

N° 3091

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 mai 2006

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES
en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale**

sur

le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées

ET PRÉSENTÉ

PAR MME PAULETTE GUINCHARD,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- UN CONSTAT : L'IMPORTANCE DU NOMBRE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ENGAGÉS DANS LE SECTEUR DE L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET LA FORTE DISPARITÉ DES CONDITIONS DE FINANCEMENT	11
A. LA MULTIPLICITÉ DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ENGAGÉS DANS LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT	11
1. L'absence de source de financement des investissements spécifiquement dédiée	12
<i>a) La participation de l'État à travers les contrats de plan État-région et la CNSA</i>	12
<i>b) La libre politique des collectivités territoriales à travers l'action diversifiée des départements et des communes</i>	13
<i>c) Les aides éventuelles des caisses de sécurité sociale et de retraite</i>	14
2. De multiples opérateurs aux statuts juridiques divers	15
<i>a) Les centres communaux d'action sociale (CCAS)</i>	15
<i>b) Les opérateurs du secteur public</i>	16
<i>c) Les opérateurs du secteur associatif à but non lucratif</i>	16
<i>d) Les opérateurs du secteur privé commercial</i>	17
B. STRUCTURES D'HÉBERGEMENT, TARIFICATION ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	17
1. Les différents types d'établissements d'hébergement pour personnes âgées	19
<i>a) Les établissements médico-sociaux</i>	19
<i>b) Les établissements sanitaires</i>	20
2. Une tarification récemment réformée et des modalités de prise en charge diversifiées	21
<i>a) La tarification applicable dans les EHPAD</i>	21
<i>b) Les modalités de prise en charge des tarifs facturés aux résidents</i>	25
C. L'IMPOSSIBLE RECENSEMENT DES TARIFS DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT	25
1. Des tarifs extrêmement variables	26

2. Aucune centralisation des données relatives à la composition des tarifs.....	27
D. LES COÛTS ET LES MODES DE FINANCEMENT ACTUELS DES NOUVELLES CONSTRUCTIONS ET DES OPÉRATIONS DE RÉNOVATION NE SONT PAS HOMOGENES.....	28
1. Coûts des travaux de construction et d'aménagement d'un établissement pour les opérateurs.....	28
2. L'enchevêtrement des modes de financement des investissements constitue un véritable maquis.....	29
a) <i>Le financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)</i>	29
b) <i>Les subventions des collectivités territoriales : départements et communes</i>	30
c) <i>Les prêts des caisses de sécurité sociale et de retraite</i>	30
d) <i>L'aide à la pierre et ses avantages connexes</i>	31
e) <i>Les opérateurs du secteur commercial</i>	35
3. Tentative de présentation de la fiscalité applicable aux opérateurs selon leur statut juridique.....	35
II.- LES ATTENTES DES FINANCEURS, DES OPÉRATEURS ET DES RÉSIDENTS.....	37
A. AMÉLIORER LA CONNAISSANCE.....	37
1. Doter l'administration d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement.....	37
2. Connaître l'offre et les besoins.....	38
B. ÉVALUER LES COÛTS D'INVESTISSEMENT.....	39
C. ENCOURAGER D'AUTRES COMPORTEMENTS DANS LA FAÇON DE SOIGNER.....	43
1. Une répartition des charges de personnel soignant trop schématique et, dans la pratique, détournée.....	44
2. Un exemple de formation du personnel à retenir.....	47
D. POURSUIVRE LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL.....	48
1. Les dispositifs de planification sanitaire existent et évoluent.....	48
a) <i>Les recommandations des circulaires favorisent l'établissement de passerelles entre les secteurs sanitaire et médico-social</i>	48
b) <i>Ces recommandations sont reprises dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS)</i>	49
2. L'amélioration de la fluidité des services à offrir pourrait passer par des « références de bonnes pratiques » visant une prise en charge globale de la personne âgée.....	50
a) <i>Les interrogations de la mission rejoignent les questions débattues au sein du groupe de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le devenir des USLD</i>	50

<i>b) La mission préconise la mise en œuvre de « références de bonnes pratiques »</i>	51
III.- LES DISPOSITIFS À METTRE EN PLACE POUR RÉDUIRE LE COÛT D'HÉBERGEMENT À LA CHARGE DES RÉSIDENTS ET LES FINANCEMENTS SUPPLEMENTAIRES ENVISAGEABLES	55
A. DÉGAGER DES MARGES DE MANOEUVRE FINANCIÈRES GRÂCE À UNE OPTIMISATION ET UNE RECONVERSION DE L'OFFRE GÉNÉRALE DE SOINS ET D'ACCUEIL.....	55
B. RÉDUIRE LE COÛT D'HÉBERGEMENT FACTURÉ AUX RÉSIDENTS	56
1. Réorganiser le contenu des sections tarifaires des EHPAD	56
2. Adapter la réglementation relative aux normes de sécurité	57
3. Relancer les crédits d'aide à la pierre ou d'aide au producteur.....	58
4. Assouplir certaines règles comptables et financières.....	59
<i>a) Amortir les subventions d'investissement pour neutraliser l'impact de l'amortissement obligatoire des biens sur le prix de journée</i>	59
<i>b) Autoriser les établissements publics sociaux et médico-sociaux à placer leurs excédents de trésorerie</i>	60
5. Harmoniser certains éléments de la fiscalité applicable aux EHPAD	61
C. AMÉLIORER LES RESSOURCES DES PERSONNES ÂGÉES CONSACRÉES À LEUR HÉBERGEMENT	64
1. Étendre les aides personnelles au logement.....	65
<i>a) Rappel des conditions d'attribution des aides au logement</i>	65
<i>b) Revoir les conditions d'attribution de l'APL aux conjoints résidant tous deux en maison de retraite ou vivant dans des établissements ou logements différents</i>	67
<i>c) Étendre le dispositif de l'APL aux résidents de tous les établissements d'hébergement</i>	67
2. Quel avenir pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ?.....	69
3. Faut-il développer l'assurance dépendance individuelle ?.....	71
4. Quelles perspectives pour le prêt viager hypothécaire ?	72
5. Mesures fiscales.....	73
D. ENVISAGER UNE ÉVOLUTION DES RESPONSABILITÉS DES DÉPARTEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉBERGEMENT	75
1. Les effets d'une politique volontariste des départements en direction des personnes âgées	75
2. Le champ des responsabilités des départements va en toute logique continuer à évoluer	76
E. POURSUIVRE L'EFFORT DE SOLIDARITE NATIONALE.....	77
1. L'inéluctable prise en charge financière par la collectivité	78

2. Le choix des modes de prise en charge financière relève d'un arbitrage politique	78
CONCLUSION	81
LES ORIENTATIONS SUGGÉRÉES PAR LA MECSS	83
TRAVAUX DE LA COMMISSION	85
ANNEXES	89
ANNEXE 1 : Composition de la MECSS.....	89
ANNEXE 2 : Liste des personnes auditionnées	91
ANNEXE 3 : Comptes rendus des auditions	95
ANNEXE 4 : Déplacements de la mission	293
ANNEXE 5 : Glossaires	295
ANNEXE 6 : Évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 1999 à 2005	297
ANNEXE 7 : Répartition des départements en fonction de leur taux d'équipement en structures d'hébergement et du taux de places en attente de financement	301

INTRODUCTION

L'étude confiée à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales portait sur « le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées ».

La France, comme les autres pays industrialisés occidentaux, se trouve confrontée au vieillissement de sa population et au problème de la dépendance. Selon les estimations de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), sur les 12,1 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, 800 000 à 950 000 feraient l'objet d'une perte d'autonomie moyenne ou sévère. Parmi elles, un tiers vit en établissement. Ces chiffres donnent la mesure de l'attention particulière qui doit être portée à cette population. Les politiques publiques doivent à la fois couvrir les besoins d'aide et d'accompagnement des personnes les plus âgées en perte d'autonomie – au nombre desquels le problème de l'hébergement –, préserver le libre choix de leur mode de vie et veiller à leur solvabilisation.

Dans le cadre de ce sujet, vaste et complexe, la mission a été conduite à s'intéresser tout particulièrement à la question du montant et du contenu des coûts d'hébergement pesant sur les personnes âgées et leurs familles. En effet, il est apparu de façon réitérée au cours des auditions que ces coûts pouvaient être très sensiblement alourdis par la répercussion des charges liées aux investissements immobiliers.

Ainsi, au-delà de la question générale des capacités d'hébergement des personnes âgées et de leur mode de financement, l'objet du présent rapport a été de comprendre les mécanismes constitutifs du coût de séjour en maison de retraite et de proposer des mesures permettant de le contenir. Trop souvent, le « reste à charge » facturé aux familles par les établissements d'hébergement réduit de façon inacceptable le « reste à vivre » des personnes âgées.

En l'espace de cinq mois, la MECSS a procédé à près de trente auditions et tables rondes publiques ⁽¹⁾, au cours desquelles elle a pu entendre l'ensemble des acteurs impliqués dans le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. La mission a également effectué deux déplacements : un premier à Bruxelles, destiné à comprendre les raisons de l'attrait des structures d'hébergement belges pour les Français ; un second au centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins (Lot-et-Garonne), où sont pratiqués des

(1) Les comptes rendus de ces auditions et tables rondes sont annexés au présent rapport.

soins particulièrement performants dans une unité pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La MECSS partage en grande partie les préoccupations de la Cour des comptes, exprimées dans son rapport public particulier de novembre 2005 sur « Les personnes âgées dépendantes », lequel a constitué une référence constante pour le présent rapport.

