discussions ont été organisées. Elles figurent en annexe. De même les comptes-rendus des réunions plénières qui rendent compte de manière plus détaillée des positions respectives des uns et des autres sont regroupés en annexe. Les principales recommandations sont regroupées dans une liste qui figure en fin de rapport.

1. ORGANISER ET AMELIORER L'OFFRE DE SERVICE

Les politiques publiques menées ces vingt dernières années ont fortement renforcé la solidarité en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, tant par la mise en place de mécanismes de solvabilisation (APA, dépenses fiscales) que par l'augmentation et la diversification de l'offre de soins et de services d'accueil et d'accompagnement.

Ces politiques publiques sont fondées sur les grands principes suivants :

- l'affirmation du principe de libre choix de la personne âgée,
- la priorité donnée au soutien à domicile,
- l'accroissement et la médicalisation de l'offre d'hébergement,

La création par la loi du 20 juillet 2001¹ de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en instaurant une aide financière à caractère universel, a joué un rôle clé dans le développement du maintien à domicile. Cette nouvelle prestation a en effet permis de solvabiliser une demande forte des personnes âgées. Elle a ainsi connu une montée en charge rapide et massive. Selon les derniers chiffres disponibles, le nombre d'allocataires de l'APA fin 2010 s'est élevé à 1 174 000 pour une dépense totale évaluée à 5,24 milliards d'euros.

Au-delà de cette mesure de solvabilisation du besoin d'accueil et d'accompagnement, ce sont les plans pluri annuels de création de places, notamment le dernier plan « solidarité-grand âge », ainsi que la politique de conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ont permis une amélioration tant qualitative que quantitative de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les bénéfices de ces efforts financiers d'envergure ne doivent cependant pas occulter les problématiques restantes et à venir telles que :

- la complexité et les difficultés de pilotage et de régulation que connaît le secteur de l'aide à domicile,
- l'adaptation de l'offre de service aux besoins futurs, dans un contexte de fort vieillissement de la population et de changement culturel générationnel,
- l'insuffisance de la coordination des acteurs du champ de la dépendance autour de la personne âgée, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette situation pèse sur la qualité de la prise en charge et sur les coûts de celle-ci,
- le taux d'encadrement tant en établissement qu'à domicile.

1.1. L'accompagnement à domicile : un secteur complexe difficile à réguler

L'aide à domicile constitue un élément essentiel des politiques de prévention de la perte d'autonomie (thème examiné par le groupe 1 « société et vieillissement ») et de maintien à domicile des personnes âgées. Ce secteur est appelé à se développer dans les années à venir sous la triple influence des évolutions démographiques, des politiques publiques qui favorisent le libre choix du mode de vie, de la demande d'accompagnement à domicile et de la diminution probable du nombre des aidants familiaux.

Les enjeux de l'aide à domicile sont de plusieurs ordres, puisqu'ils concernent à la fois les bénéficiaires : est-il répondu de façon efficiente, par des prestations de qualité, aux besoins des personnes âgées ?, et les services et l'ensemble des salariés du secteur : sont-ils en capacité de répondre correctement aux enjeux d'un accompagnement à domicile de qualité ? Pour un maintien à domicile de qualité, la personne âgée doit se trouver au centre du dispositif de prise en charge, grâce à une offre de services en concordance avec ses besoins. (cf. fiche 4 en annexe).

¹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

1.1.1. Des formules juridiques diversifiées

Le secteur de l'aide à domicile est caractérisé par la diversité des prestations offertes et des intervenants financiers nombreux qu'il s'agisse de l'APA² à domicile, de l'aide des caisses de retraites, ou des prestations sociales extra légales des départements. Ainsi, le secteur de l'aide à domicile recouvre les aides à la vie quotidienne mais aussi tout le champ du soin médical à domicile.

Selon une étude de la DREES du mois de mai 2006³, 80% des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Ce chiffre est à rapprocher des 61 %⁴ de bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) qui reçoivent cette allocation dans le cadre du soutien à domicile.

La prestation de services à domicile concerne ainsi potentiellement :

- 719 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, dont la grande majorité est modérément dépendante. En effet, près de 80% d'entre eux relèvent des GIR 3 et 4⁵,
- près de 500 000 personnes recourent à l'aide ménagère dispensée par les caisses de retraite (dont 253 000 au titre de l'action sociale facultative de la CNAV⁶).
- Enfin, environ 23 000 personnes sont prises en charge à domicile par l'aide sociale départementale⁷.

L'offre de soins à domicile s'articule autour d'intervenants divers : des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des infirmiers libéraux, des centres de soins infirmiers (CSI), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

L'aide à la vie quotidienne quant à elle a pour objet l'assistance des personnes âgées en perte d'autonomie dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie courante. Cette prise en charge s'effectue soit par le biais d'un établissement public - par exemple, les centres communaux d'action sociale (CCAS) -, soit dans le cadre d'une association relevant de la loi de 1901, ou encore d'entreprises privées à but lucratif. Cette offre de services est cependant essentiellement associative, puisque, selon les estimations de la Cour des comptes dans son rapport de novembre 2005, les associations représentent 75 % des structures intervenant au domicile des personnes âgées. Les entreprises à but lucratif forment 5 % de l'offre de services et 20 % sont des établissements publics - essentiellement des CCAS.

L'aide à domicile est une offre de services servie selon trois modalités différentes :

- **l'emploi direct** : il s'agit de l'aide assurée par un salarié directement employé par la personne « particulier employeur », sans intermédiaire.

Les données existantes sur ce champ sont incomplètes, voire divergentes. Quelques éléments sont cependant disponibles sur l'utilisation de l'emploi direct par les publics fragiles, qui représenterait environ 25 % de l'offre (DARES 2010). 175 000 particuliers employeurs sont bénéficiaires de l'APA (au 4^{ème} trimestre 2009 –source ACOSS).

Ce sont les personnes relevant des GIR les plus lourds qui recourent le plus, proportionnellement, à l'emploi direct alors même qu'elles sont certainement les moins aptes à assumer la qualité d'employeur, notamment pour les plus isolées d'entre elles. Cela s'explique par le différentiel de coût qui existe entre le mode prestataire et l'emploi direct. Compte tenu de cette différence de coût, le nombre d'heures du plan d'aide peut être plus important en emploi direct.

² Aide personnalisée à l'autonomie

³ Drees, « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005 », Etudes et résultats n° 491, mai 2006.

⁴ Drees, « L'allocation personnalisée d'autonomie » Etudes et résultats, septembre 2010.

⁵ DREES, septembre 2010.

⁶ Données CNAV, 2009.

⁷ Données DREES 2008 qui inclut également les personnes en logements-foyers considérés comme du domicile.

- **le mode mandataire** : les services mandataires accompagnent les particuliers, qui en sont juridiquement les employeurs, pour l'accomplissement de l'ensemble des formalités requises par l'embauche et la rémunération d'un salarié à domicile.

- **le mode prestataire** : la majeure partie de l'aide à domicile auprès des personnes âgées est organisée par des structures qui emploient du personnel salarié pour le mettre à disposition des personnes à leur domicile. Il s'agit d'associations ou d'organismes publics (à raison de 78 % pour les prestations « personnes âgées ») ou d'entreprises privées à but lucratif qui exercent en mode prestataire (22 %-données nOva juillet 2010).

Par manque de données actualisées, la répartition des types de services pour les bénéficiaires de l'APA n'est qu'indicative (données DREES, 2004) : 22 % des bénéficiaires APA recourent à un salarié en emploi direct contre 55 % à un service prestataire, 16 % à un service mandataire et 7 % à un service mixte.

L'aide à domicile est organisée en 2 régimes juridiques. La loi du 26 juillet 2005, et l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 de simplification du droit créent les services à la personne et un droit d'option entre deux régimes juridiques : l'autorisation relevant du code de l'action sociale et des familles et l'agrément relevant du code du travail.

- L'autorisation :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées (SAAD) relèvent des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), et plus précisément du 6^o du I de l'article L. 312-1 I du code de l'action sociale et des familles. Ils sont soumis à ce titre à une obligation d'autorisation (d'une durée de 15 ans), à des obligations portant sur le respect des droits des usagers, la qualité des prestations, la présentation de leur budget et documents comptables, et à un contrôle et une évaluation. Financés par le conseil général, ils sont autorisés par le président du conseil général, au vu du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, et tarifés par lui.

Le régime d'autorisation ne peut concerner que les services prestataires.

- L'agrément :

Les services d'aide à domicile aux publics dits fragiles relèvent également du champ des services à la personne régis par les articles L. 7232-1 et suivants du code du travail.

Les services prestataires sont soumis à l'agrément « qualité », délivré par le Préfet (DIRRECTE), après avis du président du conseil général, au vu du respect par l'organisme d'un cahier des charges (fixé par l'arrêté du 24 novembre 2005) qui doit permettre de garantir une équivalence de qualité avec l'autorisation, comme le prévoit l'article L.7232-5 du code du travail issu de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

Les services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile doivent choisir entre ces deux régimes juridiques, en l'inscrivant notamment dans leur contrat de prestation.

Qu'ils soient agréés ou autorisés, les services sont par principe astreints au même niveau d'exigence de qualité du service rendu à l'utilisateur, l'agrément n'impose pas néanmoins comme pour les services autorisés une évaluation de la qualité. Toutefois certains services agréés se sont engagés dans la certification.

Les deux régimes juridiques se différencient sur la fixation des prix et la tarification.

En effet, alors que les services autorisés ont leurs tarifs administrés par le conseil général, les services agréés fixent librement, dans le cadre du contrat de service passé avec l'utilisateur, le prix des prestations qu'ils délivrent, prix qui évolue ensuite dans la limite d'un taux fixé annuellement par arrêté du ministre de l'économie (2 % en 2011 – arrêté du 24 décembre 2010).

L'état des lieux relatif aux pratiques de tarification est incomplet et ancien. Il révèle la grande hétérogénéité des pratiques entre les départements, ce qui complique l'organisation des services. Les quelques éléments chiffrés disponibles établissent un tarif horaire moyen 2010 aux alentours de 18,7 € pour les services prestataires, avec des écarts allant de + 3,34 € à - 5€.

Les travaux du groupe ont montré le manque de données disponibles sur les pratiques et les coûts du secteur de l'aide à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. Il conviendrait de mettre en place un système d'information partagé au niveau local sous la responsabilité des services de l'Etat et des conseils généraux.

1.1.2. Le respect du principe du libre choix de la personne se heurte à l'illisibilité du système

Le droit d'option a permis un développement de l'offre de services, en favorisant l'émergence d'un secteur privé diversifié. Cette évolution favorable au libre choix susceptible d'accroître les réponses aux attentes multiples des personnes âgées est cependant présentée comme une source de complexité. En effet l'information et la communication sur les offres disponibles ne sont pas correctement assurées auprès des personnes âgées et de leurs familles.

Le bénéficiaire de l'APA est libre de recourir au type d'intervenants qu'il souhaite (emploi direct, mandataire, prestataire autorisé ou agréé qualité, quel que soit son statut juridique). **Le groupe de travail a marqué son attachement au principe du libre choix du bénéficiaire.** Il ne peut être question de lui imposer un intervenant ou un type de service. Il faut cependant trouver un équilibre entre la liberté de choix et l'intérêt de la personne âgée en termes de soins et de type d'accompagnement au regard de ses besoins.

Ainsi, **au-delà du principe réaffirmé de liberté, le choix des personnes âgées et de leurs familles doit surtout être éclairé.** Ce qui suppose une bonne information, à jour et précise sur les prestations fournies. Le choix ne doit pas être contraint, ce qui renvoie à la question du coût du service et de la solvabilisation de la personne en perte d'autonomie par l'APA.

Pour les personnes les plus vulnérables (GIR 1 et 2), il faut que **le choix de recourir à l'emploi direct soit aussi encadré par l'équipe médico-sociale** afin de s'assurer que les services sont effectivement rendus, que les personnes qui les dispensent ont une formation adéquate, que ces services sont de bonne qualité et qu'il n'y a pas d'abus et de maltraitance. A cet égard, la réglementation prévoit des incitations pour recourir à tel ou tel type de prestation :

- l'équipe médico-sociale recommande dans le plan d'aide le mode d'intervention qui lui paraît le plus approprié à la situation et aux besoins de la personne (L. 232-6 alinéa 1 CASF)
- le recours à un service prestataire est préconisé pour les personnes en GIR 1 et 2 et les personnes « nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social » (L. 232-6 et R. 232-12 du CASF).
- le recours à un salarié en emploi direct ne répondant pas à des exigences d'expérience et de qualification déterminées est passible d'une majoration de 10% de la participation du bénéficiaire (R. 212-12 du CASF). Cette disposition n'est pas mise en œuvre, l'arrêté d'application n'ayant pas été pris.

On constate en outre des fonctionnements très hétérogènes d'un département à l'autre qu'il s'agisse de l'autorisation, de l'agrément, de la détermination et de la mise en œuvre du plan d'aide, de la qualité ou du financement des services d'aide à domicile.

La complexité, qui est aussi une richesse des services des services d'aide à la personne, est mal perçue par les personnes âgées et leur famille qui ne comprennent pas toujours le dispositif dont elles peuvent bénéficier. Elles ne sont pas mises en mesure d'avoir une connaissance complète de l'offre existante, des différences de qualité ou de coût des services composant cette offre. Ainsi, le manque de clarté des dispositifs existants est facteur de déperdition d'énergie, de temps et d'information.

Il conviendrait de prévoir des modalités d'information des personnes âgées sur le coût et la qualité des services offerts s'imposant aux acteurs concernés. Les deux agences en charge de la qualité des services, l'ANESM et l'ANSP⁸ pourraient organiser et conduire les travaux nécessaires pour y parvenir avec les acteurs du secteur.

1.1.3. L'amélioration de l'organisation et de la régulation sont des objectifs partagés et qui suscitent un débat très ouvert

1.1.3.1. Le pilotage et les systèmes d'information doivent être organisés par les autorités concernées

La nécessité d'un pilotage coordonné entre les conseils généraux et les ARS est reconnue. Une collaboration entre les services est indispensable pour améliorer la cohérence de la politique publique en faveur des personnes en perte d'autonomie.

C'est ainsi que par exemple l'information sur les services agréés par les DIRECCTE doit être partagée avec les services des départements pour qu'ils soient en mesure d'informer et d'orienter rapidement et efficacement les bénéficiaires de l'APA vers le service le plus adéquat. La connaissance des services agréés permettrait, en outre, aux conseils généraux de lancer des appels à projet ciblés pour couvrir les zones déficitaires.

Une meilleure connaissance du secteur tant quantitative que qualitative nécessite un système d'informations, partagé entre les différents acteurs, au niveau local -conseils généraux, ARS, DIRECCTE – et au niveau central -DGCS, CNSA.

1.1.3.2. Un plan national du soutien à domicile est indispensable

Les acteurs du secteur sont prêts à une large concertation sur l'évolution des SAD à partir des besoins des personnes âgées.

La question de la coexistence de deux dispositifs (autorisation et agrément) a été très débattue. Aucune des propositions en présence pour simplifier le système (notamment la suppression de l'un ou l'autre des dispositifs) ne recueille l'adhésion. **Le maintien des deux dispositifs est donc aujourd'hui la seule solution réaliste pour le rapporteur compte tenu des positions opposées en présence sur ce sujet.**

L'Assemblée des Départements de France (ADF), en lien avec un collectif issu du secteur associatif propose :

- de rénover l'autorisation accordée par le président du conseil général et d'instituer un mandatement afin de relever, en application de droit communautaire, des services sociaux d'intérêt général (SSIG) ;
- de passer à une régulation contractualisée pluriannuelle entre le conseil général et les services autorisés et mandatés,
- de forfaitiser les financements et le nombre d'heures en passant d'une tarification horaire à un forfait global annuel, afin de diminuer le nombre d'heures « perdues » estimées à 20% du plan d'aide,
- de dégager des gains de productivité dans les tâches administratives des services comme des administrations départementales (télégestion, mutualisation de moyens...).

Cette proposition fait le choix de ne piloter, tarifier et suivre que les services autorisés par le Conseil général, à l'exclusion des services agréés. Pour ces derniers, opposés à cette solution, une telle hypothèse conduirait à cloisonner davantage les deux dispositifs et à faire progressivement disparaître le secteur agréé essentiellement composé d'entreprises privées à but lucratif.