Elle a également travaillé à partir des documents collectés lors des auditions et, sur ce point, la mission a particulièrement apprécié la collaboration fructueuse établie avec la Direction générale de l'action sociale (DGAS) du ministère de la santé et des solidarités, dont les réponses écrites aux diverses questions de la mission ont permis d'aboutir à plusieurs propositions.

Enfin, la MECSS a pu être informée, en temps réel, des travaux du groupe de projet du Centre d'analyse stratégique (ancien Commissariat général du Plan) sur la prospective des équipements et services pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dont le rapport devrait être prochainement publié. Ces travaux ont permis d'enrichir la réflexion de la mission.

Si la mission a davantage orienté ses travaux sur la question plus particulière du financement de l'investissement en établissement, elle n'en est pas moins restée très attentive aux enjeux, plus larges, de la prise en charge globale de la dépendance pour les opérateurs et les personnes âgées. À cet égard, les interlocuteurs de la mission ont très souvent souligné l'aspiration des personnes âgées à un plus grand bien-être dans leur maison de retraite. Ils ont également souligné la volonté des pouvoirs publics de faire jouer le principe de précaution en multipliant les normes de sécurité. Les auditions ont également permis de constater un réel manque de personnels pour assister les personnes âgées, mais aussi de véritables difficultés à les recruter et à les fidéliser, dans la mesure où ils doivent être mieux formés et rémunérés.

La mission est donc très soucieuse de voir prises en compte les voies d'amélioration qu'elle propose, concernant notamment la mise en place d'un système d'information efficient, ainsi que la qualité des soins aux personnes.

En outre, elle estime d'autant plus indispensable d'optimiser les financements de l'hébergement des personnes âgées, que la Cour des comptes a considéré, dans son rapport, que l'ensemble des ressources – en incluant celles dont dispose la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les personnes âgées dépendantes – sont insuffisantes pour couvrir les besoins en soins et en hébergement estimés d'ici 2020.

La mission précise que, si elle n'a pas pu intégrer dans ses travaux de réflexion sur la problématique de la barrière d'âge qui désavantage, en matière de prestations, les personnes âgées par rapport aux personnes handicapées, elle considère que cette question du rapprochement de la prise en charge du handicap

et de celle des pathologies liées au grand âge doit être réglée le plus rapidement possible.

Enfin, il résulte des travaux de la mission que si l'aménagement de certains dispositifs, de même que la mise en place de moyens spécifiques, sont susceptibles de réduire le coût de l'hébergement en établissement pour les personnes âgées, des ressources devront nécessairement être affectées ou transférées à ce domaine, compte tenu de l'augmentation prévisible des besoins et cela, quelle que soit l'évolution des capacités contributives des résidents.

I.- UN CONSTAT : L'IMPORTANCE DU NOMBRE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ENGAGÉS DANS LE SECTEUR DE L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET LA FORTE DISPARITÉ DES CONDITIONS DE FINANCEMENT

La liste des personnalités auditionnées détenant compétences et informations en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes témoigne de la diversité des acteurs intervenant dans ce secteur : services de l'État, caisses de sécurité sociale et de retraite, collectivités territoriales, gestionnaires et salariés d'établissements hospitaliers, d'établissements publics autonomes, d'établissements privés associatifs non lucratifs, d'établissements privés commerciaux... Une telle situation empêche toute vision claire des compétences et aboutit à de regrettables disparités dans les conditions de financement.

A. LA MULTIPLICITÉ DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ENGAGÉS DANS LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT

La question de la dévolution de la compétence d'investissement a été systématiquement posée lors des auditions et les réponses recueillies ont été contrastées.

Les services de l'État – dont la direction générale de l'action sociale (DGAS) et la direction générale des collectivités locales (DGCL) – ont indiqué que, juridiquement, la responsabilité de l'investissement incombait aux départements.

Ils ont cependant précisé que le responsable direct de l'investissement – pour la construction comme pour les achats de mobilier – était, bien entendu, l'établissement, personne morale de droit public ou privé. Cela étant, le département, qui établit le tarif hébergement (il établit aussi le tarif de la dépendance, l'État prenant en charge le coût des soins), tient compte des amortissements et des frais financiers consécutifs aux investissements dans la composition du prix de journée. Le payeur principal est donc la personne âgée hébergée qui doit régler le tarif hébergement.

Les responsables des directions des affaires sociales des conseils généraux des Vosges, des Landes et du Nord que la mission a interrogés ont, quant à eux, répondu que la compétence dans ce domaine n'était ni d'origine législative, ni d'origine réglementaire, mais relevait de la politique « volontaire et volontariste » qu'ils avaient engagée.

Ainsi, la situation est caractérisée par l'absence de désignation claire et impérative de l'autorité compétente, une réalité qui tient sans doute en grande partie à la difficulté d'articuler la décentralisation dans le champ social. M. Michel

Laroque, inspecteur général des affaires sociales a souligné cet écueil en rappelant que, si la France avait fait le choix de la décentralisation, « *on ne sait pas bien gérer des politiques décentralisées et assurer les relations entre les niveaux central et décentralisés* »⁽¹⁾.

Force est de constater qu'en matière sociale, la question de l'attribution de la compétence obligatoire n'a effectivement été ni réglée, ni même soulevée, et qu'en ce domaine, notre pays devrait *a minima* se doter d'une « Conférence de l'action sociale » organisée par l'État et les conseils généraux, laquelle pourrait périodiquement, parmi d'autres thèmes, aborder celui de l'investissement dans le secteur des établissements d'hébergement des personnes âgées.

1. L'absence de source de financement des investissements spécifiquement dédiée

a) La participation de l'État à travers les contrats de plan État-région et la CNSA

• Les contrats de plan État-région

C'est dans le cadre des contrats de plan État-région que l'État a participé au financement de la transformation des hospices et à la modernisation des établissements pour personnes âgées. En octroyant des aides à l'investissement, ces contrats ont permis, depuis déjà une trentaine d'années, de réduire les charges d'exploitation des établissements et ont eu une incidence directe sur les coûts d'hébergement.

Selon les informations communiquées par la direction générale de l'action sociale (DGAS), l'engagement de l'État dans le cadre du XII^e plan (2000-2006) s'est élevé à 97,67 millions d'euros pour l'humanisation des hospices et à 106,70 millions d'euros pour les maisons de retraite. À l'issue du processus de révision à mi-parcours des contrats de plan en 2003, ce montant a été réévalué à 208,16 millions d'euros.

En 2005, l'exécution du XII^e Plan a été accélérée en raison du rattachement de crédits supplémentaires sur le budget de l'État (25,85 millions d'euros) par voie de fonds de concours. Cet abondement, d'un montant total de 50 millions d'euros et ouvert en autorisations de programme comme en crédits de paiement, résulte d'un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces moyens complémentaires ont été répartis entre trois postes de dépenses :

– 60 % ont permis de porter l'exécution de la programmation des contrats de plan à 60,7 % ;

(1) *Audition du 2 février 2006.*

– 29 % ont été affectés à des opérations signalées par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et qui ne relevaient pas des contrats de plan ;

– 10 % ont concerné la poursuite du financement du plan d'équipement des maisons de retraites et des logements-foyers en pièces « rafraîchies ».

Selon les informations de la mission, les contrats de plan devraient être exécutés à hauteur de 73 % fin 2006.

• **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Récemment créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA est venue compléter le dispositif de financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. La CNSA est un établissement public national à caractère administratif qui a pour mission :

– d'une part, de verser aux départements la contribution de l'État au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

– d'autre part, de répartir entre les établissements d'un côté et les services de soins et les services médico-sociaux de l'autre les crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées. Cette répartition s'effectue sur la base d'enveloppes régionales et départementales, en fonction du programme interdépartemental de prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie, mis en place par l'article 58 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Sans préjuger du rôle que pourra jouer la CNSA, la mission constate qu'en tout état de cause, la création de cet organisme n'a pas permis, pour l'instant, de clarifier le financement des actions en faveur des personnes âgées actuellement prises en charge par de multiples acteurs.

b) La libre politique des collectivités territoriales à travers l'action diversifiée des départements et des communes

Depuis les lois de décentralisation, le département est chargé de la politique de prise en charge des personnes âgées ; la responsabilité juridique de l'investissement incombe donc bien aux départements.

Le département intervient notamment pour l'instruction et le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et pour le financement et le versement d'autres prestations à caractère social, parmi lesquelles l'aide ménagère à domicile et l'aide sociale à l'hébergement en établissement (ASH).

On rappellera que l'ASH a pour caractéristique d'être une avance susceptible d'être récupérée après le décès de son bénéficiaire sur l'actif net de sa succession. En conséquence, si l'aide sociale est un élément important de la solvabilisation des personnes âgées, il est clair que les familles, quand elles le peuvent, préfèrent prendre en charge une partie du coût d'hébergement de leurs parents accueillis en institution, afin de préserver le patrimoine lors de la succession. Fin 2004, 111 000 personnes âgées bénéficiaient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, chiffre en diminution de 1 % par rapport à 2003 ⁽¹⁾. Selon la direction générale de l'action sociale (DGAS), cette diminution correspondrait à l'arrivée en établissement des personnes disposant d'une pension de retraite complète ⁽²⁾.

En 2004, les dépenses nettes globales des départements au titre de l'ASH ont été estimées, après récupération, à 910 millions d'euros par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). Après une période de diminution observée depuis 2000, liée à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ces dépenses ont augmenté de 7 % en 2003 et de 4 % en 2004. Ces dernières hausses s'expliquent par le conventionnement des établissements d'hébergement (voir *infra* tarification des EHPAD) qui s'est accompagné d'une augmentation des tarifs pour financer les progrès qualitatifs.

Par ailleurs, c'est le Président du Conseil général qui fixe le tarif hébergement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les établissements habilités à l'aide sociale, avec pour objectif de maintenir des niveaux de prix permettant de limiter le nombre de personnes contraintes de solliciter l'aide sociale. Dans les établissements non habilités du secteur commercial, la tarification est libre (voir *infra* tarification des EHPAD).

Hormis l'action du département, et bien qu'elles n'aient pas de compétence légale, la plupart des communes mènent, à titre facultatif et volontaire, une politique envers les personnes âgées, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur centre communal d'action sociale (CCAS). Les communes qui s'investissent ainsi dans le champ des personnes âgées proposent le plus souvent un service de portage de repas, des services d'aide ménagère ou bien assurent la gestion de logements-foyers.

c) Les aides éventuelles des caisses de sécurité sociale et de retraite

Au niveau national, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) développe des projets immobiliers en faveur des personnes hébergées les plus autonomes.

Au niveau régional, et depuis une vingtaine d'années, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) participent également au financement

(1) Source : enquête aide sociale de la DREES.

(2) Audition du 16 février 2006.

des établissements sous forme de prêts sans intérêt, dans la limite d'un taux de participation qui varie selon les opérations.

Cette aide à l'investissement, assortie de prêts à taux zéro, peut se révéler particulièrement intéressante pour la réalisation des projets d'établissements de petite taille qui pourraient rencontrer des difficultés pour l'obtention des subventions des collectivités territoriales.

Toutefois, devant la mission, le directeur de la CNAV a admis ne pas pouvoir mesurer le niveau réel de la demande. En effet, dans la mesure où les dossiers qui parviennent au niveau de la CNAV ont tous reçu l'aval et le soutien des services locaux d'action sociale, ils sont très rarement rejetés par la CNAV et celle-ci n'a donc pas connaissance des dossiers écartés au niveau local.

Il a également précisé que si la politique immobilière de la CNAV était réorientée en tenant compte des actions menées par la DGAS et le ministère de l'équipement, la caisse souhaitait jouer un rôle en faveur de la diversification des formes d'accueil.

En conclusion, la mission reprend à son compte la réponse du Président de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux recommandations du rapport de la Cour des comptes précité qui résume bien la situation : « *La question de l'investissement soulève une question particulière, en raison de ce qu'aucune source de financement ne lui est aujourd'hui spécifiquement dédiée (si ce n'est le « tarif hébergement » acquitté par les résidents, l'exécution considérée comme défectueuse des contrats de plan État-régions et les interventions facultatives des conseils généraux et des caisses de sécurité sociale) ».*

2. De multiples opérateurs aux statuts juridiques divers

a) Les centres communaux d'action sociale (CCAS)

« Bureaux d'aide sociale » des communes jusqu'en 1986, les centres communaux d'action sociale (CCAS) sont, depuis, devenus des établissements publics administratifs ayant une existence administrative et financière distincte de la commune – leur conseil d'administration est cependant présidé de plein droit par le maire de la commune. Les CCAS développent, vers les populations concernées par l'action sociale, un ensemble d'activités légales ou facultatives qui leur permettent, notamment, d'accorder des dons et des prêts, d'instruire les

demandes d'aide sociale ou bien de créer et gérer des équipements sociaux et médico-sociaux.

Plus de 65 % des logements-foyers sont ainsi gérés par des CCAS.

b) Les opérateurs du secteur public

La majorité des structures publiques accueillant des personnes âgées dépend des collectivités territoriales (communes, départements et communautés de communes) ou de leurs établissements publics sanitaires et médico-sociaux ; les autres, peu nombreuses, relèvent de l'État.

Certaines de ces structures sont autonomes et, à ce titre, disposent de leur propre personnalité juridique, ainsi que d'organes de gestion et de fonctionnement spécifiques, compte tenu de leurs statuts soit d'établissement public de santé, soit d'établissement public social et médico-social. D'autres, au contraire, sont gérées par le conseil général ou la commune en régie et ne disposent pas d'un conseil d'administration propre. Dans ce cas, elles sont gérées par le directeur de l'hôpital.

Les structures publiques représentent 60 % des places installées, toutes catégories d'établissements confondues ⁽¹⁾.

c) Les opérateurs du secteur associatif à but non lucratif

Le secteur associatif non lucratif regroupe les établissements gérés par divers organismes, telles les congrégations, les associations régionales (par exemple l'association des résidences pour personnes âgées – AREPA – en Île-de-France), les fondations (par exemple, la Fondation caisses d'épargne pour la solidarité), les caisses de retraite ou les mutuelles.

Les capacités d'investissement du secteur associatif à but non lucratif sont extrêmement variables d'une association à l'autre et les projets de création de places ou de rénovation se répartissent de façon assez inégale sur le territoire national.

Le secteur tente d'orienter ses projets vers l'innovation et la diversification en proposant, par exemple, de faciliter les échanges entre générations au sein des structures d'hébergement, d'intégrer de petites unités à d'autres services de nature différente, telles que des crèches, des ludothèques ou des salles de quartier.

Les établissements à but non lucratif représentent 26 % des places installées ⁽²⁾.

(1) DRESS-études et résultats-n° 379-février 2005.

(2) DRESS--études et résultats-n° 379-février 2005.

d) Les opérateurs du secteur privé commercial

Le secteur commercial comprend pour moitié des entrepreneurs individuels et indépendants, pour moitié des entrepreneurs regroupés qui sont de véritables investisseurs. Ainsi, quelques groupes de 20 à 100 établissements émergent au sein de ce que l'on peut désormais appeler un « marché », parmi lesquels certains sont même entrés en bourse (Orpea, Medidep, Medica France, Serience-Hotelia, Domus Vi...).

Entre 1996 et 2003, selon les données d'une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) commentées plus loin, les maisons de retraite à but lucratif ont augmenté leur nombre de lits de 21 %, alors que le nombre de places en maisons de retraite a connu une croissance totale de 7 %. Toutefois, malgré cette croissance, elles ne pourront, à elles seules, satisfaire l'évolution future de la demande, notamment en raison de leur implantation plus fréquente – du moins jusqu'à présent – dans les villes moyennes ou importantes.

Elles représentent aujourd'hui 14 % des lits installés.

B. STRUCTURES D'HÉBERGEMENT, TARIFICATION ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Selon la Direction générale de l'action sociale (DGAS), sur une population totale de 59,344 millions de personnes en 2004, on comptait :

- 12 119 000 personnes âgées de 60 ans et plus,
- 4 245 000 personnes âgées de 75 ans et plus,
- 1 272 000 personnes âgées de 85 ans et plus.

En 2020, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans devrait s'élever à 13 millions et le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler.

Au regard de ces chiffres, l'évolution des capacités d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées est donc une question sociale essentielle.

La dernière enquête disponible de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des solidarités, publiée en février 2005, a permis de dénombrer 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31 décembre 2003, représentant 671 000 places. Dans le même temps, le nombre total de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus s'élevait à 140.

La même étude a établi une répartition des places en établissements détaillée dans le tableau page suivante.

Recensement des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003

Établissements	Nombre de structures	Nombre de places installées	Évolution des places de 1996 à 2003
Logements-foyers publics	2 069	107 200	+ 2 %
Logements-foyers privés à but non lucratif	810	40 500	- 7 %
Logements-foyers privés à but lucratif	97	4 200	- 29 %
Total des logements-foyers	2 975	152 900	- 2 %
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 080	100 800	+ 2 %
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 604	87 900	+ 21 %
Maisons de retraite à but non lucratif	2 040	127 100	+ 6 %
Maisons de retraite autonomes publiques	1 652	120 400	+ 4 %
Total des maisons de retraite	6 376	436 300	+ 7 %
Résidences d'hébergement temporaire	131	2 400	- 27 %
Unités de soins de longue durée (USLD)	1 044	79 300	- 3 %
Ensemble des établissements	10 526	670 900	+ 4 %

Source : enquête EHPA de la DREES ; Études et Résultats n° 379 de février 2005.

On constate qu'entre 1996 et 2003, le nombre global de places en établissements a augmenté de 4 %. Ce chiffre cache toutefois des évolutions contrastées selon le type d'établissement. En effet, alors que le nombre de places en maisons de retraite connaissait une croissance de 7 %, le nombre de places dans les autres structures a diminué, sur la même période, de 2 % pour les logements-foyers, et de 3 % pour les USLD. Au contraire, comme on l'a déjà souligné, les places ont augmenté de 21 % dans le secteur commercial.

Au 31 décembre 2003, 60 % de la capacité d'accueil de l'ensemble des institutions relevaient du secteur public, 26 % du secteur privé à but non lucratif et 14 % du secteur privé commercial.

Répartition par âge des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées

(au 31 décembre 2003)	Moins de 60 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
Logements-foyers	2 410	24 000	122 480	148 890
Maisons de retraite	8 200	56 530	342 700	407 430
Unités de soins de longue durée	2 670	10 250	63 500	76 420
Hébergement temporaire	110	1 150	8 000	9 260
Ensemble	13 390	91 930	536 680	642 000

Source : enquête EHPA 2003 de la DREES, données provisoires ; Études et Résultats n° 379 de février 2005.

1. Les différents types d'établissements d'hébergement pour personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées se répartissent en deux catégories, selon leur statut juridique :

– les structures relevant de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

– les unités de soins de longue durée (ULSD) relevant du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

a) Les établissements médico-sociaux

Il s'agit des établissements publics ou privés qui accueillent des personnes âgées, visés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

– **Les logements-foyers** qui offrent à leurs résidents un logement autonome assorti d'équipements et de services collectifs facultatifs (restauration, blanchisserie...).