Les propositions envisagées de réforme des services d'aide à domicile ne font pas à ce jour l'unanimité des acteurs du secteur. Elles sont cependant très attendues, chacun estimant que le système actuel n'est pas satisfaisant et doit faire l'objet d'une refondation, fondée sur une large

⁸ Agence nationale d'évaluation de la qualité des ESMS/ Agence nationale des services à la personne.

concertation qui serait menée par la direction générale de la cohésion sociale. Tous les acteurs sont prêts aujourd'hui à débattre de ce sujet. Il est donc fortement recommandé de rouvrir les « négociations » sur ce thème dans la poursuite du débat national sur la dépendance, et d'avancer rapidement sur l'évolution des modes de régulation et des procédures de tarification en vigueur dans ce secteur.

Les services d'aide au maintien à domicile représentent un secteur stratégique dans la poursuite de la politique en faveur du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. L'état des lieux fait apparaître des forces et faiblesses en termes d'organisation et de pilotage. De la même façon que l'accueil en établissement a fait l'objet de plans divers depuis quelques années, il apparaît nécessaire de formaliser un plan de modernisation des services d'aide à domicile, en liaison avec la réflexion sur la prévention et la situation des aidants⁹ et fondé sur le respect du libre choix de la personne âgée. Il s'agit ici d'un investissement stratégique pour l'avenir.

1.2. L'hébergement en institution : une offre à diversifier

La politique de conventionnement des établissements sociaux et médico-sociaux a permis une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en établissement, en renforçant la médicalisation et le taux d'encadrement. Parallèlement, les plans pluriannuels (plan « Vieillesse et solidarités », plan « Solidarité-Grand Age » et plan « Alzheimer ») ont contribué à un accroissement important de l'offre.

Cette politique publique centrée sur les EHPAD a laissé de côté une offre d'hébergement intermédiaire pourtant nécessaire et n'a pas été en mesure de répondre aux besoins en ce qui concerne les structures de répit. La répartition territoriale des places en établissement reste en outre inégale.

1.2.1. L'état des lieux de l'offre : une forte amélioration quantitative et qualitative mais une répartition encore inégale sur le territoire

1.2.1.1. Le bilan positif du plan solidarité-grand âge

Au 31 décembre 2010, on compte 10 450 établissements hébergeant des personnes âgées (hors USLD¹⁰) dont 2 800 foyers logements, 7 500 maisons de retraites et une centaine d'hébergements temporaires. On dénombre dans ces structures 677 000 places installées (cf. tableau 1).

Dans cette offre globale (cf. fiche 1 en annexe), on distingue les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) correspondant à 78 % des capacités (7 162 EHPAD pour 539 436 places) et des établissements hébergeant des personnes âgées autonomes (EHPA) pour 22 % des capacités. Le secteur public représente 46% des structures EHPAD, le secteur privé à but non lucratif 31% et le secteur privé lucratif 23%.

⁹ Ces deux thèmes de la prévention de la perte d'autonomie et de l'aide aux aidants sont des enjeux clés de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et de leurs familles. Le groupe n'a pas expertisé ces points qui sont examinés par le groupe 1 modéré par Mme Annick MOREL (cf. le rapport du groupe 1 « société et vieillissement »).

¹⁰ Unités de soins de longue durée (relevant désormais du secteur sanitaire).

Tableau 1 : Nombre de structures et de places accueillant les personnes âgées en 2011

Capacités des établissements d'hébergement pour personnes âgées

	Nombre de structures	Places autorisées	Places Installées	Dont EHPAD			Dont EHPA		
				Nombre de structures	Places autorisées	Places Installées	Nombre de structures	Places autorisées	Places Installées
Logement-foyers Publics	1 937	102 539	100 721	313	20 412	20 013	1 624	82 127	80 708
Logement-foyers privés à but non lucratifs	761	38 996	37 547	118	7 558	7 189	643	31 438	30 358
Logement-foyers privés à but lucratifs	108	5 250	4 749	11	820	743	97	4 430	4 006
Total Logement-foyers	2 806	146 785	143 017	442	28 790	27 945	2 364	117 995	115 072
Maison de retraite publiques	3 120	279 653	265 093	2 964	270 896	258 346	156	8 757	6 747
Maison de retraite privés à but non lucratifs	2 453	172 602	152 245	2 059	155 468	143 295	394	17 134	8 950
Maison de retraite privés à but lucratifs	1 957	135 589	114 526	1 677	122 178	109 369	280	13 411	5 157
Total Maison de retraite	7 530	587 844	531 864	6 700	548 542	511 010	830	39 302	20 854
Hébergements temporaires autonomes publiques	32	515	482	6	105	105	26	410	377
Hébergements temporaires autonomes privés à but non lucratifs	67	1 335	1 261	12	302	333	55	1 033	928
Hébergements temporaires autonomes privés à but lucratifs	4	123	43	2	43	43	2	80	0
Total Hébergements temporaires autonomes	103	1 973	1 786	20	450	481	83	1 523	1 305
Etablissements expérimentaux autonomes publiques	6	56	22				6	56	22
Etablissements expérimentaux autonomes privés à but non lucratifs	8	135	123				8	135	123
Etablissements expérimentaux autonomes privés à but lucratifs	1	24	24				1	24	24
Total Etablissements expérimentaux autonomes	15	215	169	0	0	0	15	215	169
Ensemble des établissements pour personnes âgées	10 454	736 817	676 836	7 162	577 782	539 436	3 292	159 035	137 400

extraction FINESS en date du 18 janvier 2011

Source : DGCS- Extraction du fichier FINESS en date du 18 janvier 2011.

L'effort public a porté sur le développement du nombre de places et de structures d'accueil¹¹. En particulier, le Plan solidarité-grand âge 2007-2012 (PSGA) a fixé des objectifs ambitieux (cf. tableau 2 ci-dessous) :

- le renforcement du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes,
- le développement de l'offre en établissement se traduisant par des créations massives de places en EHPAD : 37 500 places nouvelles entre 2007 et 2012, avec une accélération en 2009 et 2010 au titre du plan de relance.
- le renforcement de la médicalisation des EHPAD en introduisant un nouveau critère de financement issu de l'analyse des besoins en soins requis des résidents au sein de ces établissements.

Tableau 2 : cadrage du PGSA/ nombre de créations de places prévues

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
SSIAD	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	36 000
AJ	2 125	2 125	2 125	2 125	2 125	2 125	12 750
HT	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	6 750
EHPAD	5 000	7 500	7 500	7 500	5 000	5 000	37 500
Total	14 250	16 750	16 750	16 750	14 250	14 250	93 000

¹¹ Le plan « Vieillesse et solidarités » 2004-2007 prévoit notamment la création de 15 000 emplois de personnels soignants financés par l'assurance maladie et la création de 10 000 nouvelles places dans les établissements ainsi que 17 000 places supplémentaires de SSIAD. Puis le Plan Solidarité Grand Age pour la période 2007-2012 prévoit la création de 93 000 places nouvelles et la médicalisation de 565 000 places.

Source : DGCS

Le bilan de la mise en œuvre du PSGA (cf. fiche 3 en annexe) est positif. En effet à mi-parcours 63 000 places sur les 93 000 prévues ont été financées, soit 68 % des objectifs du plan atteints. L'effort a surtout porté sur les places d'EHPAD, 95% des places cibles du plan ont d'ores et déjà été financées à fin 2010 et 77% des places ont été autorisées. Par ailleurs, la politique de médicalisation, a fortement transformé l'offre en améliorant la qualité de la prise en charge. Elle concerne aujourd'hui 562 000 places d'EHPAD, soit 99% de l'effectif « cible » de 565 000 places installées¹². Depuis le début de la politique de conventionnement (2001) les conventions tripartites ont permis la création de 42 302 emplois de personnel soignants accompagnant l'augmentation des GMP et PMP.

1.2.1.2. Les créations de places d'EHPAD vont s'intensifier d'ici 2012

41 000 places, toute structure confondue, ont été créées entre 2007 et 2009, dont 22 000 places en EHPAD et 14 500 en SSIAD. Sur ces 41 000 places nouvelles, 19 200 l'ont été au titre du PSGA, 6 300 pour les EHPAD et 10 800 pour les SSIAD, le reste pour les accueils de jour (AJ) et les hébergements temporaires (HT). Ainsi, sur une cible globale de 93 000 nouvelles places au titre du PSGA, seulement 22% ont été installées à ce jour, 17% pour les seuls EHPAD alors que 77 % de ces places ont été autorisées¹³. L'écart entre la proportion de places d'EHPAD autorisées et celle des places effectivement installées s'explique par les délais moyens de construction des établissements estimés à 3 ans.

Ainsi, comme le montre le tableau ci-dessous, ce sont 22 500 places d'EHPAD (28 812 – 6 307) d'ores et déjà financées et autorisées, mais non installées, qui devraient sortir de terre d'ici fin 2012.

Sans oublier les places restant à notifier d'ici 2012 qui devront être construites d'ici 2015 : 1 726 places d'EHPAD mais surtout 18 460 places de SSIAD et 9 700 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dont la montée en charge débute seulement puisque pour ces deux derniers types de structures seulement 12% et 10% des places ont été respectivement construites.

Tableau 3 : Récapitulatif de la réalisation du PSGA au 31/12/2009

	places programmées PSGA	places financées de 2007 à 2012	places prévues pour 2010-12 restant à notifier	part du PSGA déjà notifiée	places autorisées	part du PSGA déjà autorisée	Places installées	Part du PSGA déjà installée
SSIAD	36 000	17 538	18 462	49%	13 584	38%	10 798	30%
AJ	12 750	6 018	6 732	47%	4 067	32%	1 490	12%
HT	6 750	3 715	3 035	55%	2 120	31%	666	10%
EHPAD	37 500	35 774	1 726	95%	28 812	77%	6 307	17%
Total	93 000	63 045	29 955	68%	48 583	52%	19 261	22%

Source : CNSA

1.2.1.3. Un taux d'équipement en diminution mais à relativiser face au développement du soutien à domicile

Comme le soulignait déjà la Cour des Comptes en 2005¹⁴, bien que le nombre de places augmente de façon importante, le taux d'équipement¹⁵ continue de diminuer : de 166 places pour 1 000 personnes fin

¹² Il est à noter qu'en revanche, la médicalisation de seconde génération fondé sur l'outil de tarification « Pathos » est plus lente à se mettre en place. 60 % des places en établissement sont concernées à ce jour.

¹³ Source : CNSA. Cf. fiche 3 en annexe pour plus de détails.

¹⁴ Rapport public particulier de la Cour des Comptes « les personnes âgées », novembre 2005.

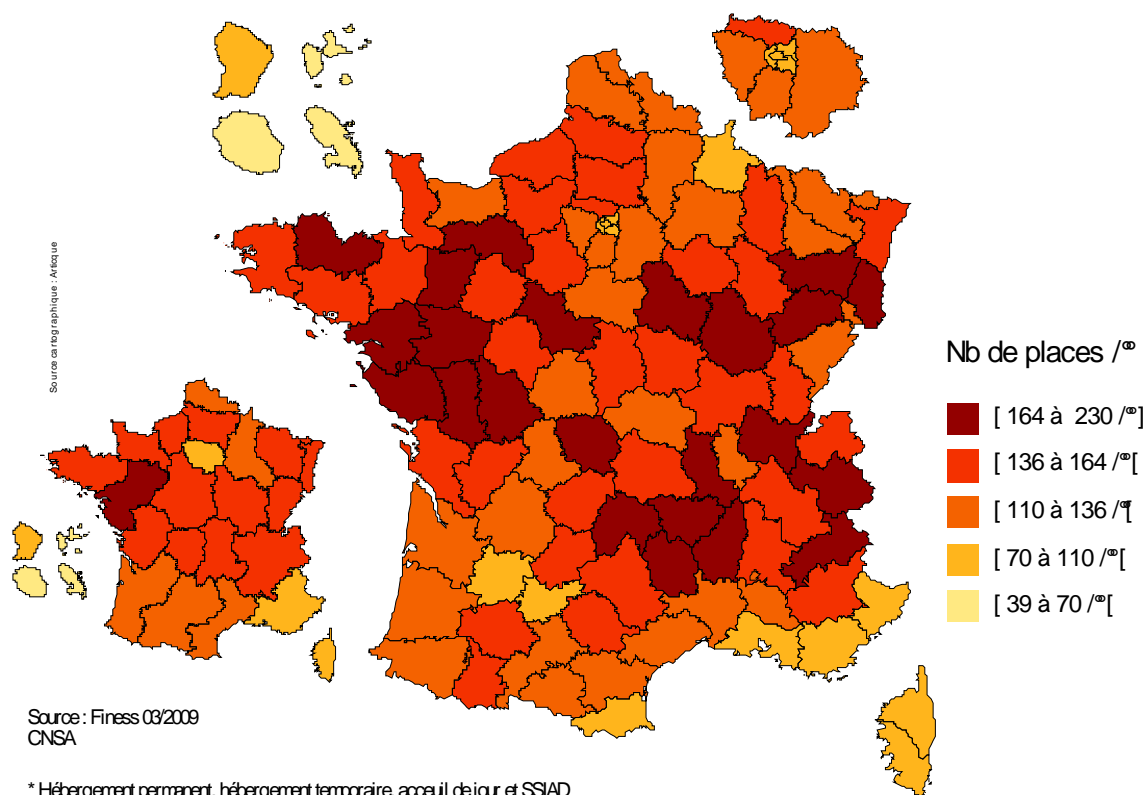
¹⁵ Ratio entre le nombre de places installées et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.

1996, il est passé à 140 fin 2003, 127 fin 2007 et atteint 122 en 2010.

Toutefois, il faut nuancer ce constat. Cette évolution est en cohérence avec le recul de l'âge à l'entrée en dépendance, le choix du développement de l'accompagnement à domicile et avec l'évolution des configurations familiales.

Le rapport du Commissariat général au Plan avait mis en relief les facteurs à l'origine de l'entrée en établissement¹⁶. Outre le niveau de dépendance, la situation familiale et notamment, la présence d'un conjoint permet par l'aide qu'il apporte à la personne, d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement. Les travaux de l'INED¹⁷ montrent qu'à l'avenir, la situation d'absence de tout soutien familial en cas de dépendance sera moins fréquente¹⁸. Il faut aussi considérer les efforts supplémentaires qui pourraient être faits sur le maintien à domicile et prendre en considération le souhait des personnes âgées qui peut se porter vers des structures moins médicalisées comme les logements foyers.

Capacité médico-sociale en établissements et services* pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus



¹⁶ Le Commissariat Général au Plan, prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015, 2025, juillet 2005.

¹⁷ Joëlle Gaymu et l'équipe FELICIE, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes, Population et Sociétés, n°444, avril 2008

¹⁸ En effet, d'une part, l'augmentation des divorces sera plus que contrebalancée par le rapprochement des espérances de vie des hommes et des femmes et, d'autre part, la proportion de personnes sans enfant survivant diminuera.

1.2.1.4. Une offre marquée par des déséquilibres territoriaux

L'offre d'hébergement reste fortement déséquilibrée territorialement. Ces inégalités territoriales (cf. fiche 1 en annexe) sont le fruit de l'histoire, des différences socio démographiques, culturelles et économiques sans oublier l'existence ou non d'autres modes de prise en charge (hôpital, médecins généralistes, infirmières libérales...) et de modes d'organisation familiales qui conduisent à des effets de substitution parfois importants.