Les résidents paient un tarif incorporant l'équivalent d'un loyer assorti des charges locatives, la participation aux frais de fonctionnement des locaux communs et, le cas échéant, le prix des prestations facultatives choisies.

– **Les maisons de retraite publiques et privées** qui assurent une prise en charge intégrale des résidents sous forme d'hébergement, de restauration, d'entretien et, souvent, de soins.

On distingue deux types de maison de retraite publiques : les maisons de retraite autonomes (budget et gestion autonomes), et celles gérées par les CCAS (centres communaux d'action sociale) ou rattachées à un hôpital.

Les maisons de retraite privées sont gérées par des associations à but non lucratif ou des entreprises privées commerciales à but lucratif.

– **Les petites unités de vie** (moins de 25 places) qui sont des structures d'accueil de proximité, pas ou peu médicalisées, où les résidents vivent dans un logement autonome.

– **L'accueil de jour** consiste à accueillir, dans des locaux spécialement réservés, pour une ou plusieurs journées par semaine – voire une demi-journée –, des personnes âgées vivant à leur domicile. Les « accueils de jour » peuvent être autonomes ou rattachés à une autre structure, tel qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

b) Les établissements sanitaires

Les unités de soins de longue durée (USLD) relevant du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique sont des services d'établissement de santé assurant l'hébergement et les soins de personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Le devenir des USLD a fait l'objet, en juillet 2005, d'une saisine de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) par le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des personnes handicapées ayant fusionné l'enveloppe sanitaire consacrée aux USLD avec l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA, **l'IGAS a été chargée de déterminer selon quelles modalités les patients actuellement pris en charge en USLD pourraient se répartir entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.** En effet, un certain nombre de patients continuera à avoir besoin d'un traitement pour des pathologies gériatriques aiguës, ce qui requiert leur maintien dans un cadre hospitalier, sous forme d'accueil dans une USLD. En revanche, les patients dont les besoins de soins sont liés à la dépendance du grand âge – et non à des maladies aiguës provoquées par le vieillissement – relèveront des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Toutefois, **la requalification des USLD doit s'accompagner d'une planification territoriale, de garanties de continuité des soins** et de critères de pondération pour le partage des budgets soins des USLD concernées. Tel est le sens de la mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Le groupe de travail présidé par un inspecteur général des affaires sociales, M. Michel Thierry, comprend des représentants de la DHOS, de la DGAS, de la CNSA, de la DSS, de la CNAM, de la DGS. Il est chargé de construire un référentiel, afin de bien ventiler les populations, et doit se réunir jusqu'à l'été 2006 pour aboutir à une circulaire sur le suivi administratif et institutionnel du processus, l'articulation avec les démarches de planification, les aspects financiers des transferts et les mesures destinées à améliorer à la fois la qualité sociale de l'accueil en USLD et la qualité de médicalisation des EHPAD médico-sociaux. Sur ce dernier point, M. Michel Thierry a précisé à la mission que si des patients sont inutilement maintenus en USLD, on peut constater que les EHPAD comptent parmi leurs résidents au moins 15 % de personnes dont l'état relève davantage du secteur hospitalier que du secteur médico-social.

La mission souhaite souligner que ce groupe de travail est avant tout amené à régler un problème d'affectation de ressources pour les USLD, dont l'activité sera orientée dans le champ social et médico-social ou scindée entre le secteur sanitaire et médico-social. Elle estime pour sa part que le véritable enjeu de la requalification de ces unités est, comme elle le précisera plus loin, la coopération des deux secteurs, sanitaire et médico-social, et la coordination des compétences dans le cadre de la recherche d'un meilleur accompagnement des personnes âgées.

2. Une tarification récemment réformée et des modalités de prise en charge diversifiées

a) La tarification applicable dans les EHPAD

À la signature d'une convention tripartite avec les départements (financeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie : APA) et l'assurance maladie (qui assure la prise en charge des soins médicaux aux personnes âgées), tout établissement autorisé à accueillir des personnes âgées est qualifié d'« établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD), au sens de l'article L. 313-12-I du code de l'action sociale et des familles, tout en gardant son statut propre, public ou privé.

La tarification dite ternaire, introduite en 1999, est applicable dans tous les EHPAD. Elle repose sur trois tarifs correspondant chacun à une catégorie précise de prestations :

- un tarif journalier afférent à l'hébergement,
- un tarif journalier afférent à la dépendance,
- un tarif journalier afférent aux soins.

Le budget d'un EHPAD est donc présenté en trois sections distinctes d'imputation, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément, les règles de calcul de ces tarifs étant très précisément définies par les textes réglementaires ⁽¹⁾.

Le tableau, page suivante, présente, pour chacun des trois tarifs applicables, la nature des prestations prises en compte et l'autorité compétente pour arrêter le tarif concerné.

(1) Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié par le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

**Régime tarifaire des établissements d'hébergement
des personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Tarif hébergement	Tarif soins	Tarif dépendance
Administration générale Amortissement des investissements et frais financiers Accueil hôtelier Restauration Entretien Animation Service social 100 % des dépenses afférentes aux personnels administratifs généraux 70 % des dépenses afférentes aux agents de service	Soins de base (entretien, hygiène, confort) 70 % des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques 100 % des dépenses afférentes aux auxiliaires médicaux (psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute, pédicure-podologue, diplômés d'État), aux pharmaciens et médecins	Aide et surveillance pour les actes de la vie quotidienne Surcoûts hôteliers liés à la dépendance 30 % des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques 30 % des dépenses afférentes aux agents de service
Tarif unique (possibilité de modulation selon les prestations choisies)	Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance	Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance
Établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale* : tarif arrêté par le président du conseil général Autres établissements : tarification libre	Tarifs arrêtés par le préfet (avis de la caisse régionale d'assurance maladie)	Tarifs arrêtés par le président du conseil général

* Cette habilitation est accordée par le conseil général.

Relèvent de la section hébergement – et sont donc à la charge de la personne âgée hébergée – les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale, les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale, les amortissements de biens meubles (autres que le matériel médical) et immeubles, les dotations aux provisions, ainsi que les charges financières et exceptionnelles.

Tous les membres de la MECSS ont estimé qu'il était anormal que le financement des maisons de retraite incombe indirectement à leurs résidents, alors que les usagers d'équipements collectifs, tels qu'un terrain de sport ou un pensionnat de collège ou un lycée, ne sont pas redevables des charges liées à l'investissement lié à ces structures. Soucieuse de trouver les moyens de faire baisser le tarif à la charge des personnes âgées hébergées, la mission considère que l'affectation des amortissements à la section hébergement ne se justifie pas et précisera plus loin quelles pourraient être les modalités d'une réorganisation des charges au sein des sections tarifaires.

S'agissant des tarifs soins et dépendance, ceux-ci sont arrêtés, respectivement, par le préfet et le président du conseil général, y compris pour les établissements qui ne sont pas habilités à recevoir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui concerne le tarif hébergement, seuls les EHPAD non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, peuvent le fixer librement. Toutefois, et même dans ce cas, il existe certaines limites réglementaires : en effet, pendant toute la durée du contrat signé par le résident avec l'établissement, la revalorisation annuelle du prix des prestations concernées ne peut pas dépasser un pourcentage fixé par arrêté ministériel. Ainsi, au cours de l'année 2006, les tarifs des prestations offertes aux personnes âgées résidant au 31 décembre 2005 dans ces établissements ne peuvent augmenter de plus de 2,6 %.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a suggéré d'introduire un système de régulation des tarifs anormalement élevés, dus à une offre insuffisante par rapport à la demande, et des tarifs maintenus à un niveau très bas pour les établissements habilités à l'aide sociale. Sur ce point, la DGAS a apporté les éléments d'analyse suivants à la mission :

« Avec le « tarif plafond », la FHF vise les établissements commerciaux, même si des établissements publics comme les USLD hospitalières ont les tarifs hébergement souvent les plus élevés.

Avec le tarif minimal, la FHF vise les conseils généraux qui peuvent être très drastiques en matière de tarification administrée de l'aide sociale à l'hébergement. Ce tarif s'impose alors, sauf modulation en application de l'article R. 314-182 du code de l'action sociale et des familles, à l'ensemble des résidents de l'établissement. Il a toutefois fait l'objet d'un assouplissement par ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. (voir infra : quel avenir pour l'aide sociale à l'hébergement ?).

La fixation d'un tarif plafond et d'un tarif minimal n'a pas aujourd'hui de base légale. Elle est contraire à la libre administration des collectivités territoriales (le département fixe le tarif) et à la liberté du commerce et de l'industrie.

Les mécanismes fiscaux du « loyer en meublé professionnel » (LMP), dont bénéficient les établissements commerciaux, procurent à ces derniers des avantages considérables, sans aucune contrepartie en terme de modération des tarifs hébergements. Si ces établissements commerciaux font apparaître des comptes parfois justes à l'équilibre, leurs sociétés civiles immobilières (SCI) sont, elles, prospères.

En conséquence, lorsque les dirigeants de la SCI et de la société commerciale gestionnaire de l'établissement sont les mêmes, les avantages fiscaux du « LMP » devraient être subordonnés à une modération des prix, comme cela se

fait pour les foyers-logements habilités ou non à l'aide sociale, mais bénéficiant d'un conventionnement à l'aide personnalisée au logement (APL) ».