1.2.2. Les difficultés pour établir les besoins futurs en place d'établissement

1.2.2.1. La nécessaire fiabilisation des données sur l'état de l'offre d'hébergement

Malgré les progrès réalisés ces dernières années s'agissant des systèmes d'informations relatifs à la perte d'autonomie, notamment avec la mise en place de la CNSA¹⁹, il est important de prendre en compte un certain nombre de limites ou de lacunes qui amènent à considérer avec prudence les résultats mentionnés ci-dessus. En effet, il existe trois sources de données (DREES, FINESS, CNSA²⁰) confrontées à des difficultés de périmètres et de nomenclatures. Le fait, par exemple, de ne pas comptabiliser les places fermées ou de considérer les places converties comme des places nouvelles posent la question de notre connaissance exacte de l'état des lieux actuel, point de départ nécessaire pour définir correctement les besoins futurs. **Face aux lacunes des systèmes d'informations, il est recommandé de fiabiliser l'outil FINESS et d'y introduire une dimension qualitative. Les ARS représentent une opportunité pour l'amélioration du pilotage et de la centralisation des données provenant d'opérateurs différents (Etat, collectivités locales, CNSA).**

1.2.2.2. Les caractéristiques de la population accueillie en EHPA

Fin 2007, 657 000 personnes âgées étaient accueillies dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), soit 6,4% de la population des 65 ans et plus. Ce sont les personnes âgées les plus âgées et les plus dépendantes qui sont en proportion les plus fréquemment hébergées dans ce type d'hébergement. En effet, les personnes âgées de 90 ans ou plus sont pour près de 40% d'entre elles en EHPA. (cf. fiche 2 en annexe)

Profil de la population accueillie en EHPA²¹ :

- Une population majoritairement féminine : au 31 décembre 2007, 10 % des personnes âgées de + de 75 ans et 24 % des + de 85 ans vivent en institution. Les femmes y sont deux fois plus représentées que les hommes (63 % des + de 75 ans et 71 % des + de 85 ans)
- La population y est de plus en plus âgée : au 31 décembre 2007, l'âge moyen y est de 84 ans et 2 mois contre 83 ans et 8 mois en 2003 et 81 ans et 10 mois en 1994. Les résidents en EHPAD sont en moyenne plus âgés que dans les autres établissements (84 ans et 9 mois pour 82 ans en moyenne dans les logements-foyers).
- Ce sont essentiellement des personnes seules : près de 9 personnes sur 10 résidant en établissement n'ont plus de conjoint.
- L'âge moyen à l'entrée augmente également et la durée moyenne de séjour s'est raccourcie entre 2003 et 2007 : au 31 décembre 2007, l'âge moyen à l'entrée dans un établissement était de 83 ans et 5 mois, soit 3 mois de plus qu'en 2003. Les séjours sont passés de 2 ans et 8 mois à 2 ans et

¹⁹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

²⁰ Le fichier FINESS alimenté par les ARS et piloté par la DREES, l'enquête « EHPA » qui est une enquête quadriennale et les enquêtes de la CNSA qui produit chaque année un rapport de suivi de la réalisation des places nouvelles en EHPAD

²¹ Source : enquête EHPA 2007, DREES, études et résultats « les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 »

6 mois entre 2003 et 2007. Il est à noter que les logements-foyers non EHPAD²² sont les établissements où on entre le plus tôt (80 ans et 7 mois) et au sein desquels on reste le plus longtemps (4 ans et 10 mois)

- Le niveau de dépendance augmente dans l'ensemble des établissements : hors logements-foyers, au 31 décembre 2007, 84 % des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées étaient classés en GIR 1 à 4 (personnes âgées dépendantes) – contre 81 % au 31 décembre 2003 -, 51 % étant classés en GIR 1 et 2 (personnes âgées très dépendantes), contre 47% fin 2003. En EHPAD, 85 % des résidents étaient à cette date classés comme dépendants, dont 51 % très dépendants.

Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus augmentera de façon importante avec l'entrée à ces âges des générations du baby-boom. Les personnes âgées de 80 ans et plus qui représentent 74% de la population en établissement va augmenter de 21% entre 2011 et 2025.

Les projections démographiques réalisées par le groupe de travail n°2 animé par JM. Charpin retiennent l'hypothèse d'un doublement du nombre des personnes âgées dépendantes d'ici 2060, qui passeraient de 1,15M à 2,3M de personnes. Quelles conclusions en tirer pour l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ?

1.2.3. Les hypothèses des besoins futurs

L'offre actuelle est diverse. Elle permet une réponse globalement adaptée aux différents besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, en intégrant une large gamme d'offre à domicile et d'hébergement en institutions. S'agissant de l'aide à domicile, elle propose à la fois une aide à la vie quotidienne et une prise en charge sanitaire avec les services d'aide à domicile (SAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mais aussi l'offre libérale (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...). Concernant l'hébergement institutionnel, le spectre est très large, allant du foyer logement à l'EHPAD et l'Unité de soins de longue durée (USLD), en passant par des structures intermédiaires d'habitat collectif adapté diversifiées et des propositions alternatives comme l'hébergement temporaire (HT) et l'accueil de jour (AJ).

Si l'offre apparaît aujourd'hui diversifiée, la question se pose concernant son adaptation aux besoins futurs et sa répartition territoriale.

1.2.3.1. Poursuivre l'évolution en faveur du maintien à domicile

L'état du parc existant et les enjeux de renouvellement doivent être appréhendés en fonction de l'évolution prévisible des souhaits et besoins de la population âgée en perte d'autonomie. Ainsi, au-delà des évolutions quantitatives résultant d'un simple effet « vieillissement », il importe de considérer des aspects plus qualitatifs comme l'état de santé des personnes âgées, l'âge d'entrée dans la dépendance, le niveau de dépendance, l'évolution des mentalités qui pèsent sur l'équilibre prévisible entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement.

Les évolutions de ces dernières années tendent à démontrer :

- 1) Une tendance à la désinstitutionnalisation, mais ce constat n'est pas partagé par l'ensemble du groupe.

En effet, la répartition des personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de l'APA) entre le domicile et l'institution reste stable depuis 2007 : 60% des bénéficiaires de l'APA sont à domicile, 40% en établissement. Elle était par contre de 55% à domicile contre 45% en établissement en 2003. Cette redistribution est la conséquence de la volonté toujours plus affirmée des personnes âgées de rester chez elle le plus longtemps possible et de la politique volontariste menée en faveur du maintien à domicile.

²² Ceux dont le GMP est < 300 et ne comportant pas plus de 10 % de personnes classées en Gir 1 et 2.

Certains membres du groupe souhaitent cependant nuancer cette analyse : le moindre recours à l'institution peut s'expliquer, non par un choix volontaire, mais d'une part, par un problème de coût et de solvabilisation de l'hébergement, d'autre part, par une offre parfois inadaptée au regard de l'état de santé ou de perte d'autonomie de la personne âgée, enfin, par une baisse du taux d'équipement.

Il est toutefois reconnu par l'ensemble du groupe que la volonté de rester à domicile est une tendance lourde, confirmée. Il convient donc d'accompagner ce mouvement avec une offre suffisante à domicile (SAD, SSIAD, centres de soins infirmiers, HAD, médecine libérale de proximité).

Dans ce cadre, il est nécessaire de poursuivre les efforts amorcés concernant les créations de places de SSIAD et de finaliser la réforme de la tarification permettant aux services de répondre aux besoins croissants de soins présentés par les personnes âgées prises en charge à domicile.

2) La stabilité depuis 2007 de la structure des bénéficiaires de l'APA selon leur degré de dépendance :

8% des personnes âgées sont en GIR 1, 28% en GIR2, 20 % en GIR 3 et 44% en GIR 4. Si cette répartition est stable pour les personnes restant à leur domicile, **le nombre de personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) augmente en établissement passant de 59% en 2007 à 61,1% en 2010.**

Compte tenu de ces principales évolutions, le groupe retient comme éléments déterminants d'évolution prévisible :

- La progression du maintien à domicile vu de façon large (y compris les structures de type foyer logement), en termes de nombre de personnes âgées concernées et de durée,
- Corollairement, le recul progressif de l'âge moyen d'entrée en établissement d'hébergement,
- L'augmentation du niveau de dépendance des personnes résidant en institution.

Le groupe estime ainsi que la répartition actuelle entre le domicile et l'établissement (60/40) devrait évoluer progressivement d'ici 2030/2040 vers une répartition 70/30 comme c'est déjà le cas dans des pays voisins comme l'Allemagne. De manière concomitante, le degré de perte d'autonomie des résidents en EHPAD va croître avec une augmentation des GIR 1 et 2 et une diminution des GIR 3 et 4 en établissement. Dans ces conditions le devenir des EHPAD peut interroger. Ne risque t'on pas de transformer progressivement un lieu de vie et d'animation en un lieu de fin de vie fortement médicalisé ?

Cette plus forte perte d'autonomie des personnes âgées à leur entrée en EHPAD nécessitera de renforcer les taux d'encadrement, ce qui implique un financement supplémentaire, éventuellement compensé par le moindre coût résultant d'un accompagnement à domicile plus long. A cet égard, les ratio proposés par le plan solidarité grand âge et utilisés par la grille AGGIR sont rappelés: 1 pour 1 pour les GIR 1 ; 0,84 pour les GIR 2 ; 0,66 pour les GIR 3 ; 0,42 pour les GIR 4 ; 0,25 pour les GIR 5 ; 0,07 pour les GIR 6. Certains membres du groupe demandent en conséquence de définir des tarifs plafonds qui correspondent à ces besoins et dans l'attente de geler la convergence tarifaire qui est source de diminution de la qualité en EHPAD.

Cette évolution prévisible rend indispensable une vision claire et partagée sur les coûts globaux respectifs du maintien à domicile et sur l'accueil en EHPAD, qui tienne compte du coût de l'hébergement dans les deux situations, l'hypothèse du moindre coût de l'accompagnement à domicile n'étant pas prouvée à ce jour.

1.2.3.2. Redécouvrir l'offre d'hébergement intermédiaire

Les politiques publiques de ces dernières années se sont concentrées sur le développement de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé. Entre ces deux extrêmes du spectre de l'offre, l'hébergement intermédiaire suscite un regain d'intérêt pour les personnes de 75 ans et plus qui sont autonomes ou modérément dépendantes et qui ne souhaitent pas rester isolées, tout en conservant un domicile et la

liberté qui y est associée. Cette offre alternative à l'EHPAD permet de conjuguer l'hébergement collectif médico-social et les besoins d'autonomie et d'intimité des personnes âgées. L'hébergement intermédiaire recouvre par ailleurs des offres multiples, souples, souvent de proximité, parfois innovantes, qu'il s'agisse des foyers logements, des résidences services, de l'offre « propriétaire » associée à une diversité de prestations de soins, d'animation sur le modèle danois, des MARPA²³...De nombreuses formules innovantes se sont développées et ont retenu l'attention du groupe de travail.

Le groupe recommande d'assouplir les normes et règles afin de rendre possible le développement de ces ressources intermédiaires et de permettre l'émergence de solutions novatrices d'hébergement collectif pour les personnes en perte d'autonomie légère et modérée. Cette orientation doit être accompagnée en parallèle d'un développement des services à domicile, qu'il s'agisse du soin (SSIAD, HAD, centre de soins infirmiers, médecine de proximité libérale...) ou de l'aide à la vie quotidienne (SAD, SPASAD), de l'animation. Le parc des foyers logements, sous réserve de rénovation et d'adaptation constitue une première piste intéressante.

1.2.3.3. Repenser le concept des structures de répit

L'hébergement temporaire et davantage encore l'accueil de jour n'ont pas eu le succès espéré. Leur développement reste aléatoire et leur taux d'occupation faible (60% en moyenne). Un certain nombre de freins sont repérés :

- Une méconnaissance et un manque de communication sur l'existence de ces structures par les professionnels à destination des personnes âgées et leurs familles,
- Une réglementation qui a rigidifié le dispositif, imposant des espaces spécifiques, des salles d'activités et entrée séparés de l'EHPAD, interdisant par exemple d'y accueillir des personnes étrangères à l'EHPAD,
- La problématique du transport,
- Le coût élevé de ces structures et les difficultés de solvabilisation,
- Les résistances psychologiques des aidants à utiliser ces accueils.

Le besoin en la matière est pourtant bien réel. Le groupe souligne que l'échec relatif aujourd'hui des AJ et des HT ne doit pas remettre en cause la réalité de la demande en la matière des personnes âgées et des aidants familiaux. Il faut repenser l'organisation des structures de répit.

Il est proposé :

- **De recommander, sans en faire une norme impérative, une taille suffisante pour viabiliser les structures autonomes. Pour le groupe, une structure d'accueil de jour autonome suppose une taille critique de 15 à 20 places, avec des adaptations selon que l'on se trouve en milieu urbain, périurbain ou rural.**
- **De repenser le concept d'accueil de jour dans le cadre de « plateformes de répit aidant/aidé », avec un personnel dédié, et un projet d'intervention spécifique à destination du couple « aidé/aidant », que la plateforme soit adossée aux EHPAD ou aux structures d'aide à domicile.**
- **D'améliorer l'information sur ces structures par le biais des CLIC par exemple, des professionnels de santé libéraux et des consultations mémoires,**
- **De ne pas rigidifier davantage le dispositif par la mise en place de nouvelles normes spécifiques aux structures de répit et de valoriser les expériences innovantes,**

Pour ce qui concerne l'accueil de jour de type PASA offert aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est proposé de l'ouvrir aux personnes extérieures à l'EHPAD, ce qui permettrait de répondre à un réel besoin et de mieux solvabiliser le coût de ces places.

²³ Maison d'accueil rurale pour personnes âgées. Développées par la Mutualité Sociale Agricole, ces petites unités de vie cherchent à préserver en zone rurale les liens du résident avec ses proches et son environnement.

1.2.3.4. Mettre en place une logique ascendante de définition des besoins

Le souhait exprimé par les personnes âgées (80%) de rester à domicile le plus longtemps possible en y vivant dignement oblige à privilégier à l'avenir ce mode de prise en charge. Ce qui nécessite de prioriser et de développer les structures nécessaires permettant cet accompagnement qu'il s'agisse du soin à domicile, de l'aide à la vie quotidienne et des structures de répit.

Quant aux structures d'hébergement, le groupe de travail estime majoritairement que le volume global de places installées et à installer est actuellement satisfaisant, tout en restant prudent sur cette hypothèse compte tenu du nombre de facteurs qui interviennent dans le choix de la personne âgée et de l'évolution parfois difficilement prévisible de ceux-ci. Ainsi, les évolutions futures du progrès médical, de la prévalence de la dépendance, de la situation des aidants familiaux ou des services d'aide à domicile, de l'accès à l'offre sanitaire, de la prévention qui doit être fortement encouragée à l'avenir... impacteront les besoins à venir des personnes âgées et influenceront sur la gamme de services à offrir et à modifier (soutien à domicile ou établissement, type d'hébergement à favoriser). Quoi qu'il en soit, à ce jour, **la priorité devrait être donnée pour le futur d'une part, à la rénovation des places existantes plutôt qu'à la création de places nouvelles et d'autre part, au développement et à l'adaptation des institutions d'hébergement intermédiaire et aux structures de répit.**

En outre, le groupe a exprimé le souhait que l'offre en EPHAD soit analysée dans sa répartition territoriale, car **si l'offre globale semble satisfaisante quantitativement, sa répartition territoriale est jugée encore largement inégale.**

La difficulté à connaître finement les besoins ayant été soulignée, il est nécessaire au-delà des projections démographiques de compléter l'analyse par une étude approfondie des besoins de places. **Il convient de substituer à la logique « descendante » définissant les besoins et répartissant les financements depuis le niveau central, une logique « ascendante » se fondant sur l'expertise développée au niveau local.** Ce travail doit être effectué, territoire par territoire, par les ARS en collaboration active avec les départements, dans le cadre de l'établissement des schémas régionaux médico-sociaux d'ici fin 2011. C'est donc d'abord sur cette base et sur le travail de péréquation de la CNSA, qu'il faudra définir précisément les besoins futurs.

Les schémas devront prendre en compte au-delà du taux d'équipement un certain nombre d'indicateurs complémentaires. En effet, l'indicateur du taux d'équipement départemental comme critère des besoins (par rapport au taux national et/ou régional) est un indicateur frustré qui comporte certaines limites²⁴ :

- ce taux est construit dans l'idée que l'équipement sera utilisé par la population du département or il existe des flux de population interdépartementaux, en particulier lorsque l'offre est plus abondante et moins onéreuse à une distance raisonnable,
- il ne prend pas en compte la qualité de l'offre,
- de faibles taux d'équipement ne signifient pas que l'offre est insuffisante, celle-ci peut être compensée par une politique volontariste d'aide à domicile, par la présence sur le territoire d'une offre de soins libérale conséquente...
- un taux d'équipement élevé peut cacher des déficits sur certains territoires infra départementaux.

Les listes d'attente pourraient être un indicateur si elles faisaient l'objet d'une gestion partagée. Or, le système actuel, où chaque EHPAD gère sa liste d'attente avec des risques de doublons, de mise à jour insuffisante ne permet pas de les utiliser comme un outil fiable. Il pourrait être remédié à cette difficulté.

La CNSA travaille actuellement avec son conseil scientifique sur les indicateurs du besoin. Outre le taux d'équipement, il convient de prendre en compte d'autres facteurs socio démographiques et historiques comme :

- la prévalence de la dépendance qui est hétérogène d'un territoire à l'autre,

²⁴ « Prospectives des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », Commissariat général du plan, juillet 2005.

- les capacités à prendre en charge le soin (nombre de médecins et paramédicaux libéraux par territoire, accès facile ou non aux SSIAD, HAD...),
- les mouvements migratoires comme le phénomène d'héliotropisme, le rapprochement par rapport aux zones littorales ou l'éloignement des grandes villes, la volonté des personnes âgées de se rapprocher des centres-bourgs...
- le renouvellement des générations et les mutations culturelles qui l'accompagnent,
- le meilleur état de santé de la population âgée,
- la progression du niveau moyen de ses revenus,
- l'incidence à venir des pathologies liées au vieillissement, ou de la prévention de la dépendance.

2. STRUCTURER LE DISPOSITIF AUTOUR D'UN OBJECTIF PRIORITAIRE : LE PARCOURS COORDONNE DE LA PERSONNE AGÉE

L'élément clé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est la coordination entre les différents intervenants, entre l'hébergement et l'aide à domicile ainsi que plus largement entre les secteurs sanitaire et médico-social. Sur ce dernier point, la restructuration des services de l'Etat est une opportunité pour l'amélioration du dispositif, puisqu'une instance unique, l'ARS, pilote et coordonne les deux secteurs.

La coordination s'impose à chaque phase de l'accueil et de l'accompagnement, dès l'évaluation. Or ces différentes étapes sont aujourd'hui réalisées par des services multiples qui ne se reconnaissent pas entre eux et sont peu intégrés. La fragmentation des réponses apportées aux besoins de la personne âgée, le fonctionnement des services en « tuyaux d'orgues » sont à l'origine de faiblesses dans les prises en charge des personnes âgées.

2.1. Un constat partagé sur l'insuffisance de la coordination des services

Bien que l'objectif de coordination soit un principe affirmé périodiquement, celui-ci est loin d'être atteint.

Les pouvoirs publics ont pourtant mis en place de nombreuses structures de coordination : coordonnateurs en 1982, réseaux gérontologiques en 1998, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2000 dont la gestion a été décentralisée et confiée aux départements en 2004²⁵, les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) expérimentées depuis 2009 dans le cadre du plan Alzheimer, et généralisées à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie en 2011.

Ces différentes structures de coordination présentent un bilan mitigé. Force est de constater par exemple que les GCSMS et les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ne fonctionnent pas, alors qu'il s'agit de « bonnes idées permettant probablement des gains de productivité » : les GCSMS, car ils ne sont pas suffisamment encadrés financièrement et réglementairement et que certains craignent de s'y engager, les SPASAD, car les sources de financement dépendent de deux secteurs différents peu coordonnés.

²⁵ La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a désigné le département comme chef de file de la politique gérontologique.

La Cour des Comptes dans son rapport public 2009 constatait par ailleurs que les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) auxquels incombent en premier lieu la coordination sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées étaient encore très inégalement développés sur le territoire. L'objectif initial d'un maillage complet du territoire, avec l'installation de 1000 CLIC de niveau 3 fin 2005, n'a jamais été atteint. Selon une enquête nationale de l'ODAS en 2010, on comptabilise aujourd'hui entre 564 et 624 CLIC. Par ailleurs, si la nécessité de disposer de lieu d'information et de coordination gérontologique est clairement identifiée et prise en compte par les départements, l'organisation et la mise en cohérence des CLIC avec les dispositifs existants (réseaux, équipes médico-sociales...) posent encore question. L'apport concret des CLIC pour les personnes âgées en perte d'autonomie est donc très hétérogène et dans beaucoup de départements incertain.

Les freins à la mise en œuvre d'un parcours coordonné autour de la personne âgée sont multiples :

- **l'existence de nombreux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social dont le pilotage tant au niveau national qu'au niveau local ont été longtemps séparés**, qu'il s'agisse des établissements et services médico-sociaux, les SSIAD, la médecine de premier recours, l'hôpital, l'HAD, les réseaux gérontologiques, les décideurs et pilotes que sont les conseils généraux et les ARS, les acteurs de terrain (CCASS, bénévoles, entreprises privées...),
- **les différences de culture des acteurs** qui ont pour conséquence des difficultés à se reconnaître et à se comprendre, à accepter les contraintes et logiques de chacun,
- **l'ajout systématique de structure de coordination nouvelle sans revoir l'organisation complète** : *« on rajoute simplement une couche au millefeuille existant (réseau, CLIC, MAIA...), ce qui complexifie et rend illisible le dispositif plus qu'il ne l'améliore ».*
- **l'absence de visibilité des structures de coordination**, avec des familles et des personnes âgées qui ont des difficultés à trouver finalement le bon interlocuteur, à obtenir une information adaptée à leur besoin,
- **la difficulté à généraliser une coordination qui fonctionne dans le cadre d'expérimentations innovantes au niveau local**. Ainsi les CLIC ont manqué de statut juridique jusqu'en 2004, ce qui a bloqué leur développement.
- **l'absence de moyens suffisants tant financiers qu'humains ou d'ingénierie et d'outils (outils et systèmes d'informations partagés, protocoles...) pour entretenir les réseaux et structures de coordination existantes.**

Sur la base de ce constat largement partagé, différentes propositions sont envisagées pour simplifier le système existant, intégrer les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires dans un dispositif de coordination global sur un territoire donné, en prenant appui sur les structures existantes sans ajouter un nouvel acteur institutionnel.

2.2. *La demande de soins des personnes âgées est le moment où se révèlent les défaillances de la coordination qui devrait s'exercer entre les secteurs sanitaire et médico social*

Le sujet des coordinations est au cœur des réponses à envisager pour répondre au défi de la perte d'autonomie. En particulier, la cohérence des soins à caractère médical et de l'accompagnement destiné à compenser la perte d'autonomie des personnes âgées est un élément majeur pour la qualité de vie comme pour l'état de santé de ces dernières.

Les personnes âgées ont des problèmes sanitaires spécifiques, *« leurs besoins de soins n'ont pas pour principale caractéristique d'être coûteux ou mobilisateurs de moyens lourds, mais plutôt d'être très complexes »* (HCAAM²⁶). Les personnes âgées sont en effet proportionnellement plus souvent atteintes de polyopathologies chroniques, ce qui implique un besoin accru de coordination entre les différents acteurs du soin ainsi qu'avec le secteur médico-social.

²⁶ Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : « Vieillesse, longévité et assurance maladie / Constats et orientations » adopté le 22 avril 2010.

Il est souligné que l'hospitalisation, que ce soit pour l'entrée ou pour la sortie, est la circonstance la plus visible où peuvent se révéler les défaillances de la coordination de la prise en charge de la personne âgée. En cas de séjour momentané à l'hôpital, la continuité de la prise en charge, au début de ce séjour comme lors du retour au domicile, est décisive pour la suite.

Deux dysfonctionnements essentiels sont relevés :

- **les difficultés, en amont de l'hospitalisation, du suivi continu des personnes âgées par le système de soins de 1^{er} recours.** Il faut un réel suivi des patients atteints de polyopathologies chroniques complexes, afin d'éviter une prise en charge uniquement dans les phases de crise aigüe, et en urgence, sans qu'une solution adaptée ait pu être anticipée et organisée. **Le recours trop systématique aux urgences est un réel symptôme de dysfonctionnement.**
- **l'absence d'anticipation et de coordination au moment de la sortie d'hospitalisation.** Non seulement il est dangereux pour une personne âgée de rester trop longtemps hospitalisée à la fois pour des raisons sanitaires mais aussi de perte d'autonomie, mais une sortie mal organisée peut également dégrader l'état du patient âgé. Il est donc impératif de coordonner plus efficacement la sortie de l'établissement de santé et la prise en charge sanitaire et médico-sociale à domicile.

À ce titre, il convient de relever l'intérêt que présente la **mise en place dans certains établissements hospitaliers par la Mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance vieillesse d'un référent « sortie d'hospitalisation »** avec lequel la personne âgée peut organiser à l'avance les conditions de sa sortie. Ces accompagnements doivent d'autant plus être encouragés et développés qu'ils évitent les cas de maintien abusif de la personne dans un service hospitalier, en attendant d'avoir trouvé la solution appropriée à son cas.

Le problème des personnes âgées est souvent d'abord un problème sanitaire avec lequel doit être coordonnée la prise en charge de la perte d'autonomie. Comme le souligne le HCAAM, « *le grand âge est un formidable amplificateur des conséquences de tous les manques de « transversalité » de notre système de soins : assimilation trop exclusive de la qualité médicale à la sur-spécialisation disciplinaire, tendance à sous-estimer l'importance du concours des soins d'accompagnement et d'entretien à tout processus soignant, sans oublier la gestion séparée des questions sanitaires et des questions sociales* ». **Il convient donc d'orienter la pratique médicale de la prise en charge des états aigus vers le suivi continu des états polyopathologiques chroniques stabilisés, avec des outils et des financements adaptés.** Des pistes d'amélioration existent : le développement des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, le partage de compétences, les nouveaux modes de rémunération, le développement des technologies de l'information.

Les hospitalisations en urgence des personnes en établissement posent également le problème de la continuité des soins en EHPAD qui pourrait être assurée avec la mise en place- discutée- d'astreintes d'infirmières la nuit et les week-ends. L'amélioration et la promotion des « filières courtes » permettant une entrée directe dans les services de gériatrie sans passage par les urgences hospitalières sont également évoquées comme des voies pour assurer une prise en charge adaptée et respectueuse des droits, intérêts et de la dignité des personnes âgées en perte d'autonomie.

2.3. Le cas spécifique des personnes handicapées vieillissantes

La question du vieillissement des personnes handicapées se pose avec plus d'acuité aujourd'hui compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de cette population. 267 000 personnes handicapées, majoritairement atteintes de troubles mentaux, ont 60 ans et plus aujourd'hui.

Le rapport du sénateur Paul Blanc en 2006 a mis en avant l'ampleur du phénomène et les questions qu'il pose au dispositif d'accompagnement actuel des personnes handicapées, notamment en termes de continuité de la prise en charge entre les différentes structures médico-sociales. Il convient de prendre en compte les besoins spécifiques liés au vieillissement des personnes handicapées, notamment par le

développement des coordinations entre les champs de la gérontologie et de l'accompagnement du handicap.

Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a d'ailleurs pris en compte cette dimension : il contient une action spécifique relative à « l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés » (fiche 5 du programme).

Comme l'indique un rapport de la CNSA sur ce sujet publié en octobre 2010, l'ampleur du phénomène du vieillissement des personnes handicapées interpelle sur les points suivants :

- l'allongement plus fréquent de la vie en institution comme un phénomène à multiples implications : vieillissement des personnes elles-mêmes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, sur le bâti...
- l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissements pour adultes. En effet, malgré un doublement en dix ans de la capacité d'accueil en MAS, par exemple, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement a sans doute à peine permis « d'absorber » le vieillissement de la population accueillie ;
- la capacité d'adaptation des structures (établissements et services) déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie.

Le groupe de travail qui a débattu de ce sujet estime qu'il n'y a pas de solution d'accompagnement et d'accueil unique. En réalité, il faut encourager la diversité des modes d'accueil qui se développent actuellement :

- Le maintien de la personne le plus longtemps possible dans son milieu de vie habituel. Il faut pour cela, accroître le financement de services extérieurs médicaux ou paramédicaux au sein de structures telles que foyer d'hébergement ou foyer de vie.
- Le maintien à domicile et l'accompagnement de la personne au sein de la famille avec l'appui de services d'aide à domicile pour les personnes les plus autonomes, tels que des services d'auxiliaires de vie sociale
- les partenariats avec des services de soins palliatifs pour les maisons d'accueil spécialisé ou les foyers d'accueil médicalisé
- la création de sections spécialisées dans les EHPAD avec un personnel dédié et formé spécifiquement à la prise en charge des personnes handicapées.

On peut tout à la fois développer des solutions d'accueil en EHPAD dans des unités de vie spécifiques et de médicalisation des lieux de vie habituels (MAS, foyers d'hébergement) des personnes handicapées. Les enjeux clés sont les suivants :

- **prévenir les ruptures dans la prise en charge,**
- **favoriser un accompagnement adapté aux besoins du handicap en établissement pour personnes âgées ou de façon prioritaire du vieillissement en établissement pour personnes handicapée pour éviter tout déracinement inutile.**

2.4. Mettre en place un parcours global et coordonné autour de la personne

Deux axes se dégagent pour améliorer la coordination :

- celui de **l'institutionnalisation**, avec la mise en place d'un service dédié à la coordination, qui serait territorialisé au niveau départemental et infra départemental et piloté conjointement par les ARS et les conseils généraux. Il pourrait s'agir des maisons départementales des personnes handicapées transformées en maisons départementales de l'autonomie.

Les CLIC ont également vocation à faire de la coordination. Ils font l'objet actuellement d'une réorganisation voire d'une reprise en gestion directe par les départements, dans une optique de mise en cohérence des territoires d'intervention, de mutualisation des moyens et/ou de simplification des démarches.

- celui d'une mise en réseau, non institutionnelle, autour de la personne âgée, de tous les acteurs de sorte que la personne en perte d'autonomie soit systématiquement réorientée par le premier acteur qu'elle sollicite vers l'intervenant qui peut lui apporter directement la réponse la plus adaptée à son besoin. C'est le concept de la MAIA développé dans le cadre du Plan Alzheimer.

Un autre élément de coordination est souligné : le « gestionnaire de cas » est considéré comme une expérience positive. Cette fonction nouvelle, positionnée dans une organisation plus intégrée des services est intéressante. Elle doit être développée mais limitée aux cas complexes. Il est proposé de partir des métiers existants (infirmières, assistants sociaux...) et de les former à la gestion de cas, et non de créer un nouveau statut ou métier en tant que tel.

En ce qui concerne plus spécifiquement la coordination des soins, celle-ci doit s'appuyer en premier lieu sur les professionnels libéraux et de nouveaux protocoles et outils tels que :

- La création de maisons et pôle de santé pluri disciplinaires. Ces structures nouvelles fondées essentiellement sur un projet de santé commun et l'implication des acteurs permettront d'améliorer la continuité et la permanence des soins, le suivi des patients et la coordination des soins. On espère de ces regroupements que rapidement ils permettront de limiter le recours à l'hospitalisation et développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
- Le partage de tâches qui permet de recentrer les praticiens sur les actes à valeur ajoutée médicale,
- Les nouveaux modes de rémunération qui devront compléter le paiement à l'acte, pour financer les tâches nouvelles de coordination,
- Le développement d'outils de communication et de coordination tels que le dossier médical partagé ou la télémédecine, qui peut être particulièrement utile pour les patients âgés en perte d'autonomie. La télémédecine, notamment en EHPAD, permettra d'améliorer la qualité de leur prise en charge, qui sera plus rapide, mieux coordonnée et plus confortable. De tels outils permettront un meilleur partage d'informations tant entre professionnels de santé qu'entre établissements de santé, EHPAD, services d'aide de soins et d'accompagnement à domicile et médecins traitants.

La mission de coordination n'a pas forcément besoin d'une nouvelle structure dédiée. Elle peut s'appuyer sur l'un ou l'autre des acteurs sanitaires ou médico sociaux existants, dès lors qu'elle s'appuie sur un diagnostic unique (ex : évaluation multidimensionnelle partagée) et rassemble la totalité des acteurs qui se reconnaissent et se légitiment mutuellement. Il faut surtout faciliter la transversalité, développer les passerelles entre les différents secteurs sanitaires (exemple des kinésithérapeutes qui peuvent exercer en libéral et en milieu hospitalier), favoriser les coopérations professionnelles, et éviter de rigidifier encore le système avec de nouvelles segmentations (nouveaux métiers, statuts séparés...).

Les déterminants d'une coordination efficace²⁷ sont, quelle que soit la proposition suivie, les suivants :

- 1) La **concertation des acteurs** occupe une fonction centrale, ce qui impose des temps de réunions permettant aux acteurs de se connaître, d'expliquer leur logique d'intervention et de légitimer leur action. Chaque intervenant doit prendre conscience que son action s'insère dans une chaîne d'interventions où chaque action ou absence d'action interagit sur les autres acteurs. Cette simple prise de conscience est peu coûteuse, facile à mettre en œuvre - ne serait ce qu'en l'intégrant dans le parcours de formation - et peut avoir des effets rapides sur l'efficacité du système.
- 2) la **gestion de cas** pour les cas complexes,
- 3) la **centralisation de l'information** afin que celle-ci soit lisible pour les personnes âgées, leurs proches et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin d'optimiser la fonction d'aiguillage et d'améliorer l'accès aux services,

²⁷ Méthodologie PRISMA France/ FNG : Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas. « Expérimentation de dispositifs innovants de coordination dans le cadre du Plan Alzheimer via la mise en place des MAIA » (mise en place notamment des gestionnaires de cas).

- 4) Un **outil d'évaluation standardisé** et validé des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie afin de réduire les redondances d'évaluation et d'intervention,
- 5) un **système d'informations partageable** consistant à permettre aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux personnes en gestion de cas, si ces dernières consentent à ce que les professionnels intervenant auprès d'elles échangent à leur sujet.