Par ailleurs, le principe de cette tarification a été de faire prendre en charge les soins par l'État (*via* l'assurance maladie) et la dépendance par le département (*via* l'APA). Or, il est fréquent que les soins de base, tels que la toilette, soient réalisés par des personnels de service rémunérés à 70 % par le prix de l'hébergement facturé aux personnes âgées, comme indiqué dans le tableau plus haut. Cette situation cumule tous les désavantages : les soins sont effectués par des personnes non qualifiées qui ne sont pas payées pour le travail qu'elles accomplissent en réalité et les personnes âgées paient pour des soins qui devraient être pris en charge par l'assurance maladie. C'est pourquoi, **la mission estime que ces agents de service doivent non seulement être mieux formés, mais aussi que les charges qu'ils représentent doivent être imputées, dans la tarification, à la section soins et non à la section hébergement.**

Si la mission considère qu'il est aujourd'hui nécessaire d'adapter certaines règles de la tarification, elle tient toutefois à souligner que la réforme mise en œuvre à compter de 2001 a eu des effets positifs importants. Elle a permis une amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie en établissement, notamment en développant la formation des personnels, en permettant de commencer d'assurer la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle et en prévoyant le recours à un médecin coordonnateur, compétent en gérontologie. La signature des conventions tripartites, en renforçant les moyens d'assurance maladie, a créé 30 000 emplois équivalent temps plein (ETP). Les effectifs moyens des établissements de taille moyenne ont été augmentés de 7 emplois ETP dont 5,5 en personnel soignant ⁽¹⁾. Le taux d'encadrement, toutes fonctions confondues, était au 31 décembre 2003 de 0,45 pour l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées et de 0,57 pour ceux ayant signé une convention tripartite ⁽²⁾.

Par ailleurs, de nombreux établissements ont été rénovés, rendant les espaces de vie plus conformes aux vœux des résidents et offrant des locaux mieux adaptés aux nouvelles formes de soins et d'animation. Enfin, des investissements importants en matériel médical et paramédical ont pu être réalisés.

On peut toutefois regretter que les moyens financiers accordés à la réforme de la tarification n'aient été ni suffisants, ni constants ⁽³⁾.

(1) Source DGAS audition du 16 février 2006.

(2) *Études et résultats* n° 379 février 2005 (DREES).

(3) Voir l'annexe 6 relative à l'évolution de l'ONDAM de 1999 à 2005 (source direction de la sécurité sociale).

D'une façon générale, la réforme n'a pas réglé la question du « reste à charge » des résidents, dont les modalités de prise en charge mériteraient d'être révisées.

b) Les modalités de prise en charge des tarifs facturés aux résidents

– **Le tarif soins est réglé directement et intégralement à l'établissement par le régime d'assurance maladie** auquel est affiliée la personne âgée dépendante.

– **Le tarif dépendance est réglé par le résident.** Celui-ci peut néanmoins bénéficier, à ce titre, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement, s'il en satisfait les conditions générales d'attribution. L'APA est versée au début de chaque mois, soit au résident qui règle ensuite l'établissement, soit directement à l'établissement, le résident réglant ensuite à l'établissement le ticket modérateur ou talon correspondant au niveau de dépendance le plus faible (GIR 5/6) qui reste à sa charge.

– **Le tarif hébergement est également réglé par le résident.** Dans les établissements habilités, les frais d'hébergement peuvent être pris en charge par l'aide sociale du département pour les personnes âgées de 65 ans et plus (ou de plus de 60 ans en cas d'inaptitude au travail), dont les ressources sont inférieures au prix de journée de l'établissement, déduction faite des soins réglés par l'assurance maladie. Le bénéficiaire doit alors consacrer 90 % du montant de l'aide versée au remboursement de ses frais d'hébergement, le solde (10 %) étant réservé à son usage personnel (au minimum : 73 euros par mois à compter du 1^{er} janvier 2006). Par ailleurs, le résident peut bénéficier, si sa situation le justifie, d'une aide complémentaire attribuée dans le cadre de l'aide sociale facultative. Enfin, le résident d'un EHPAD habilité peut bénéficier de l'allocation logement si ses ressources le rendent éligible à cette prestation (l'établissement étant, par définition, sa résidence principale).

Il s'agit là des prises en charge « de droit commun ».

Par ailleurs, une personne âgée dépendante qui réside dans un EHPAD peut également bénéficier de prestations complémentaires servies, soit par la mutuelle dont elle est membre, soit par une société de droit privé auprès de laquelle elle a, à titre individuel et volontaire, préalablement souscrit un « contrat d'assurance dépendance ». Ces prestations permettent alors de couvrir, dans des proportions variables, les dépenses afférentes à la dépendance et à l'hébergement qui ne sont pas prises en charge dans le cadre des prestations sociales de droit commun.

C. L'IMPOSSIBLE RECENSEMENT DES TARIFS DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT

Seules des enquêtes incomplètes et sommaires permettent actuellement de renseigner les personnes âgées sur les tarifs des maisons de retraite et la décomposition du montant de leur « reste à charge ».

1. Des tarifs extrêmement variables

La mission a constaté qu'aucun recensement global des tarifs à l'échelon national n'avait été établi. Tout au plus a-t-elle pu avoir communication des données collectées par la Cour des comptes qui ne portaient que sur un échantillon de dix départements et des éléments transmis par les responsables des directions des affaires sociales de plusieurs conseils généraux, de la Fédération hospitalière de France, de plusieurs opérateurs publics et privés. Ces éléments d'information sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

Tableau comparatif des tarifs 2005
communiqués à la MECSS par les représentants d'établissements d'hébergement
(en euros par jour)

Sources	Type de structure	Tarif soins	Tarif dépendance (GIR 1 et 2)	Tarif hébergement
Fédération hospitalière de France (FHF)	Maison de retraite (EHPAD)	28 à 33	14 à 16	38 à 45 (province) 60 à 80 (région parisienne)
Conseil général des Vosges	Maison de retraite (EHPAD)	Non connu du Conseil général	16,30 en moyenne	33,45 en moyenne (29 à 42)
Conseil général des Landes	Maison de retraite (EHPAD)	Non communiqué	Non communiqué	40 en moyenne (30 à 50)
Conseil général du Nord	Maison de retraite (EHPAD)	Non communiqué	Non communiqué	42,46 en moyenne
Centre communal d'action sociale (CCAS) de Paris	Maison de retraite (EHPAD)	32 à 60	20 à 25	
Centre communal d'action sociale (CCAS) de Bordeaux	Maison de retraite (EHPAD)	Non communiqué	Non communiqué	35 à 45
Centre communal d'action sociale (CCAS) de Besançon	Logement-foyer	Soins hors logement foyer	–	18,36
Mutualité sociale agricole (MSA)	Maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA)	Soins hors MARPA	–	35 à 41,66
SYNERPA (syndicat d'établissements privés commerciaux)	Maison de retraite (EHPAD)	17	10	60 (47 à 80)
FEHAP (Fédération établissements privés non lucratifs)	Maison de retraite	Non communiqué	Non communiqué	47 (41 à 59)
Centre hospitalier de Marmande-Tonneins (47)	Maison de retraite (EHPAD)	33,83	15,38	36,87
Centre hospitalier de Marmande-Tonneins (47)	USLD	43,79	15,24	32,09
Hôpital Vaugirard (Paris 75015)	USLD	101,4	18	77
FEDOSAD (21) Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile	Domicile protégé Concept « générations » (EHPAD)	37,48	26,91	68,42
FEDOSAD	Maison de retraite (EHPAD)	34,51	18,23	59,05

2. Aucune centralisation des données relatives à la composition des tarifs

Le renforcement croissant des normes de confort, d'hygiène, de sécurité et d'adaptation au handicap impose des investissements qui engendrent des amortissements à intégrer dans le budget de fonctionnement des établissements et donc dans le prix de journée facturé aux résidents.

Il semble que n'existe aucune centralisation des données relatives à la composition du prix de journée ou du tarif hébergement. Cependant, les représentants d'opérateurs du secteur associatif non lucratif participant aux travaux du Centre d'analyse stratégique (ex-Commissariat général du Plan) ont indiqué qu'environ 50 % du tarif hébergement étaient consacrés aux charges de personnel, tandis que les charges immobilières pouvaient atteindre 25 %, ainsi que les charges des services de restauration, de blanchisserie...

Dans le tarif hébergement des EHPAD privés commerciaux, le montant correspondant aux investissements immobiliers varie et peut atteindre la somme de 18 euros en région parisienne, comme l'illustre l'analyse du prix de revient fournie par le président du SYNERPA (syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées).

Poste	Montant
Alimentation	4 €
Autres achats	5 €
Services extérieurs	8 €
Impôts et taxes	2 €
Amortissement agencements intérieurs	3 €
Charges de personnel	20 €
Loyer (travaux et charge foncière)	17 à 18 €
Prix de revient global de l'hébergement	60 €

On peut également donner l'exemple du tarif hébergement de l'unité Alzheimer du centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins (USLD conventionnée).

Dans ce centre, le prix de revient global, soit 58,57 euros par jour, est comparable à celui communiqué par le SYNERPA ; les frais financiers (intérêts des emprunts et amortissements) liés à sa construction récente (2002), s'élèvent à 14,32 euros, c'est-à-dire à près du quart du prix de revient journalier.