Il est recommandé de :

- **Rechercher des incitations à la coordination** : qu'il s'agisse d'incitations financières et/ou d'incitations professionnelles, dans la mesure où la coordination est considérée comme une valeur ajoutée dans l'exercice du métier permettant une plus grande satisfaction professionnelle,
- **Développer les normes et références communes pour se comprendre entre acteurs sanitaires, médico sociaux... et ce dès la formation initiale des intervenants,**
- **Déléguer des moyens financiers aux acteurs qui s'engagent dans la coordination, la mise en place de systèmes d'informations partagés,**
- **D'organiser des temps concrets de réunions, de concertation et de coordination.** Il est à cet égard rappelé que la base essentielle de la MAIA n'est pas le gestionnaire de cas qui est limité aux quelques cas complexes mais la gouvernance partagée de tous les acteurs autour de la table de concertation,
- **Intégrer dans la formation des intervenants sanitaires et médico sociaux la problématique de la coordination et du partage de l'information, afin d'acquérir certains réflexes de communication.**

Enfin, au-delà des difficultés institutionnelles, les défaillances de la coordination sont également intimement liées au cloisonnement de la gouvernance et des financements des secteurs sanitaire et médico-social. Si le pilotage et l'articulation des deux secteurs ne peuvent qu'être améliorés avec la création des ARS, les périmètres financiers restent très contraints. **Il est ainsi proposé d'expérimenter sur des territoires donnés une réelle fongibilité des enveloppes sanitaires (ville et hôpital) et médico-social. Cette proposition sera analysée plus précisément dans le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.**

3. FAVORISER LA QUALITE PAR L'EVALUATION DES SERVICES ET LA PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS

3.1. Définition de la bientraitance par l'ANESM

La bientraitance est un objectif d'action de tous les professionnels, souvent abordé sous l'angle de la posture individuelle dans une relation bilatérale avec la personne accueillie. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESMS (ANESM) complète cette approche en recherchant les corrélations avec le degré de déploiement des pratiques collectives au sein des établissements.

La bientraitance ne couvre pas l'ensemble des aspects qui concourent à la qualité de l'accompagnement en Ehpad, et *in fine* à la qualité de vie des personnes accueillies. Mais c'est l'une des dimensions essentielles de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement. Elle vise, en priorité :

- les conditions d'exercice des professionnels qui concourent à une relation « personne accueillie – professionnels » respectueuse des droits des personnes accueillies, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale) ;
- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- la potentialisation des ressources tant internes que celles disponibles sur le territoire ;

- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management, de façon à permettre la mise en œuvre d'un accompagnement inscrit dans une logique d'individualisation, de respect des droits et de prévention.

3.2. *La création de l'ANESM est une avancée significative qui doit être confortée par la mise en place d'un référentiel d'évaluation national*

a) Complémentaire au contrôle/inspection réalisé par les agences régionales de santé et les conseils généraux, la diffusion de recommandations et l'évaluation de la qualité sont de la compétence de l'ANESM. Cette agence a centré son action sur la publication d'un certain nombre de guide de bonnes pratiques et de recommandations pour améliorer la qualité des prises en charge des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui accueillent ou accompagnent des personnes âgées.

b) Concernant l'évaluation, les ESMS ont l'obligation de faire procéder à deux évaluations externes par des organismes habilités par l'ANESM pendant la période de leur autorisation. Ces évaluations sont ensuite transmises aux ARS/CG qui doivent en tenir compte pour diligenter d'éventuels contrôles sur site, pour renouveler l'autorisation ou modifier la convention tripartite. L'ANESM quant à elle, régule le marché de l'évaluation. Elle habilite les organismes d'évaluation sur la base d'un cahier des charges.

Le problème essentiel soulevé par le groupe est l'absence de référentiel unique sur lequel se fonderaient les organismes d'évaluation externe. Aujourd'hui, chaque établissement a ses propres référentiels internes de qualité et chaque organisme d'évaluation externe dispose de ses propres normes et indicateurs. Les établissements sont donc confrontés au risque d'être soumis à l'arbitraire de tel ou tel organisme. Ce qui empêche toute objectivation de l'évaluation, toute exploitation et publication des évaluations puisqu'elles ne sont pas réalisées sur les mêmes bases et toute comparaison de qualité entre établissements pour améliorer celle-ci ou permettre aux futurs résidents de réaliser un choix qualitatif totalement éclairé.

Il ne s'agit pas de freiner l'innovation en termes de qualité des ESMS. Mais il apparaît nécessaire de disposer de normes objectivées, débattues et validées par l'ensemble des acteurs.

Le groupe propose donc, qu'à l'instar du secteur sanitaire qui dispose par le biais de la Haute autorité de santé de référentiels d'évaluation uniques pour l'ensemble des établissements de santé, le secteur médico social se dote avec l'aide de l'ANESM d'un référentiel unique d'évaluation pour les EHPAD, et pour les services d'aide et de soins à domicile.

Un groupe de travail doit être rapidement mis en place pour mettre sur la table tous les référentiels et recommandations existants et définir ce référentiel national d'évaluation de la qualité d'ici fin 2011.

Ce référentiel serait public et les résultats obtenus par les ESMS pourraient être diffusés. La question se pose en effet de la lisibilité de la qualité des prestations offertes pour le public, du retour qui peut être fait aujourd'hui vers les familles de l'évaluation de la qualité et de la valorisation des progrès réalisés par les établissements.

c) Le développement de la certification, qui est réalisée par des organismes extérieurs et indépendants, est également proposé comme une solution pour garantir la qualité des prestations. Elle peut être regardée comme la première étape vers une amélioration et un contrôle de la qualité. Il faudrait donc développer les deux démarches d'évaluation et de certification en complémentarité et créer des passerelles entre les deux. C'est ainsi que les **référentiels de certification pourraient être améliorés afin de prendre en compte le contenu des prestations, le niveau de formation et d'encadrement des intervenants.**

3.3. *La formation est un enjeu fort de la qualité des prestations*

3.3.1. **Des difficultés de recrutement et un turn over inquiétant pour la qualité de la prise en charge**

Le secteur de l'aide à domicile pour les publics fragiles (hors activités de soins²⁸) emploie 515 000 salariés (DREES 2010) dont 98% de femmes âgées en moyenne de 45 ans.

Concernant les EHPAD, les effectifs sont en forte augmentation : plus de 397 000 personnes en 2007, soit 52 000 de plus qu'en 2003. Les aides-soignants sont la profession la plus présente avec 30% des personnels des EHPAD. Le taux d'encadrement, qui exprime le nombre d'emplois (en ETP) pour 100 places, s'élève fin 2007, en moyenne à 57 pour les EHPAD, soit 6 points de plus qu'en 2003. Mais le turn over y est très important puisque près de 30% du personnel est présent depuis un an ou moins dans l'établissement.

Le secteur doit en outre faire face aujourd'hui à un processus de convergence tarifaire à la baisse qui diminue le nombre de personnels pour certains établissements, ainsi qu'à de graves difficultés de recrutement qu'il s'agisse de l'aide à domicile ou des EHPAD. La pénurie actuelle de personnels, aides soignants et aides à domicile, psychologues, animateurs...pourrait créer à terme un risque de maltraitance des personnes prises en charge. Les difficultés de recrutement des aides soignants sont particulièrement évoquées notamment en raison des quotas de places à l'intégration dans les écoles d'aides soignants. Alors qu'ils ont été supprimés, ils perdurent de fait par le biais des délégations de crédits limitatifs aux régions pour la formation, dont les montants sont fixés sur la base ancienne des quotas. Ainsi alors qu'il est nécessaire de recruter des aides soignants en nombre, les crédits de formation et par conséquent le nombre de personnels formés ne permettent pas de répondre aujourd'hui aux forts besoins de recrutement.

En outre, le format du concours est très académique et peu adapté aux réalités du métier. **Il est proposé d'élargir les voies de recrutement** en développant l'apprentissage, la validation des acquis et de l'expérience ainsi que les contrats de professionnalisation, d'autant qu'il s'agit d'un secteur en pleine croissance.

Les difficultés de recrutement sont également dues à la faible attractivité des métiers de l'aide à la perte d'autonomie. S'agissant de l'image du métier de l'aide à domicile, elle est contrastée et tend à s'améliorer, même si une partie importante des salariés travaille encore à temps partiel subi (30 % seulement des salariés travaillent à temps complet – DREES 2010) et considère son salaire, qui est en moyenne de 832€ par mois comme insuffisant.

La valorisation des métiers de la dépendance est indispensable. Le groupe préconise la mise en œuvre d'une campagne de communication nationale sur les métiers de l'aide à la perte d'autonomie. La valorisation des métiers passe également par une amélioration des conditions de travail des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées. Une réflexion sur les temps partiels subis, l'isolement professionnel notamment dans le secteur de l'aide à domicile est nécessaire. **Il est préconisé de développer les centres de ressources.** Outre un appui aux intervenants dans leurs démarches administratives et de recrutement, les « centres – ressources » devraient permettre d'améliorer la situation de l'emploi des salariés (multi-activités, temps partiel...) et d'accroître leur professionnalisation. Les salariés pourraient ainsi connaître un parcours professionnel plus stable et plus sûr, bénéficier de formations certifiantes ou qualifiantes et d'une reconnaissance de leur expérience à même de leur donner accès à d'autres types d'emploi.

²⁸ L'aide à domicile au sens large concerne également les activités de soins que celles-ci soient le fait des SSIAD (cf. étude de la DREES sur ce sujet) ou résultent de l'exercice de la médecine libérale (notamment les AIS).

3.3.2. La formation doit être encouragée et son contenu enrichi

La professionnalisation ainsi que les revalorisations salariales qui en découlent sont également au cœur des préoccupations des acteurs du secteur. La professionnalisation des salariés est un enjeu prioritaire pour rendre les emplois plus attractifs, favoriser la fluidité des parcours professionnels et améliorer la qualité des prestations, particulièrement nécessaire vis-à-vis des personnes fragiles.

Les salariés de l'aide à domicile présentent de fortes différences de niveau de qualifications selon le mode de prestation retenue (DREES, 2010). Si 62 % n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire ou social, les salariées en emploi direct ont un niveau d'études moins élevé et moins adapté au métier d'aide à domicile que leurs collègues exerçant exclusivement en mode prestataire : plus de quatre sur dix n'ont pas atteint le second cycle et 85 % n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire et social. Elles possèdent notamment rarement (3 %) le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) alors que plus d'un tiers des salariées des organismes prestataires le détiennent.

Toutefois, et afin de nuancer le propos, un effort considérable est réalisé en matière de formation sur l'ensemble du secteur de l'aide à domicile, notamment grâce aux financements de la section IV du budget de la CNSA et la signature d'une convention unique de professionnalisation avec l'OPCA UNIFORMATION, d'un montant de 13M€.

Les formations existent mais leur coût est élevé. Leur mise en place est par ailleurs complexe en raison de la multiplicité des partenariats qui doivent être mis en place entre Etat/ régions/ départements/ organismes paritaires collecteurs agréés, chacun ayant ses critères d'accès aux formations. La CNSA a développé des conventions avec les conseils généraux afin de simplifier l'accès à la formation et à l'utilisation des fonds dont elle dispose.

La professionnalisation doit être encouragée par l'incitation. **Il est proposé à cet égard que l'arrêté, prévoyant une majoration de 10% de la participation du bénéficiaire si le recours à un salarié en emploi direct ne répond pas aux exigences de qualification, soit pris et appliqué.**

La formation des intervenants doit intervenir dès le recrutement avant la prise de poste et son contenu doit être enrichi. Elle doit également continuer tout au long de la vie professionnelle. Ainsi la « formation aux vulnérabilités » devrait être généralisée (cf. recommandation de l'ANESM dans son guide relatif à l'adaptation à l'emploi). De même pour la formation à la « prévention globale » (gestes et postures, nutrition des personnes âgées, alertes et coordination à réaliser...) développée par l'ANSP. **Les différentes formations devraient prendre en compte de manière générale l'ensemble des recommandations rédigées par l'ANESM.**

Concernant les EHPAD, le taux d'encadrement est également sujet à débat. **Il a augmenté ces dernières années avec la médicalisation et la signature des conventions tripartites. Mais, pour beaucoup, il est encore insuffisant,** notamment au regard de la perte d'autonomie croissante des plus âgés. La mise en place d'un suivi personnalisé, d'animations individuelles est une démarche qualité recommandée par l'ANESM qui réclame du temps de travail. **Certains membres rappellent notamment le taux d'encadrement préconisé par le plan solidarité grand âge de 1 pour 1 pour les personnes les plus dépendantes (Gir 1).**

4. RECHERCHER LES VOIES ET MOYENS DE MAITRISER LE RESTE A CHARGE

Une des questions clés restant encore en suspens est le coût du reste à charge très élevé en établissement. En effet, en fonction des études réalisées et des périmètres retenus, le coût du reste à charge en EHPAD est compris entre 1 500€ et 2 200€ mensuels en moyenne alors même que le montant moyen d'une pension de retraite est de 1 400€/mois, voire 800€/mois pour les femmes qui représentent plus de 75% des

résidents des ESMS. Ainsi, comme le soulignait le rapport du sénateur Alain Vasselle²⁹, « près de 80 % des personnes accueillies en Ehpad doivent faire appel aux ressources de leurs proches pour financer leur prise en charge ». La maîtrise de ce reste à charge est donc un axe de réflexion prioritaire.

4.1. La tarification ternaire fait peser le reste à charge sur la section « hébergement »

La répartition actuelle des charges via le dispositif de tarification ternaire des établissements tend à reporter les coûts d'amélioration de l'offre sur l'hébergement et par voie de conséquence, sur les personnes âgées et leurs familles. En effet, les dépenses supplémentaires dues aux efforts d'encadrement administratif ou d'animation, la montée en gamme des équipements, les investissements de mises aux normes de sécurité...s'imputent sur le prix de l'hébergement qui est peu socialisé (contrairement aux dépenses de soins et celles liées à la dépendance) et ne cesse donc d'augmenter le reste à charge. Cette évolution risque de s'intensifier avec les coûts croissants du foncier, des constructions et des normes en termes de capacité et d'équipement.

4.1.1. La tarification ternaire des EHPAD

La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 (article 23 codifié à l'article L.314-2 du CASF) a introduit une nouvelle tarification des établissements et services médico-sociaux, avec la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie, à côté de l'hébergement et des prestations de soins.

Désormais, le budget des EHPAD est composé de trois sections tarifaires distinctes, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément :

1. Le tarif journalier relatif à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité du coût immobilier. Il est à la charge de la personne accueillie.

Cette dépense peut être, selon certains critères d'éligibilité, solvabilisée par le biais de différentes aides au logement que sont l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée par les départements (*dépense 2009 : 1,2Md€ pour 115 684 bénéficiaires*³⁰) et l'ALS/APL versées par les caisses d'allocations familiales (*dépense 2009 : 405M€ pour 243 000 bénéficiaires*³¹).

2. Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ces frais sont à la charge du résident aidé par l'APA (GIR 1 à 4). Les dépenses d'APA s'élevaient à 5,3Mds€ en 2010, dont 1,8Mds pour les ESMS et 3,7Mds pour le domicile, pour 1,18M de bénéficiaires.

3. Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance. Il est totalement pris en charge par l'objectif global de dépenses (OGD) financé à 90% par l'assurance maladie (Ondam médico-social) et à 10% par la contribution de solidarité pour l'autonomie. L'OGD s'élevait en 2010 à 8,54Mds€.

Les charges supportées par l'établissement sont réparties entre les trois sections du budget, correspondant aux trois catégories de prestations. Elles sont soit imputées totalement à une section, soit réparties entre deux sections tarifaires (charges de personnel) selon des clés qui ont été arrêtées réglementairement.

Concernant le forfait « soins », il convient de noter que les établissements peuvent choisir entre deux options tarifaires :

²⁹ Mission d'information commune sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, 26 janvier 2011.

³⁰ Source : ODAS

³¹ Source : Direction du budget

- le tarif partiel qui recouvre les charges relatives au médecin coordonnateur, aux médecins et auxiliaires médicaux salariés, infirmiers libéraux, aides soignants et aides médico-psychologiques (AS-AMP), le petit matériel et les fournitures médicales (arrêté du 30/05/2008),
- le tarif global qui recouvre en sus les coûts des médecins généralistes et auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie et de radiologie légers.

L'objectif de la réintégration progressive de différentes dépenses sanitaires dans le forfait « soins » est d'assurer un meilleur suivi de la gestion des coûts médicaux au sein des EHPAD ainsi qu'une meilleure coordination, et d'introduire davantage de transparence dans le financement du volet médical.

4.1.2. Les propositions de réforme de la tarification des EHPAD

a) Une tarification à la ressource fondée sur le Gir moyen pondéré soins (GMPS)

L'article 63-III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 met en place une « tarification à la ressource » à compter du 1^{er} janvier 2010.