**Prix de revient journaliers de l'unité ALZHEIMER de Marmande-Tonneins
par type de prestation pour la section hébergement**

Budget alloué 2005	Section hébergement		
	Montant	% du total	Prix de revient/jour
Dépenses de personnel	170 051 €	30 %	17,51 €
Blanchissage	22 400 €	4 %	2,31 €
Alimentation	92 000 €	16 %	9,47 €
Fournitures hôtelières et non stockables (dont eau, gaz, électricité)	64 699 €	11 %	6,66 €
Entretien et maintenance	20 159 €	4 %	2,08 €
Nettoyage à l'extérieur	10 500 €	2 %	1,08 €
Remboursement administration générale	50 000 €	9 %	5,15 €
<i>Intérêts des emprunts</i>	<i>52 997 €</i>	<i>9 %</i>	<i>5,45 €</i>
<i>Amortissements</i>	<i>86 123 €</i>	<i>15 %</i>	<i>8,87 €</i>
Frais financiers	139 120 €	24 %	14,32 €
TOTAL	568 929 €		58,57 €

**D. LES COÛTS ET LES MODES DE FINANCEMENT ACTUELS DES
NOUVELLES CONSTRUCTIONS ET DES OPÉRATIONS DE RÉNOVATION
NE SONT PAS HOMOGENES**

Le financement des nouvelles constructions et des opérations de rénovation n'est pas uniforme. Il dépend du statut de l'établissement et du montage juridique du projet.

**1. Coûts des travaux de construction et d'aménagement d'un
établissement pour les opérateurs**

Comme il l'a déjà été indiqué, la construction d'une maison de retraite dotée de tous les équipements spécifiques liés à la dépendance est un bien dont l'amortissement est en totalité imputé à la section hébergement de la tarification, et payé par le résident.

On ne dispose pas de données globales sur le prix de la construction d'un lit. Mais les informations communiquées à la mission par un certain nombre d'opérateurs donnent une idée assez claire de l'importance des financements nécessaires à la création de lits. Les prix recouvrent le coût de la construction et les travaux d'ingénierie. Ils dépendent également du coût du foncier ou du prix du terrain de construction. Celui-ci est souvent mis en avant pour expliquer les disparités entre les coûts selon l'implantation géographique des établissements. Cette explication n'est pas valable dans toutes les circonstances. En effet, lorsqu'il

s'agit de projets publics ou privés non lucratifs, les terrains sont gratuitement mis à disposition par la collectivité territoriale et ne sont donc pas amortis.

Le Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) estime le coût de construction d'un lit à 150 000 euros, alors qu'il serait de l'ordre de 100 000 euros à Bordeaux, hors coût du foncier, selon les indications du Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Bordeaux.

Par ailleurs, la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) a précisé à la mission que la construction d'une maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) de 24 places coûtait de 1 650 000 à 1 900 000 euros, soit de 68 500 à 79 166 euros la place.

S'agissant des coûts des mises aux normes incendie, ils s'élèveraient à 9 000 euros/lit (circulaire du ministère de la Santé et des solidarités citée dans le rapport précité de la Cour des comptes), alors que le CCAS de la ville de Bordeaux indique qu'ils ont été évalués à environ 500 000 euros par établissement. Les investissements sont donc très lourds et renchérissent le coût d'hébergement pour les personnes âgées.

2. L'enchevêtrement des modes de financement des investissements constitue un véritable maquis

Pour financer et réaliser des opérations de construction, de restructuration ou de rénovation, les établissements ont recours aux subventions, mais aussi à l'emprunt et font parfois appel à des tiers. En effet, le recours à un office ou à une société d'HLM qui obtient un prêt aidé permet aux résidents de bénéficier de l'aide personnalisée au logement (APL) et au constructeur d'accéder au taux réduit de TVA à 5,5 %, réservé aux constructions ouvrant droit à l'APL.

a) Le financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Les dépenses de la CNSA prévues pour 2006 s'élèvent à 4,9 milliards d'euros pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. Il conviendrait, en raison de l'importance de ce montant, de connaître la ventilation entre les établissements et services ; or, la CNSA n'est pas à l'heure actuelle en mesure de l'établir.

Cette question est d'autant plus importante que le directeur de la CNSA a insisté devant la MECSS sur le souci de répartition équitable des moyens entre les régions et au sein d'une même région, répartition qui dépendra de la remontée des données effectuées par les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et d'un échange permanent avec les services de l'État aux niveaux départemental et régional.

En ce qui concerne l'attribution des crédits exceptionnels d'investissement à hauteur de 350 millions d'euros collectés en 2005 et destinés aux établissements

pour personnes âgées à partir de 2006, le conseil de la CNSA qui s'est réuni le 24 janvier 2006 a apporté les précisions suivantes :

– sur le périmètre : sont concernés les maisons de retraite, les USLD et les foyers-logements, sous réserve de la signature, effective ou en cours, de la convention tripartite, et de leur habilitation totale ou partielle à l'aide sociale. *A priori*, les travaux ayant reçu un début de commencement sont exclus du bénéfice de ces crédits, de même ceux qui bénéficient d'un financement dans le cadre d'un contrat de plan État-région ;

– sur le niveau de participation de la CNSA et la mobilisation de co-financements : l'enveloppe d'aide à l'investissement sera attribuée en tenant compte de l'apport d'autres financeurs (conseils généraux, CRAM et CNAV) ;

– sur la nature des travaux à financer : seront privilégiés les projets se situant à un stade technique avancé qui améliorent la qualité de vie des résidents. Les travaux de mise aux normes de sécurité devront s'inscrire dans un projet d'amélioration globale de la qualité de vie des personnes accueillies.

b) Les subventions des collectivités territoriales : départements et communes

La construction et la réhabilitation d'établissements d'hébergement peuvent bénéficier de subventions d'investissement variables selon les départements.

La mission regrette de n'avoir pu recueillir d'éléments d'analyse globale sur les objectifs des départements ou des communes relatifs aux critères d'attribution et aux montants des subventions accordées. La direction générale des collectivités territoriales (DGCL) a confirmé qu'en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées, elle ne dispose pas, en raison de l'absence d'une compétence obligatoire dans ce domaine, des moyens nécessaires à la connaissance des montants des dépenses d'investissement des départements.

c) Les prêts des caisses de sécurité sociale et de retraite

La CNAVTS, ainsi que la CNAMTS, participent aux opérations d'investissement par l'octroi de prêts sans intérêts sur une partie limitée de l'investissement total. Ces modes de financement concernent essentiellement les établissements habilités à l'aide sociale.

À titre indicatif, les dépenses d'action immobilière de la CNAVTS se sont élevées à 43,6 millions d'euros en 2003, à 50 millions d'euros en 2004 et à environ 70 millions d'euros en 2005. Toutefois, ces sommes non négligeables destinées à l'hébergement en établissement sont loin de représenter l'essentiel des moyens de la CNAV dont le budget d'intervention total s'élève à 373 millions d'euros cette année, les aides à domicile représentant, quant à elles, 288 millions d'euros.

La CNAVTS ayant manifesté son souhait de recentrer ses aides sur les personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6), l'investissement immobilier en direction des établissements ne semble pas figurer parmi ses priorités.

d) L'aide à la pierre et ses avantages connexes

Le principe de la réforme de l'aide au logement initiée par la loi du 3 janvier 1997 a été de rendre l'aide de l'État plus sélective en diminuant le montant des aides à la pierre et en majorant les aides à la personne. Ont alors été définis plusieurs types de prêts aidés dont l'octroi est subordonné à la signature d'une convention qui ouvre droit à l'aide personnalisée au logement.

Dans la mesure où elle est considérée par les opérateurs comme indispensable au financement de tout projet immobilier, l'aide à la pierre devrait pouvoir être accordée plus largement.

• Prêt locatif à usage social (PLUS)

Le décret n° 99-794 du 14 septembre 1999 a mis en place le prêt locatif à usage social (PLUS) qui permettait de répondre à un double objectif : donner aux bailleurs sociaux les moyens, notamment juridiques, de répondre aux exigences de mixité sociale, en leur permettant d'accueillir dans les mêmes immeubles des ménages avec des ressources différenciées et de mieux maîtriser les loyers des opérations.

Le prêt locatif à usage social ouvre droit à l'aide personnalisée au logement (APL) pour les locataires. La demande de prêt doit être effectuée auprès de l'établissement prêteur dans un délai maximum de 6 mois après la date de la décision favorable et les opérations peuvent bénéficier des avantages fiscaux suivants :

– taux de TVA à 5,5 % pour la construction des logements ou pour la réalisation des travaux, dès lors que ces travaux sont éligibles aux catégories de travaux retenus par le décret du 30 avril 1998 (travaux d'amélioration, de transformation ou d'aménagement de logements locatifs sociaux) ;

– prêt de la caisse des dépôts et consignations (CDC) au taux de 4,3 %, d'une durée de 32 ans, assorti d'un préfinancement. Le montant du prêt ne peut dépasser, déduction faite de la subvention de l'État, l'assiette de subvention définie à l'article R. 331-15 du code de la construction et de l'habitation et calculée selon des modalités fixées par arrêté ;

– exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) pendant 15 ans. Cette durée d'exonération est portée à 25 ans pour les logements locatifs sociaux construits sur la période du plan de cohésion sociale 2005-2009.

Le bénéfice du taux réduit de TVA à 5,5 % est subordonné à la conclusion d'une convention à l'aide personnalisée au logement (APL).

• **Prêt locatif social (PLS)**

Le prêt locatif social (PLS) s'adresse à tout investisseur, personne physique ou morale, qui réalise une opération locative (article R. 331-18 du code de la construction et de l'habitation).

Il est destiné à financer des logements correspondant à des niveaux de loyers et de ressources supérieurs au prêt locatif à usage social (PLUS) dans des zones à marché tendu.

Les PLS sont accordés par la caisse des dépôts et consignations, et par tous les établissements de crédit ayant signé une convention avec cette dernière, à savoir : le Crédit Foncier de France, Dexia, le Crédit agricole, le Crédit mutuel et le Crédit coopératif.