Le projet de décret relatif à la tarification fait l'objet d'une concertation depuis la mi octobre 2009. Il est passé devant la section sociale du Conseil d'Etat le 8 décembre 2010. La finalisation de cette réforme a été reportée en raison du débat actuel sur la perte d'autonomie.

b) Un forfait global extensif ou partiel selon les établissements

Le recours au forfait global « extensif » ou « large » serait désormais obligatoire pour les établissements dépassant un certain nombre de points GMPS, qui sera déterminé par arrêté.

Les établissements situés en dessous de ce niveau pourront choisir entre un forfait global extensif ou restreint. A la différence du tarif global restreint, le tarif global « extensif » intégrera les rémunérations des médecins généralistes et gériatres intervenant dans l'établissement, les actes de biologie et radiologie, qui sont actuellement pris en charge sur la section soins.

c) L'expérimentation de réintégration des dépenses de médicaments dans le forfait « soins ».

Les dépenses de médicaments des personnes âgées font l'objet aujourd'hui de plusieurs modes de prise en charge :

- une grande part de ces dépenses est prise en charge sur l'enveloppe « soins de ville » de l'ONDAM ;
- les dépenses de médicaments des sections de cure médicale et des sections de soins courants sont prises en charge, dans le cadre de forfaits, sur l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM ;
- les dépenses de médicaments des unités de soins de longue durée sont prises en charge sur l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM.

L'expérimentation réintroduisant dans le forfait « soins » les dépenses de médicaments pour les EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) a pour objectif d'éviter un surcoût pour l'assurance maladie et de lutter contre le mauvais usage des médicaments, fréquemment responsable d'hospitalisations de personnes âgées (20% de celles-ci seraient dues à des problèmes d'iatrogénie selon le HCAAM). Un rapport de l'IGAS (Pierre Naves, Murielle Dahan, septembre 2010) évaluant cette expérimentation constate :

- des avancées certaines, notamment la mobilisation et la structuration, autour d'équipes médico-pharmaceutiques dont la place dans les EHPAD doit être réglementairement précisée, de démarches visant l'amélioration du bon usage des médicaments,
- mais aussi des incertitudes en raison des difficultés méthodologiques pour déterminer les dotations complémentaires à allouer à chaque EHPAD sans PUI en fonction des besoins en médicaments de ses résidents,
- et des risques, notamment de refus d'admission des personnes âgées dépendantes les plus lourdes en termes médicamenteux en raison de la forfaitisation de la dépense.

Ainsi, le rapport propose t-il un report de la généralisation de la réintégration des dépenses de médicaments dans les forfaits « soins » des EHPAD prévue initialement pour le 1^{er} janvier 2011. Il recommande également « une démarche alternative, fondée sur des engagements contractuels entre

EHPAD, ARS et caisses d'assurance maladie et sur un partage des gains générés par les économies sur les dépenses des médicaments dispensés aux résidents en EHPAD et remboursés comme actuellement, en soins de ville. Cette alternative vise à substituer à une logique de régulation par la maîtrise des budgets une logique d'incitation à la qualité des prescriptions, dont les économies sur les dépenses de médicaments peuvent représenter un indicateur sur lequel fonder des engagements contractuels. » La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prolonge ainsi de deux années l'expérimentation en cours, sans remettre en cause le principe de sa généralisation à compter de 2013.

d) Le processus de convergence tarifaire

L'article 63-I de la LFSS pour 2009 autorise les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget à fixer des règles de convergence tarifaire. Ainsi, de 2010 à 2016, le tarif « soins » à la place dont le tarif constaté en 2009 est supérieur au tarif plafond est réduit chaque année dans une proportion telle que l'écart avec le tarif plafond soit résorbé en 2016.

Les établissements soumis à ces dispositions peuvent cependant convenir d'un échéancier différent avec l'autorité de tarification, dans le cadre de la convention tripartite ou par avenant à celle-ci. Une partie du groupe fait valoir que ce mécanisme de convergence revient à faire baisser les taux d'encadrement d'établissements dont les taux d'encadrement sont pourtant encore loin de ceux préconisés par les experts et le plan solidarité grand âge. De plus, la convergence s'applique sans aucun lien avec la qualité des prestations dispensées par l'établissement. En sus, elle repose sur une mauvaise utilisation de l'outil PATHOS par les tarificateurs. C'est pourquoi des membres du groupe souhaitent son gel immédiat et la constitution très rapide d'un groupe de travail sous l'égide de la DGCS, associant la CNSA et l'ANESM pour définir le niveau des tarifs plafonds et la qualité des prestations y afférent.

4.2. Un reste à charge très élevé évalué à 1 500€ mensuel

4.2.1. Les modalités de fixation du tarif « hébergement »

a) Les modalités de détermination du niveau du « tarif hébergement » dans les établissements habilités à l'aide sociale, en totalité ou en partie

Dans les établissements habilités à l'aide sociale³², c'est-à-dire l'ensemble du parc public et la quasi-totalité du parc privé non lucratif (75% de l'offre d'EHPAD), le tarif hébergement est fixé administrativement. Il est arrêté par le président du Conseil général. Il est calculé « en divisant par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement le montant des charges d'exploitation autorisées à la section d'imputation tarifaire relative à l'hébergement, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation ».

b) Les modalités de détermination du niveau du « tarif hébergement » dans les établissements commerciaux non habilités à l'aide sociale

Les établissements non habilités à l'aide sociale connaissent un régime de liberté des prix encadrée par un taux d'évolution annuelle des tarifs. Sont concernés principalement des établissements non habilités au titre de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) mais également des établissements qui sollicitent ce régime dérogatoire parce qu'au cours des trois exercices précédant celui de leur demande, ils ont accueilli moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur capacité agréée à cet effet.

³² Article D.342-2 modifié

« Une convention d'aide sociale, d'une durée maximale de cinq ans est conclue entre le représentant de l'Ehpad habilité totalement ou partiellement à l'aide sociale aux personnes âgées et le président du conseil général. Cette convention peut être une annexe de la convention tripartite prévu au I de l'article L.313-12 ou au Cpom prévu au même article.

Cette convention mentionne notamment :

- Les catégories de publics que l'établissement s'engage à accueillir ;
- La nature des actions qu'il conduit au bénéfice de ces publics ;
- Les conditions d'admission et de réservation des places des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les modalités de coordination avec les services sociaux aux fins de faciliter l'admission des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les modalités selon lesquelles sont assurés les soutiens sociaux aux bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les montants des tarifs pris en charge par l'aide sociale, leurs règles de calcul et de revalorisation ».

Pour ces établissements, le « tarif hébergement » est fixé librement lors de la signature d'un contrat écrit, obligatoire entre l'établissement et la personne âgée ou son représentant légal, au moment de l'entrée dans l'établissement. L'évolution de ce tarif est ensuite encadrée par un taux fixé annuellement par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, tenant compte de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services ; ce taux a été fixé à 2,4 % pour 2007, 2,2 % pour 2008 et 3 % pour 2009, 1,2% en 2011.

4.2.2. Un reste à charge du à 90% au coût de plus en plus élevé de l'hébergement

Un rapport de l'IGAS³³ montre une forte dispersion des montants du tarif « hébergement », allant de 36,36 € à 86,60 €/jour. Après avoir enquêté dans quatre départements et vingt Ehpad, elle note que la facture s'élève en moyenne à 2 200 euros par mois mais peut atteindre 5 500 euros dans certains cas. En outre, quelle que soit la nature des dépenses à la charge des résidents, « *il existe de fortes différences d'un établissement à l'autre* » qui ne sont pas liées de plus à la qualité de la prestation.

L'étude du reste à charge en établissements pour personnes âgées dépendantes repose sur la connaissance la plus affinée possible des dépenses et des aides qui peuvent leur être rattachées, puisqu'il s'agit d'estimer un solde. En effet, diverses aides publiques existent pour limiter les dépenses supportées par les résidents en Ehpad et leurs familles :

- l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui est une prestation sans conditions de ressources financée par les conseils généraux et la CNSA ;
- les aides au logement sous conditions de ressources - aide personnalisée au logement (APL) ou allocation de logement à caractère social (ALS), financées par la CNAF ;
- l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée par les conseils généraux ;
- enfin la réduction d'impôt au titre des frais de séjour, financée par l'État.

Mais ces dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs différents, non articulés entre eux et peu ciblés sur le public le plus fragile.

Sur ces bases, une étude récente de la DREES³⁴ a évalué, à partir des données chiffrées de 2007, les différents coûts entrant en jeu en établissement (en moyenne, par résident et par mois) :

- la dépense mensuelle est de 1 938 € (377 € pour la dépendance et 1 554 € pour l'hébergement) ;
- l'aide totale est de 470 €, l'APA représentant un peu moins de la moitié avec 230€ (APL+ALS+ASH représentent 209 € et les réductions d'impôt 31 €) ;
- le reste à charge moyen par personne et par mois est donc de 1 468 € (base 2007), dont 147€ pour la dépendance et 1 321 € pour l'hébergement.

L'essentiel du reste à charge (90%) est constitué de la partie hébergement dont le financement est peu socialisé.

Les estimations du reste à charge par la DREES et l'IGAS sont cohérentes avec d'autres études récentes.

³³ Rapport IGAS « Etat des lieux relatifs à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD » (C.Branchu, J. Voisin, J. Guedj, D. Lacaze, S. Paul), Août 2009.

³⁴ Evaluation du reste à charge en établissement, DREES, février 2011

- une étude conduite par la CNSA et citée par la Cour des Comptes dans son rapport de février 2009 évoque, sur la base d'un échantillon de 410 établissements, un « tarif hébergement » moyen de 46,63 € après convention tripartite, soit 1 550 € par mois environ ;
- dans son rapport de novembre 2005, la Cour des Comptes, à partir d'un échantillon de 10 départements, fait mention de « tarifs hébergement » s'échelonnant de 1 090 à 1 400 € (hors Paris qui atteint 1 819 €) ;
- la mission sénatoriale indique en 2008 que le « reste à charge » moyen mensuel (incluant donc le « talon APA ») est de 1 617 € pour l'ensemble des maisons de retraite. Elle précise que ce montant varie selon le type d'établissement : 2 097 € en maison de retraite privée à but lucratif, 1 552 € en maison de retraite privée à but non lucratif, 1 390 € en maison de retraite publique autonome, 1 464 € en maison de retraite rattachée à un établissement hospitalier ;
- la Fédération hospitalière de France a réalisé en novembre 2006 une enquête auprès de 335 établissements, sur la base des comptes administratifs de 2005. Elle fait état d'un prix de journée moyen dans les maisons de retraite publiques de 37,90 €, soit 1 137 € par mois, avec des variations significatives entre départements (moins de 30 € dans l'Oise, plus de 50€ en région parisienne).

Source : IGAS.

Cette étude de la DREES fait également le constat d'une dispersion très forte des restes à charge à niveau de revenu donné :

- En bas de la distribution, la dispersion est imputable au fait que seuls 40% des résidents perçoivent l'ASH. La solvabilisation de la dépense exposée est complète pour les bénéficiaires de l'ASH. Pour les autres, on suppose que le séjour en établissement conduit à mobiliser le patrimoine et des aides financières de la famille.
- En haut de la distribution des revenus, cette dispersion est imputable à la dispersion des tarifs des établissements (sensible pour les tarifs dépendance, encore plus forte pour les tarifs hébergement).

In fine, pour la DREES, **le problème de solvabilité se pose principalement pour la fraction des résidents à bas revenus (inférieurs à 1 000€) qui ne bénéficient pas de l'ASH (soit environ 60% d'entre eux)** : le financement de leur reste à charge, voisin de 1500 € en moyenne, suppose un recours aux ressources de la famille ou un prélèvement sur leur patrimoine.

4.3. Améliorer la solvabilisation du coût de l'hébergement

De nombreux rapports, notamment le rapport du sénateur Alain Vasselle³⁵, proposent, pour limiter le reste à charge lié au coût de l'hébergement, de **reporter un certain nombre de dépenses imputées actuellement sur la section « hébergement » sur les deux autres sections**. D'autant qu'il est régulièrement indiqué que l'actuelle imputation des charges entre sections n'est pas toujours d'une grande logique.

L'imputation sur les tarifs d'hébergement des EHPAD de 70% des salaires des agents de service, des dépenses d'animation- service social et de l'ensemble des amortissements et frais financiers est à cet égard souvent contestée. De même que l'imputation de 30% des dépenses de salaires des AS-AMP sur le tarif « dépendance », l'imputation de ce poste sur deux sections tarifaires (soins et dépendance) pouvant en outre être un facteur de blocage de la signature des conventions tripartites en raison des contraintes financières pesant sur certains conseils généraux.

Une réforme de la tarification visant à diminuer le reste à charge pourrait se traduire ainsi :

³⁵ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, 8 juillet 2008 puis suite de ce rapport en février 2011.

- le transfert vers l'assurance maladie du financement des 30% des aides soignants à la charge aujourd'hui des départements, ce qui permettrait de prendre en charge des dépenses accrues au titre de la dépendance. Pour certains membres du groupe, le gain total pour les personnes hébergées permettrait une diminution moyenne de près de 200 euros par mois du reste à charge. Une telle hypothèse pourrait avoir pour conséquence de supprimer le montant du ticket modérateur acquitté par le résident bénéficiaire d'une APA à taux plein.
- les dépenses d'animation-service social ainsi qu'une part accrue des charges d'agents de service pourraient **basculer du tarif hébergement sur le tarif dépendance. Eventuellement à hauteur des dépenses transférées sur la section « soins », ce qui serait neutre budgétairement pour les départements.**

Pour certains membres du groupe, une réforme de la tarification devrait même aller plus loin sur le modèle de l'hôpital où le patient ne finance aucune charge d'amortissement et de frais financiers, ni de personnels mais uniquement le « gîte et la restauration ». Le tarif hébergement des ESMS ne devrait ainsi prendre en charge que les dépenses strictes d'hébergement et de restauration, le reste devant être pris en charge par l'assurance maladie pour ce qui s'apparente à des dépenses de soins, et par la solidarité pour les dépenses de dépendance.

Mais cette proposition ne fait pas l'unanimité des membres du groupe. En effet, elle ouvre le débat sur la définition même des actes de soin et ceux relevant de la dépendance ; elle interroge par conséquent sur la cohérence des périmètres de chaque section tarifaire. La nature des fonctions des aides soignantes questionne particulièrement. Celles-ci réalisent en effet des tâches relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie, par exemple lorsqu'elles fournissent une aide à la toilette ou à la mobilité des personnes âgées.

En conclusion, une telle proposition diminuerait le reste à charge pour les personnes âgées et leurs familles, à la condition bien sûr que la diminution du tarif hébergement soit garantie pour les personnes âgées et équivalente à la diminution de la charge envisagée. En effet, la crainte existe de voir les établissements ne pas répercuter la meilleure prise en charge collective de l'hébergement sur les tarifs « hébergement ».

Mais *a contrario*, avec une telle proposition, l'assurance maladie verrait ses charges considérablement accrues alors qu'elle subit de forts déficits. Une affectation de recettes nouvelles serait donc, dans une telle hypothèse, indispensable (*sur tous ces points, cf. les travaux du groupe 4 présidé par M. Bertrand FRAGONARD*).

4.4. Agir sur les coûts et rechercher une plus grande efficacité du secteur

Améliorer la solvabilisation du coût de l'hébergement n'empêche pas d'agir dans le même sur ce coût lui-même.

Comme l'indique le rapport IGAS d'août 2009 pré-cité les éléments du débat en la matière portent sur :

- **les économies qui pourraient résulter de mutualisations entre établissements. L'arrêté qui doit fixer le seuil au-delà duquel les CPOM sont obligatoires est un levier pour les favoriser;**
- **la possibilité de concevoir un nouveau type d'EHPAD qui proposerait des prestations de qualité équivalente mais moins coûteuses car reposant sur une standardisation de la construction des bâtiments et l'arrêt de l'augmentation des normes,**

Ainsi, il s'agit de repenser globalement et d'optimiser les modalités d'organisation des EHPAD. **Il est recommandé de mettre en place de petites unités de vie différenciées répondant mieux aux besoins personnalisés des personnes âgées, associée à de vraies logiques d'animation, tout en dotant l'établissement d'une taille critique suffisante (80 à 110 lits) permettant la mutualisation des services logistiques, administratifs et techniques .**

« Cette recherche de gains de productivité est essentielle dans un secteur fortement administré, d'autant que l'évolution probable de la demande vers une plus grande individualisation de la prise en charge et un plus grand confort pourrait avoir un effet sur les coûts qui ne va pas dans le sens de leur abaissement. Sans oublier les nécessaires efforts que devra mener le secteur public pour moderniser et rénover son parc parfois vieillissant qui augmenteront mécaniquement les coûts ».