Ce prêt ouvre droit à l'aide personnalisée au logement (APL).

Le montant du PLS ne peut être inférieur à 50 % du prix de revient de l'opération.

Les taux d'intérêt pratiqués sont les suivants :

Organismes prêteurs	Emprunteurs	
	HLM, SEM de logement social et emprunteurs bénéficiant d'une garantie de collectivité territoriale	Autres
Caisse des dépôts et consignations	3,75 à 3,93 %	–
Crédit Foncier de France	3,75 %	3,55 % à 3,85 %
Crédit Mutuel	3,74 %	3,54 % à 3,84 %
Dexia	3,75 %	3,55 % à 3,85 %
Crédit Agricole	3,75 %	3,55 % à 3,85 %
Crédit coopératif	3,75 %	3,55 % à 3,85 %

Démarches préalables : il est nécessaire d'obtenir une décision favorable d'agrément prise par le préfet. Le dossier de demande de décision favorable d'agrément sert aussi à l'instruction de la convention à l'aide personnalisée au logement (APL). L'instruction est assurée par la direction départementale de l'équipement (DDE) et porte simultanément sur le projet de convention APL et sur la demande de décision favorable d'agrément.

Ce type de prêt comporte, outre son taux d'intérêt, des avantages connexes non négligeables sur les coûts de l'investissement :

– un régime de TVA à 5,5 % :

Dans le logement neuf : la livraison de logements sociaux locatifs est soumise à la TVA au taux réduit de 5,5 %.

Dans l’habitat ancien : le taux réduit de TVA s’applique aux travaux d’amélioration, de transformation ou d’aménagement.

– une exonération de la taxe foncière :

Les opérations financées à concurrence de plus de 50 % à l’aide d’un PLS sont exonérées de la taxe foncière sur les propriétés bâties pendant une durée de 15 ans à compter de l’année qui suit celle de leur réalisation.

Il ressort des données communiquées à l’ex-Commissariat général du Plan par la Fondation des Caisses d’épargne pour la solidarité que le financement d’une opération de construction d’EHPAD se décompose la plupart du temps de la façon suivante :

– Prêt aidé (PLS ou PLUS) : 50 à 70 % ;

– Subvention du conseil général : 10 à 20 % ;

– Prêt de la caisse régionale d’assurance maladie (CRAM) : aux environs de 10 % ;

– Prêt de caisses de retraite ou emprunts : 2 à 3 %.

Structure d'un plan de financement d'une maison d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA)

Les MARPA entrent dans la catégorie des logements-foyers pour personnes âgées qui peuvent donc être largement financés par des prêts aidés de l'État PLS ou PLUS (Prêts Locatifs Sociaux et Prêts Locatifs à usage Social). Ces prêts conventionnés permettent de bénéficier : des aides à la pierre (subvention de l'État pour le PLUS), de la TVA à 5,5 % de l'exonération de la Taxe Foncière sur les Propriétés Bâties pendant 25 ans et de l'APL Foyer (Aide Personnalisée au Logement). Ils imposent en contrepartie un plafond de loyer et un plafond de ressources pour les locataires entrants.

Maîtrise d'ouvrage et gestion

La maîtrise d'ouvrage de la MARPA est assurée par un organisme HLM ou par une collectivité locale (commune ou communauté de communes). La gestion de la MARPA est confiée à une structure qui peut être publique (CCAS) ou associative. Une convention de location est conclue entre le maître d'ouvrage et la structure gestionnaire.

Superficies et architectures

Conçus pour préserver un caractère familial, les bâtiments sont composés de logements privatifs (20 à 24 T1 et T2) et d'espaces communs conviviaux.

Une attention particulière est portée à la maîtrise des coûts (choix des matériaux, superficies).

Structure du plan de financement

Le concept MARPA suppose que la commune ou la communauté de communes porteuse d'un projet apporte gratuitement un terrain viabilisé en centre bourg d'environ 5 000 m². Les MARPA n'ont donc pas à supporter de charge foncière.

Le plan de financement se compose :

– d'une subvention de l'État pour les financements PLUS ;

– de subventions locales complémentaires. Elles proviennent essentiellement du conseil général, de la dotation « Développement Rural » (pour les communautés de communes), du conseil régional, des Pays, des communes ou communautés de communes, de la CCMSA, des Caisses de retraite complémentaires ;

(Selon les projets, le taux de subvention s'échelonne entre 10 et 45 %).

– d'un prêt de la Caisse des dépôts et consignations (PLS ou PLUS).

Coût d'investissement

– coût de construction

Le coût de construction d'une MARPA en 2005 se situe entre 1 650 000 € et 1 900 000 €. Ces coûts sont calculés sur la base d'une TVA de 5,5 % (avantage lié aux prêts aidés de l'État). Ils comprennent l'ensemble des honoraires liés à la construction.

Ils sont issus de projets en cours.

Le prix au mètre carré se situe donc entre 1 270 € et 1 461 €.

Signalons que l'investissement immobilier est en nette augmentation en raison notamment de l'augmentation du coût de la construction et des exigences en termes de sécurité (incendie, hygiène).

– coût de l'investissement mobilier

L'investissement mobilier et équipement est d'environ 100 000 €.

Source : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

e) Les opérateurs du secteur commercial

Les capacités de financement du secteur commercial proviennent des divers financements bancaires (prêts à plus ou moins long terme), de promoteurs immobiliers, des fonds d'investissement, du dispositif de défiscalisation de loueur en meublé professionnel (LMP) et de l'appel à l'épargne publique (deux groupes sont cotés en Bourse).

En dehors de ces modes de financement spécifiques, le président du syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) a estimé que le secteur commercial était placé sur un pied d'égalité avec les autres opérateurs dans la mesure où les prestations sont fournies selon les mêmes modalités : un prix de revient par jour et par résident qui s'analyse de la même façon pour tous les opérateurs.

3. Tentative de présentation de la fiscalité applicable aux opérateurs selon leur statut juridique

Les informations recueillies au cours des auditions et lors des réunions de travail du Centre d'analyse stratégique (ex-Commissariat général du Plan) sont retracées dans le tableau suivant :

Fiscalité applicable aux opérateurs

	Secteur public		Secteur associatif non lucratif	Secteur commercial
Taxe sur les salaires	oui		oui	Non sur les sections « dépendance » et « hébergement » Oui sur la section « soins »
Taxe professionnelle	non		non	oui
Taxe foncière sur les propriétés bâties	non		non en cas de prêt aidé sur 25 ans	oui (non en cas de prêt aidé)
TVA sur investissement	CCAS : TVA récupérable	Établissement public autonome : TVA non récupérable	TVA non récupérable (TVA à 5,5 % en cas de prêt aidé)	TVA récupérable
TVA sur rénovation	5,5 %		5,5 %	5,5 %
Impôt sur les sociétés	non		non	oui

On peut constater qu'en matière de TVA sur les investissements, la récupération est possible pour les établissements privés commerciaux, ainsi que pour les établissements gérés par les centres d'action sociale. Elle n'est en

revanche pas possible pour les établissements publics autonomes et les établissements relevant du secteur associatif non lucratif, la charge correspondante étant finalement payée par la personne hébergée. **La mission estime que la récupération de la TVA par l'ensemble des établissements fait partie des mesures susceptibles de faire baisser le coût d'hébergement, ce qu'elle appelle de ses vœux.**

*

* *

Les travaux de la mission sur les sources de financement seront utilement complétés par l'étude que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'est engagée à mener dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA pour les années 2006-2009.

La COG définit une série d'objectifs majeurs parmi lesquels la promotion d'une réflexion prospective favorisant l'évolution et la modernisation des politiques conduites dans le champ de la gérontologie. À ce titre, la CNSA fera réaliser d'ici 2007, « *une étude sur les sources de financement existantes concernant les investissements dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que sur les modalités d'optimisation des financements existants concernant les investissements, et sur les autres partenariats susceptibles d'être développés pour trouver de nouvelles sources de financement ; elle assortit cette étude de propositions de nature à dynamiser et optimiser les investissements nécessaires dans le secteur.* »⁽¹⁾. Pour sa part, « *l'État s'engage à examiner les propositions qui lui seront faites concernant la diversification et les modalités d'optimisation des financements en matière d'investissements.* »

(1) Annexe VII de la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA pour 2006-2009.

II.- LES ATTENTES DES FINANCEURS, DES OPÉRATEURS ET DES RÉSIDENTS

A. AMÉLIORER LA CONNAISSANCE

Tous les acteurs du secteur ont plaidé pour la mise en place d'outils de mesure des coûts et d'un système d'information le plus complet possible.

Sur ce point, la mission reprend à son compte la réponse du Président de la CNSA aux conclusions du rapport précité de la Cour des comptes : *« La CNSA rejoint pleinement la Cour dans le constat qu'elle fait de la dramatique insuffisance des systèmes d'information, et de l'effort considérable qui doit être accompli sur ce point. »*

1. Doter l'administration d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement

La MECSS approuve totalement la recommandation de la Cour des comptes visant à *« se doter d'un système de suivi de l'évolution des coûts supportés par les résidents des établissements »*.

Constituée en 1999 auprès du ministère de l'emploi et de la solidarité et du secrétariat d'État à la santé et à la sécurité sociale, la mission MARTHE (mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement) visait à coordonner la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées, à en organiser le suivi et à l'adapter éventuellement. Composée de représentants de la direction générale de l'action sociale (DGAS), de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction générale de la santé (DGS), de la direction des hôpitaux (devenue DHOS), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'École nationale de la santé publique, elle a favorisé les échanges entre toutes les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS).