Pour le groupe, la génération de gains de productivité supplémentaires n'aura cependant que peu d'effet sur le coût global de l'hébergement. En effet, **les gains de productivité ne peuvent qu'être très marginaux en raison de l'importance de la masse salariale dans le coût global de la dépendance ainsi que des forts besoins d'encadrement et de formation qui conduiront à augmenter mécaniquement le coût salarial.** Les gains d'efficacité n'apparaissent donc pas déterminants pour réduire le coût de la dépendance. Seules la solvabilisation accrue de la dépense, la réforme de la tarification et la recherche de nouvelles ressources pourraient avoir un réel impact sur le reste à charge pour la majorité des membres du groupe de travail.

4.5. Mettre en place des référentiels de coûts de l'hébergement

Comme le remarquait encore la Cour des comptes, dans son rapport d'activité de 2009, « *il n'existe toujours pas de système transversal de suivi des tarifs pratiqués dans les différents établissements* ».

Or, si la liberté de choix consiste en un arbitrage « coût/qualité », encore faut-il que ces éléments soient transparents et publics pour les résidents en EHPAD et leurs proches. Il a déjà été indiqué que, l'offre est très peu lisible, il n'y a pas de possibilité pour les familles de comparer des coûts et une qualité des prestations peu transparents. La nécessité de mettre en place un référentiel national d'évaluation a déjà été évoquée, ouvrant ainsi la voie à une comparabilité objective des prestations rendues et à la transparence pour les personnes âgées et leur entourage. De la même manière, il est urgent de mettre en place des systèmes d'informations publics sur les tarifs.

L'Etat, notamment l'ANESM, la DGCS et la CNSA, ainsi que les départements doivent rapidement construire ensemble des outils de recueil et de partage des données, et des supports d'informations du public (portail internet...) sur les tarifs et la qualité des diverses prestations offertes en contrepartie. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que dans son rapport déjà mentionné, l'IGAS estime que le coût plus ou moins élevé du tarif n'est finalement pas lié à la qualité des prestations rendues. Ce référentiel permettrait de plus d'offrir une plus grande protection des consommateurs qui est dans le cas de l'hébergement en EHPAD un public vulnérable.

L'établissement de référentiels de coûts et de qualité permettra aux personnes âgées et à leurs familles de réaliser, outre un choix libre par principe, un choix réellement éclairé. C'est également un outil indispensable pour les pilotes et les régulateurs du secteur que sont l'Etat et les départements qui devront s'assurer que toute ressource supplémentaire affectée à une meilleure solvabilisation de l'hébergement permette bien de diminuer le reste à charge et ne soit pas captée par les établissements.

4.6. Améliorer l'aide à l'investissement

Une grande partie de la hausse du coût de l'hébergement semble pouvoir être imputée aux coûts d'investissements réalisés par les EHPAD, coûts dont la progression est envisagée fortement par les prévisions.

Plusieurs dispositifs sont intervenus pour accompagner et aider les établissements dans leur démarche de construction ou de rénovation. **Ces dispositifs en diminuant le coût de l'investissement impactent mécaniquement le prix de la journée. Seuls les projets portés par des opérateurs publics ou privés à but non lucratif sont éligibles au financement public.**

Les principales mesures sont listées dans le rapport de l'IGAS pré cité d'août 2009 :

- depuis 2006, la possibilité d'activer les prêts locatifs sociaux pour les opérations de rénovation d'EHPAD (auparavant réservés aux établissements de type foyer-logement) ;
- le soutien à l'investissement immobilier en EHPAD grâce à la prise en charge partielle par l'assurance maladie des intérêts des emprunts contractés ;
- le taux réduit de TVA à 5,5 % pour les travaux de transformation ou de construction pour les établissements sans but lucratif, à condition qu'ils ne soient pas éligibles au PLS ;
- les aides en investissement de l'Etat et des Régions dans le cadre des contrats de plan ;
- les aides en investissement de la CNSA dans le cadre du plan d'aide à la modernisation puis du plan d'aide à l'investissement³⁶ ;
- les prêts sans intérêt des caisses de retraite ;
- les subventions d'investissement des collectivités locales (Régions, communes ou intercommunalités et, à titre principal, Conseils généraux).

Ces coûts d'investissement peuvent notamment être partiellement pris en charge par la CNSA (section V PAI), mais l'émiettement des crédits finançant les plans d'aides à l'investissement n'a pas permis à ce jour de réaliser l'effet de levier attendu en terme de limitation du reste à charge.

L'accroissement de la « socialisation » des coûts de l'immobilier pourrait s'exprimer à la fois par la mise à disposition gratuite ou peu onéreuse du foncier en cas de construction d'un EHPAD et par la généralisation de subventions à la construction ou à la rénovation.

Plus généralement, un recentrage de la dépense publique sur les couts d'investissement ainsi qu'une amélioration significative de son efficacité dans le cadre des appels à projets permettraient de résoudre en partie la question du reste à charge et de mieux cibler l'effort public. L'aide à l'investissement est un élément central pour le futur, en premier lieu pour rénover l'existant, compte tenu du vieillissement du parc et de l'augmentation prévisible du niveau de dépendance des résidents.

³⁶ Il doit être ici rappelé que l'État affecte les excédents annuels dégagés de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-sociales géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au financement des programmes d'investissement des établissements médico-sociaux par le biais de subventions au titre du plan national d'aide à l'investissement (PAI), lequel permet de faire baisser le niveau des amortissements et donc les tarifs d'hébergement des établissements. En 2009, ce plan, augmenté de 70 millions attribués au titre du plan de relance, s'est élevé au total à 330 millions d'euros (250 millions d'euros sur le champ des personnes âgées et 80 millions d'euros sur celui des personnes handicapées).

CONCLUSION

Le rapport issu des travaux du groupe de travail consacré à l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie met en évidence le bilan des politiques publiques qui ont marqué le développement de ce secteur, et évoque incidemment le foisonnement des initiatives qui, depuis longtemps ont pris en compte ce problème. Il en résulte un dispositif riche de sa diversité et affaibli par sa complexité, que les évolutions en cours prennent parfois à contre pied. Cette situation comporte par nature un coût de transaction élevé, soit pour la collectivité qui en gère la complexité avec des coûts administratifs élevés, soit pour les bénéficiaires, qui y rencontrent des complications malvenues à ce moment de leur vie.

Aussi le groupe a t'il organisé ses recommandations autour d'idées simples :

- 1) le dispositif doit avoir pour axe « le parcours de vie » des personnes concernées,
- 2) la règle doit être le respect du libre choix de la personne ce qui induit la préférence donnée au maintien à domicile, compte tenu des souhaits des Français de rester à domicile le plus longtemps possible,
- 3) si les coûts médicaux et d'aide à la personne sont correctement couverts, ceux de l'hébergement restent trop élevés pour beaucoup,
- 4) à des ajustements près, l'offre quantitative est à la mesure du problème. L'effort principal est à porter sur la qualité du service rendu et l'efficacité du dispositif. L'urgence n'est pas de créer, mais de mieux organiser et mieux piloter.

Qu'impliquent ces idées simples?

- 1) **Que la complexité des dispositifs doit s'effacer derrière la construction d'un parcours de vie individuel qui comportera souvent plusieurs solutions successives ou alternatives.** La personne en perte d'autonomie ne doit pas avoir à s'en soucier, les passages d'un type d'accueil ou d'accompagnement dans un autre font partie de sa prise en charge et n'ont pas à occasionner de seuils préoccupants. Il en résulte l'idée que l'ensemble des diverses formules forme un système à intégrer sous une autorité unique (même si plusieurs pouvoirs y concourent).
- 2) **60% des personnes dépendantes sont actuellement chez elles et cette proportion devrait croître.** Il faut donc adapter les services à cet effet. Les hébergements spécialisés sont des compléments nécessaires et des prolongements à situer comme tels. Si jusqu'à 30% des personnes dépendantes devront sans doute passer par l'accueil en établissements, on gagnera à les concevoir comme une suite des maintiens à domicile plutôt que comme une alternative. Rien n'interdit de rapprocher davantage les deux voies, en donnant à certains centres d'hébergement une fonction de soutien à des maintiens à domicile, dans un but de rationalisation, de qualité et de continuité.
- 3) Le passage en maison de retraite médicalisée est souvent justifié par le besoin d'un accompagnement plus important lié à l'état de la personne, et procure ce service dans les meilleures conditions, sous réserve d'une amélioration des taux d'encadrement. En revanche, il crée **un coût d'hébergement souvent perçu comme trop lourd. C'est sur ce point précis que la perte d'autonomie crée un surcoût significatif et une difficulté pour les familles.** Toutes les pistes pour gagner en maîtrise des coûts d'exploitation des établissements doivent être recherchées ,mais elles devront être accompagnées d'une amélioration de la solvabilisation du coût de l'hébergement pour une partie des personnes accueillies.

4) La prise en charge des personnes en perte d'autonomie relève des politiques sociales, mais c'est un secteur d'activité qui met en œuvre des métiers, et doit se proposer un objectif de performance. L'augmentation prévisible de ses tâches et les limites certaines de ses ressources imposent un effort permanent de qualité et de productivité. Cela passe d'abord par **un retournement de l'approche du problème**, qui doit cesser de consister en une pléiade de réponses fonctionnelles, pour devenir un traitement attentif de la question que sont les personnes concernées, une par une. Le problème n'est pas « comment optimiser les structures x et y » mais « comment garantir à M.K ou Mme L un parcours approprié et décent au travers de sa phase de perte d'autonomie, et ce au moyen coordonné de plusieurs vecteurs ». Le centre de l'action doit donc passer des institutions aux acteurs de terrain, chargés du suivi des personnes et utilisant à cet effet les diverses structures et procédures.

Cela veut dire qu'à une approche institutionnelle et juridique doit succéder une dominante de la formation et de la qualité certifiée. Le regard doit porter au-delà de la marqueterie institutionnelle pour favoriser l'adéquation aux besoins. Les plans d'aide élaborés dans le cadre de l'APA doivent refléter les besoins des personnes et non les contraintes de l'offre disponible.

Au delà des mesures techniques que le groupe recense et préconise, il recommande que le thème qui lui a été confié soit considéré dans une perspective philosophique et politique qui renouvelle l'approche, jusque là assez administrative, de cette grande question humaine à laquelle se jugera, partiellement au moins, la valeur de notre civilisation en ce siècle.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Recommandations
AMELIORER L'OFFRE DE SERVICES
<p><u>Recommandation n°1 :</u> Réaffirmer le principe du libre choix du bénéficiaire et éclairer ce choix par la mise en place d'un système d'information rendu public.</p> <p>Il ne peut être question de lui imposer un intervenant ou un type de service. Le choix s'il est libre par principe doit aujourd'hui être davantage éclairé et encadré. Ce qui suppose une bonne information sur les coûts et les prestations offertes. Il s'agit de mettre en place un système d'information partagé sur le secteur de l'aide à domicile (autorisé et agréé), au niveau local sous la responsabilité des services de l'Etat et des conseils généraux et le rendre public.</p>
<p><u>Recommandation n°2 :</u> Prioriser le soutien à domicile.</p> <p>La volonté des personnes âgées est claire : rester à domicile le plus longtemps possible de façon digne. Il faut donc accompagner ce mouvement avec une offre suffisante à domicile (SAD, SSIAD, centres de soins infirmiers, HAD, offre de soins libérale de proximité : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes...).</p>
<p><u>Recommandation n°3 :</u> Prendre en compte, pour la définition de la future politique publique de prise en charge de la perte d'autonomie, l'évolution fort probable de la répartition entre le domicile et l'établissement. Celle-ci devrait progresser en faveur du domicile. La répartition domicile/établissement devrait ainsi passer progressivement d'ici 2030/2040 d'une proportion de 60/40 à 70/30.</p>
<p><u>Recommandation n°4 :</u> Augmenter les taux d'encadrement. Cette recommandation ne fait pas l'unanimité au sein du groupe de travail.</p> <p>Appliquer le volet qualitatif du plan solidarité grand âge afin de soigner et d'accompagner dignement les personnes âgées en établissement, les ratios d'encadrement du PSGA sont préconisés : 1 pour 1 pour les GIR 1 ; 0,84 pour les GIR 2 ; 0,66 pour les GIR 3 ; 0,42 pour les GIR 4 ; 0,25 pour les GIR 5 ; 0,07 pour les GIR 6. Dans ce cadre, certains membres du groupe demandent de définir des tarifs plafonds qui correspondent à ces besoins et dans l'attente de suspendre le processus de convergence tarifaire.</p>
<p><u>Recommandation n°5 :</u> Redécouvrir le potentiel de l'hébergement intermédiaire et favoriser en parallèle l'accompagnement à domicile, qu'il s'agisse du soin ou de l'aide à la vie quotidienne.</p> <p>Ce qui implique de :</p> <ol style="list-style-type: none">1- Stopper la suppression du nombre de places dans les structures d'habitat collectif2- Connaître et analyser les besoins et l'offre existante en matière d'hébergement intermédiaire : foyers logement, résidences services, petites unités de vie, habitat collectif adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie...

- 3- Encourager l'innovation et répertorier les expériences et bonnes pratiques locales qui pourraient faire l'objet d'une généralisation

Recommandation n°6 : **Priorité devrait être donnée d'une part, à la rénovation des places existantes plutôt qu'à la création de places nouvelles et d'autre part, au développement et à l'adaptation des institutions d'hébergement intermédiaire et aux structures de répit.**

Recommandation n°7 : **Repenser le concept des structures de répit**

- Une structure d'accueil de jour autonome suppose une taille critique de 15 à 20 places, à adapter selon la configuration urbaine, péri urbaine ou rurale.
- De repenser le concept d'accueil de jour en dans le cadre de « plateformes de répit » avec un personnel dédié, et une programmation spécifique à destination du couple « aidé/ aidant », qu'elle soit adossée aux EHPAD ou aux structures d'aide à domicile.
- D'améliorer l'information sur ces structures
- De ne pas rigidifier davantage le dispositif par la mise en place de nouvelles normes spécifiques aux structures de répit,
- D'ouvrir les accueils de jour de type PASA aux personnes extérieures à l'EHPAD.

Recommandation n°8 : **Compléter l'analyse par une étude approfondie des besoins de places et de personnels en EHPAD. Substituer à la logique « descendante » définissant les besoins et répartissant les financements depuis le niveau central, une logique « ascendante » se fondant sur l'expertise développée au niveau local par les ARS.**

Concernant l'offre de places en EHPAD, le groupe souligne les effets à attendre de la mise en œuvre du PSGA qui n'a pas encore eu son plein effet. Le groupe insiste sur la difficulté à connaître finement les besoins compte tenu des données disponibles. Il est nécessaire au-delà des projections démographiques faites d'attendre les études en cours réalisées par les ARS en lien avec les CG, en complément des travaux nationaux notamment sur la dynamique de réduction des inégalités territoriales.

Recommandation n°9 : **Prendre en compte des indicateurs plus pertinents que le seul taux d'équipement pour définir les besoins dans le cadre des schémas régionaux d'organisation médico-sociale.**

Recommandation n°10 : **Faire une étude approfondie des coûts globaux comparés entre le soutien à domicile et l'hébergement en EHPAD, en prenant en compte le coût de l'hébergement dans les deux situations.**

Il s'agit d'avoir une vision claire et partagée sur les coûts globaux respectifs du maintien à domicile et sur l'accueil en EHPAD, l'hypothèse du moindre coût de l'accompagnement à domicile n'étant pas prouvée à ce jour.

Recommandation n°11 : **Maintenir la coexistence des deux systèmes juridiques de l'autorisation et de l'agrément, et concerter tous les acteurs du secteur, quel que soit leur statut, associatif, public ou privé sur une réforme du secteur de l'aide à domicile avec pour objectifs : une plus grande lisibilité, un tarif efficient, un pilotage et surtout une régulation améliorée.**

En effet, la totalité des intervenants de l'aide à domicile souhaitent cette réforme du secteur afin d'améliorer son efficacité et sa gouvernance. Ils sont prêts à débiter immédiatement la concertation avec l'Etat sur l'évolution nécessaire des modes de régulation et de tarification des services d'aide à domicile.

<p>Recommandation n°12 : Fiabiliser les données chiffrées de l’outil FINESS et y introduire une dimension qualitative.</p> <p>Les ARS représentent une opportunité. Il convient de les sensibiliser davantage à l’importance de la mise à jour régulière et précise de ce système d’informations sur l’hébergement. Cet outil participe largement au suivi et au pilotage national de la politique publique en matière d’hébergement des personnes âgées en perte d’autonomie.</p>
<p>ORGANISER L’OFFRE AUTOUR D’UN OBJECTIF PRIORITAIRE : LA COORDINATION DES REPONSES AUTOUR DE LA PERSONNE AGEE</p>
<p>Recommandation n°13 : Décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social. Améliorer la coordination des réponses multiples et diverses apportées aux personnes âgées, éviter les ruptures de prise en charge dangereuses pour la personne en perte d’autonomie, par la mise en place d’un dispositif spécifique de coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit sur la base d’une mise en réseau non institutionnelle de tous les acteurs, sur le modèle du concept MAIA expérimenté dans le cadre du plan Alzheimer, - soit en créant une structure territorialisée dédiée à la coordination, à partir d’institutions déjà existantes comme les MDPH qui seraient transformées en maisons départementales de l’autonomie, les CLIC... <p>La mission de coordination n’a pas forcément besoin d’une nouvelle structure dédiée. Elle peut s’appuyer sur les acteurs pré existants. Il s’agit surtout de soutenir les actions innovantes de coordination souvent initiées au niveau local, quelle que soit la structure de support.</p>
<p>Recommandation n°14 : Généraliser l’expérience des « gestionnaires de cas » mis en place pour le suivi des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer aux personnes en perte d’autonomie qui relèvent d’un cas complexe (polypathologies...)</p>
<p>Recommandation n°15 : Quelle que soit la structure retenue, il est nécessaire pour améliorer la coordination des acteurs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des incitations à la coordination : qu’il s’agisse d’incitations financières et/ou d’incitations professionnelles, - Développer les normes et références communes pour se comprendre entre acteurs sanitaires, médico sociaux... et ce dès la formation initiale des intervenants, - Déléguer des moyens financiers aux acteurs qui s’engagent dans la coordination, la mise en place de systèmes d’informations partagés, - D’organiser des temps concrets de réunions, de concertation et de coordination. - Intégrer dans la formation des intervenants sanitaires et médico sociaux la problématique de la coordination et du partage de l’information, afin d’acquérir certains réflexes de communication.
<p>Recommandation n°16 : Prioriser les problématiques de coordination <u>en matière d’hospitalisation</u>, qui reste l’expérience la plus traumatisante et souvent la moins adaptée – car la décision est prise en urgence - pour les personnes âgées en perte d’autonomie.</p> <p>Eviter les hospitalisations inutiles doit être la priorité. Pour cela, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d’abord orienter la pratique médicale de la prise en charge des états aigus vers le suivi continu

des états polyopathologiques chroniques, avec des formations, des outils et des financements adaptés,

- généraliser les expériences de référent « sortie d'hospitalisation » pour les personnes âgées au sein des hôpitaux,
- améliorer les dispositifs d'échanges d'informations entre la médecine de ville, l'hôpital et les intervenants de l'aide et du soin à domicile (systèmes d'informations, télémédecine),
- engager une réflexion sur le problème de la continuité des soins en EHPAD qui pourrait être assurée avec la mise en place- discutée- d'astreintes d'infirmières la nuit et les week-ends.

Recommandation n°17 : En ce qui concerne plus spécifiquement la coordination des soins, celle-ci doit s'appuyer en premier lieu sur les professionnels libéraux et de nouveaux protocoles et outils tels que :

- La création de maisons et pôle de santé pluri disciplinaires,
- Le partage de tâches entre professionnels de santé,
- Les nouveaux modes de rémunération qui devront compléter le paiement à l'acte, pour financer les tâches nouvelles de coordination,
- Le développement d'outils de communication et de coordination tels que le dossier médical partagé ou la télémédecine.

FAVORISER LA QUALITE DE L'OFFRE DE SERVICES

Recommandation n°18 : Construire un référentiel unique d'évaluation pour les EHPAD, et pour les services de soins à domicile.

Recommandation n°19 : Améliorer les référentiels de certification et développer celle-ci comme première étape vers une évaluation externe de la qualité

Recommandation n°20 : Répondre rapidement aux difficultés de recrutement que connaissent à la fois les EHPAD et le secteur de l'aide à domicile en :

- **Diversifiant les voies de recrutement** (VAE, contrats de professionnalisation...)
- **Valorisant les métiers de l'aide à l'autonomie** : engager une campagne de communication, augmenter les moyens dédiés à la formation, simplifier l'accès à la formation initiale et continue, enrichir le contenu des formations
- **Améliorant l'attractivité du secteur** : garantir de meilleures conditions de travail, multiplier les passerelles entre les différents diplômes et métiers du secteur, engager une réflexion sur le temps partiel subi, l'isolement de certains intervenants notamment à domicile, développer les centres ressources...

REDUIRE LE RESTE A CHARGES

Recommandation n°21 : Améliorer la solvabilisation du coût de l'hébergement par une réforme de l'imputation des charges par section tarifaire et garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux personnes âgées et à leurs familles. Cette recommandation ne fait pas l'unanimité au sein du groupe de travail.

Recommandation n°22 : Agir sur les coûts et rechercher une plus grande efficacité du secteur.

Les pistes pour améliorer les gains de productivité sont les suivantes :

- les économies qui pourraient résulter de mutualisations entre établissements ;

- la possibilité de concevoir un nouveau type d'EHPAD qui proposerait des prestations de qualité équivalente mais moins coûteuses car reposant sur une standardisation de la construction des bâtiments et l'arrêt de l'augmentation des normes.
- une réflexion sur l'optimisation des modalités d'organisation des EHPAD avec la mise en place de petites unités de vie différenciées répondant mieux aux besoins personnalisés des personnes âgées, et de vraies logiques d'animation.

Recommandation n°23 : Construire un référentiel des tarifs d'hébergement et de la qualité des prestations et le rendre public

L'Etat, notamment l'ANESM, la DGCS et la CNSA, ainsi que les départements doivent rapidement construire ensemble des outils de recueil et de partage des données, et des supports d'informations du public (portail internet...) sur les tarifs et la qualité des diverses prestations offertes. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que le coût plus ou moins élevé du tarif n'est aujourd'hui pas lié à la qualité des prestations rendues.

Un tel référentiel permettra aux personnes âgées et à leurs familles de réaliser, outre un choix libre par principe, un choix réellement éclairé. Il garantira également que l'éventuelle amélioration de la solvabilisation du coût de l'hébergement ne soit pas « captée » par les établissements mais bénéficiera bien à la personne âgée.

Recommandation n°24 : Augmenter l'aide à l'investissement, dans le cadre de contractualisations avec la collectivité publique, notamment par la mise à disposition gratuite ou peu onéreuse du foncier en cas de construction d'un EHPAD habilité à l'aide sociale et par la généralisation de subventions à la construction ou à la rénovation du parc habilité à l'aide sociale..

PIECES JOINTES

Pièce jointe 1 : Lettre de mission

Pièce jointe 2 : Composition du groupe de travail (62 membres)

Collège des élus : 9

- 2 sénateurs désignés par le président du Sénat ;
- 2 députés désignés par le président de l'Assemblée nationale ;
- 1 représentant des conseils régionaux, désignés par l'Association des régions de France (ARF) ;
- 2 représentants des conseils généraux, désignés par l'Association des départements de France (ADF) ;
- 2 représentants des maires désignés par l'Association des maires de France (AMF) ;

Collège des personnalités qualifiées : 7

- M. Jean-Marc AUBERT,
- Professeur Gilles BERRUT,
- Professeur Rejean HERBERT (Québec),
- Professeur Sylvie LEGRAIN,
- Mme Bernadette PUIJALON, sociologue,
- Mme Rose Marie VAN LERBERGHE,
- Professeur Bruno VELLAS,

Collège des institutionnels : 39

- 1 représentant d'une Agence Régionale de Santé;
- Le Directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) ;
- 1 représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- 1 représentant de l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) ;
- 1 représentant de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ;
- 1 représentant du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ;
- 1 représentant de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;
- 1 représentant de la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- 1 représentant des familles désigné par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) ;
- 2 représentants du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) ;
- 2 représentants du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ;
- 2 représentants des associations de malades (France Alzheimer, Parkinson) ;
- 1 représentant Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) ;
- 4 représentants des associations/fédérations de maintien à domicile (Association du service à domicile (ADMR), Union nationale de l'aide (UNA), Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM), Syndicat des entreprises de service à la personne (SESP) ;
- 3 représentants des fédérations d'établissements publics et privés (Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à domicile (FEHAP), Syndicat national des entreprises de service à la personne (Synerpa) ;
- 1 représentant de la fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- 1 représentant de l'Union interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOOSS) ;
- 1 représentant de l'Association française des aidants ;
- 1 représentant de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour la personne (FNADEPA) ;
- 1 représentant de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) ;
- 5 représentants des organisations syndicales confédérales de salariés ;
- 3 représentants des organisations des organisations d'employeurs
- 3 représentants de l'Union nationale des professionnels de santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute) (UNPS) ;

Collège des administrations : 7

- 1 représentant de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- 1 représentant de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- 1 représentant de la Direction générale de la santé (DGS) ;
- 1 représentant de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- 1 représentant de la Direction générale des collectivités locales (DGCL) ;
- 1 représentant de la Direction du budget (DB) ;
- 1 représentant de la Direction de la sécurité sociale (DSS).

Pièce jointe 3 : Liste des membres ayant participé aux travaux sur l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

	Noms prénoms	Organismes
Mme	Abbamonte Laetitia	DB
M.	Affergan Marcel	UNPS
M.	Agnoux Nicolas	DSS
Mme	Alazard Nathalie	ADF
M.	Amanratinis	FHP
M.	Antonini Jérôme	Croix Rouge Française
Mme	Archambault Anne	DGCL
Mme	Arnaiz-Maumé Florence	Synerpa
M.	Aubert Jean Marc	Personnalité qualifiée
Mme	Balandier Cecile	DGOS
Mme	Baloge Chauvin Maryse	CFTC
Mme	Barangé Claire	UNPS
Mme	Baudron Nelly	UNCCAS
M.	Bayen Laurent	ADF
M.	Berard Paul	DB
M.	Bergeau Alain	UNPS
M.	Bergeau Alain	UNPS Président
Pr.	Berrut Gilles	Président Soc française de gérontologie
Mme	Bismuth Catherine	UNCAM
M.	Bossy	FHP
Mme	Bronnec Christine	DGOS
M.	Broussy Luc	ADF - Conseiller général délégué du Val-d'Oise
M.	Burnel Philippe	FHP
M.	Cacaret Damien	FESP
M.	Caillet René	FHF
M.	Calvet Yves	FO
M.	Catoire Gilles	AMF Maire de Clichy
Mme	Cazals Véronique	FFSA
M.	Champvert Pascal	AD PA
M.	Charlanne Didier	ANESM (directeur général)
Mme	Chazal Joelle	DREES
M.	Chognard philippe	CGPME
M.	Clerc Jérôme	DSS
Mme	Courreges Cécile	ARS/IGAS
M.	D'Aboville Thierry	ADMR
Mme	Dange Michele	FNMF
M.	Dardelin Martial	ADF
M.	De la serre Amaury	FESP /SESP
M.	Delafuys Samuel	DSS
Mme	Denni Kricher Nicole	UNPS
M.	Droal Hervé	CNSA
Mme	Dubois Anne Myrtille	ADMR
M.	Fontaine Philippe	CFDT
M.	Fourreau Christian	ADMR
M.	Fraysse Antoine	Synerpa

M.	Gallaire Jean Pierre	UNA
M.	Gea Manuel	MEDEF
M.	Gizolme Romain	AD-PA
Mme	Golfouse anny	DREES
M.	Gusdorf Nicolas	FFSA
M.	Hardy Jean Pierre	ADF
M..	Herbert Réjean	Personnalité qualifiée
Mme	Hoffman-Rispal Danièle	Députée - Assemblée Nationale
Mme	Issanchou Laure Marie	DSS
Mme	Jamot Murielle	FHF
Mme	Jarry Claude	CNRPA
Mme	Jeuch Sabine	ANSP
M.	Joubert William	UNPS
Mme	Jung Elodie	Ass française des aidants
M.	Lachesnaie Bruno	CCMSA
Mme	Lapray Alice	DGCL
Mme	Leduc Florence	Ass française des aidants
Pr.	Legrain Sylvie	Personnalité qualifiée
M.	Lery Dominique	FESP/SESP
Mme	Lery Domnique	SESP
Mme	Letty Aude	Groupe KORIAN
Mme	Lignot Leloup Mathilde	UNCAM
M.	Llech Paulin	CGPME (Fedesap)
Mme	Lussier Marie Dominique	ANAP
M.	Mahieu Ronan	DREES
Mme	Martin Christine	France Parkinson
Mme	Michon Sophie	FFSA
Mme	Millet Isabelle	FNMF
Mme	Mollard Judith	France Alzheimer
Mme	Muscatelli aude	DGCS
Mme	Ngombet Madeleine	ARF
Mme	Nijdam Magali	FEPEM
Mme	Nouhen Françoise	UNCCAS vice présidente
M.	Orliange Jean Claude	CFE
M.	Peraldi Olivier	FESP
M.	Peyraud Jean Pierre	ADF
Mme	Pion Emmanuelle	CCMSA
Mme	Planchais Laurence	ADF
M.	Plarier Jean Baptiste	CFE CGC
Mme	Pochat Nicole	FFSA
Mme	Poussier Marie Paule	CGT
Mme	Prado Christel	CNCPH
Mme	Pujalon Bernadette	sociologue
Mme	Racouafi Ghislaine	CGT
M.	Retord Sébastien	CFDT suppléant
Mme	Richart-Lebrun Annie	CNSA
Mme	Riet Zainab	FHF
Mme	Robert-Bobée Isabelle	DREES
Mme	Roch-Durand Bénédicte	FEHAP
M.	Rodriguez Christian	UNAF
M.	Rossi Augustin	ADF

Mme	Sandal Auimeur Houria	UPA
Mme	Sassard Pauline	FEHAP
Mme	Schmid Catherine	ADF
Mme	Sechet Dominique	CNRPA
Mme	Serres Combourieu Marie Claude	AMF
Mme	Soyer Hooge Karen	UNCASS
Mme	Sylvain Evelyne	CNSA
Mme	Toursiere Françoise	FNADEPA
Mme	Van Lerberghe Rose Marie	présidente du groupe KORIAN
Pr.	Vellas Bruno	Chef de service gérontologie CHU Toulouse
M.	Verny Emmanuel	UNA, président
Mme	Vilchien Danielle	France Parkinson
M.	Villez Alain	UNIOPSS
M.	Vinquant Jean Philippe	HCAAM (secrétaire général)
Mme	Voix Isabelle	AMF

Pièce jointe 4 : Thèmes et calendrier des réunions du groupe de travail n°3

Date	Horaire	Groupe	Thèmes de travail
Jeudi 3 février	9h30-12h30	PLENIER 1	Présentation générale – Cadrage méthodologique
<i>Jeudi 17 février</i>	<i>14H30 -17h30</i>	<i>TECHNIQUE 1</i>	<i>Hébergement en établissement</i>
Mardi 22 février	9h30-12h30	PLENIER 2	Bilan des différents dispositifs à destination des PA dépendantes (1)
<i>Mardi 8 mars</i>	<i>14h30– 17h30</i>	<i>TECHNIQUE 2</i>	<i>Aide à domicile</i>
Mardi 15 mars	9h30-12h30	PLENIER 3	Bilan des différents dispositifs à destination des PA dépendantes (2)
<i>Mardi 22 mars</i>	<i>9h30-12h30</i>	<i>TECHNIQUE 3</i>	<i>Articulation soins/ dépendance</i>
Mardi 29 mars	9h30-12h30	PLENIER 4	Le parcours coordonné de la personne âgée
<i>Mardi 5 avril</i>	<i>9h30-12h30</i>	<i>TECHNIQUE 4</i>	<i>Comment évaluer les besoins futurs ?</i>
Mardi 12 avril	9h30-12h30	PLENIER 5	Programmation/ planification
<i>Mardi 19 avril</i>	<i>9h30- 12h30</i>	<i>TECHNIQUE 5</i>	<i>Lutte pour la bientraitance</i>
Mardi 26 avril	9h30-12h30	PLENIER 6	Qualité/ Métier
<i>Mardi 3 mai</i>	<i>9h30-12h30</i>	<i>TECHNIQUE 6</i>	<i>Tarifification</i>
Mardi 10 mai	9h30-12h30	PLENIER 7	Politique tarifaire et coût à la place
Mardi 7 juin	9h30-12h30	PLENIER 8	Présentation ébauche de rapport - plan - synthèse des constats et pistes d'action et discussion