On peut d'autant plus regretter que la mission MARTHE n'ait pas été remplacée, que la réforme de la tarification ne s'est pas déroulée sans difficultés en raison de la crainte de nombreux établissements de ne pas obtenir de moyens supplémentaires, malgré le conventionnement.

Néanmoins, la direction générale de l'action sociale a tenu la mission informée de la mise en place progressive d'indicateurs médico-sociaux et médico-économiques.

La connaissance des coûts (Source DGAS)

La réforme des EHPAD a initié une démarche de mise en œuvre d'indicateurs médico-sociaux et médico-économiques afin de permettre de façon raisonnée une convergence tarifaire.

Sur la partie dépendance et soins, des indicateurs synthétiques ont pu être facilement construits :

- le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement ;*
- la valeur du point DIR dépendance ;*
- la valeur du point GIR aides-soignants et AMP ;*
- le point GIR soins.*

Les travaux sur les besoins en soins techniques se poursuivent en utilisant l'outil PATHOS de la CNAM.

Cette démarche relative aux indicateurs et à la convergence tarifaire initiée dans le secteur des EHPAD a été étendue par le décret du 22 octobre 2003 à tous les établissements sociaux et médico-sociaux.

Après de longs mois de concertation et d'expérimentation, les indicateurs de « première génération » ont été fixés par arrêtés, en juillet 2005, sur les principales catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux (IME, MAS, CMPP, CAMPS, CAT, CHRS, SESSAD, SSIAD). Un arrêté sur les services d'aide à domicile concerté avec les organismes gestionnaires a été soumis à l'ADF et à la DGCL.

Sur la partie « hébergement » des EHPAD, peu de travaux ont été entrepris puisqu'il peut y avoir une grande diversité des prestations hébergement offertes aux résidents.

En ce domaine, il est difficile de raisonner par comparaison avec les moyennes départementales constatées sur des établissements très divers. Par contre, des référentiels de coûts sur certaines prestations devraient permettre de proposer des coûts « plancher » et des coûts « plafond » et d'avoir des indices de dépenses excessives pour les résidents.

Aussi, conformément aux préconisations des inspections générales, dont l'IGAS et l'IGF, et des juridictions financières, un article inséré dans un projet de décret vise à doter les opérateurs du secteur de quelques référentiels de coûts « plancher ou plafond » comme, par exemple, la restauration, les frais de transport, l'accueil de jour, l'accueil de week-end, l'accueil temporaire, l'animation sociale, la prise en compte des facteurs de surcoûts dans certaines régions ou de certaines catégories juridiques d'établissements.

Il s'agit de compléter, de conforter et simplifier la démarche des indicateurs et d'avoir une meilleure connaissance des coûts afin de pouvoir, en application de l'article R. 314-23 du code de l'action sociale et des familles, déclarer, le cas échéant, que certains sont excessifs.

2. Connaître l'offre et les besoins

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a entrepris la constitution d'une base nationale de données permettant de suivre les indicateurs et ratios clés, tant au plan des projets en cours de montage, qu'à celui de l'accompagnement du fonctionnement des maisons d'accueil rural pour personnes âgées. Jusqu'à présent les informations collectées et analysées provenaient d'études commanditées au coup par coup, la réactivité de la fédération nationale s'en trouvant ainsi diminuée.

La collecte d'informations et leur diffusion représentent en effet un véritable enjeu pour les personnes âgées, les opérateurs et les décideurs. Ainsi, le directeur de la CNSA a répété devant la mission combien il était nécessaire que les

opérateurs sachent où, sur le territoire national, porter leurs projets de création ⁽¹⁾. On peut également citer le Président de la CNSA dans sa réponse aux conclusions du rapport précité de la Cour des comptes :

« La CNSA souhaite insister sur les éléments suivants :

Premièrement, la connaissance des besoins est indissociable d'une réflexion sur l'harmonisation des méthodes de planification et de programmation gérontologique. La loi confie sur ce point à la CNSA le rôle d'une agence d'appui aux services déconcentrés de l'État, dans leur relation avec les collectivités départementales.

Deuxièmement, pour appuyer efficacement les choix d'équipement et de financement, l'information doit porter sur des données plus fines qu'aujourd'hui, à la fois sur le plan spatial et sur le plan qualitatif. La CNSA souhaite que les « Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie » (PRIAC), créés par la loi du 11 février 2005, servent de support à ce recueil d'information.

Troisièmement, la CNSA partage la préoccupation de la Cour sur l'absence de connaissance précise des coûts résiduels pour les personnes âgées elles-mêmes, notamment en ce qui concerne l'hébergement en EHPAD. Elle souhaite pouvoir engager, ainsi qu'y invite le rapport, tous les travaux nécessaires avec les départements, mais aussi avec les administrations de l'État qui disposent de moyens d'information spécifiques (DGCCRF, DGI).

Enfin, la CNSA a conscience que cet ensemble d'objectifs doit s'inscrire dans un « schéma directeur » global des systèmes d'information sur la perte d'autonomie, qui garantisse à la fois la globalité de l'approche et l'interopérabilité des données, notamment avec le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ce point est un élément essentiel des travaux engagés par la Caisse, et fera l'objet d'un chapitre spécifique de la future convention d'objectifs et de gestion État-CNSA. »

La mission approuve d'autant plus ces objectifs qu'elle a souligné, au cours des auditions, l'enjeu démocratique de l'accès à l'information. En conséquence, il entrera dans le cadre de sa fonction de s'assurer de leur mise en œuvre.

B. ÉVALUER LES COÛTS D'INVESTISSEMENT

La question du renchérissement des coûts, lié aux contraintes techniques de sécurité, constitue une des préoccupations les plus importantes des opérateurs et porteurs de projets dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées entendus par la mission.

(1) Voir en annexe 7 le graphique positionnant les départements en fonction de leur taux d'équipement et du nombre de places en attente de financement (source CNSA).

Celle-ci estime indispensable que les conséquences financières des normes techniques et des réglementations fassent l'objet d'études d'impact sur les financements à prévoir et sur le coût de l'hébergement.

Sur ce point, et à la demande de la mission lors de sa première audition en octobre dernier, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) a apporté des précisions intéressantes :

***Le financement des EHPAD et impact des normes techniques
et des réglementations
(source DGAS)***

1/ La sécurité incendie

En ce qui concerne la sécurité incendie dans les EHPAD, la parution du type J en novembre 2001 a permis, d'une part, d'anticiper la perte d'autonomie en tenant compte du fait que dans chaque établissement, à un moment donné, une proportion plus ou moins importante des résidents n'a pas la capacité de procéder par elle-même à l'évacuation du bâtiment en cas d'incendie, et d'autre part, d'améliorer les conditions de vie des résidents. Par rapport aux dispositions relatives aux ERP de type U (établissements recevant du public), cela s'est traduit par des dispositions qui autorisent une conception de bâtiment plus proche de l'habitat que de l'hôpital.

En termes de coût, cette réglementation n'a pas d'impact plus important que la réglementation ERP de type U et n'entraîne, en principe, pas de travaux supplémentaires. Elle a pour principal effet d'améliorer la qualité de la conception architecturale des EHPAD neufs ou devant subir de grosses rénovations.

2/ L'accessibilité

Tout comme la sécurité incendie, la réglementation en matière d'accessibilité distingue les bâtiments d'habitation collectifs des établissements recevant du public, mais contrairement à la réglementation relative à la sécurité incendie, les décrets permettent de mieux prendre en compte l'accessibilité de l'ensemble des espaces alors que celle sur les ERP ne permet qu'une accessibilité des espaces ouverts au public et permettant l'accès aux services.

Il devra toutefois être tenu compte des dispositions de la loi du 11 février 2005 et des décrets et arrêtés d'application qui sont en cours de préparation.*

**Dans son article 41, la loi prévoit en ce qui concerne les ERP :*

« les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps.

« Des décrets en Conseil d'État fixent pour ces établissements, par type et par catégorie, les exigences relatives à l'accessibilité prévues à l'article L. 111-7 du code de la construction et de l'habitation et aux prestations que ceux-ci doivent fournir aux personnes handicapées. Pour faciliter l'accessibilité, il peut être fait recours aux nouvelles technologies de la communication et à une signalétique adaptée.

« Les établissements recevant du public existants devront répondre à ces exigences dans un délai, fixé par décret en Conseil d'État, qui pourra varier par type et catégorie d'établissement, sans excéder dix ans à compter de la publication de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

3/ L'installation de pièces rafraîchies

Le décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées impose l'installation d'une pièce rafraîchie dans chaque structure. Le décret distingue les établissements dont le GIR moyen

pondéré (GMP) est inférieur à 300 ou dont le GMP est supérieur à 300 mais dont la capacité est inférieure à 25 places, qui peuvent utiliser des systèmes individuels de rafraîchissement constitués d'appareils mobiles autonomes placés dans la pièce ou le local à rafraîchir, et les établissements de plus de 25 places et dont le GMP est supérieur à 300 qui sont, eux, tenus d'aménager dans un délai de 8 mois, à compter de la date de publication du décret, un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air.

L'attention des directeurs d'établissement a été attirée sur l'intérêt de s'appuyer sur un diagnostic thermique, afin que le choix du type d'équipement et de son emplacement tienne compte de l'ensemble des caractéristiques du bâtiment et de son environnement.

Pour accompagner cette obligation, un dispositif de subvention a été mis en place.

Le montant des dépenses d'équipement pris en compte pour le calcul de celle-ci a été fixé à 15 000 € par tranche de 80 lits, et le financement des installations par l'État est garanti à hauteur de 40 %.

À la mi-septembre 2005, 95,58 % des établissements concernés s'étaient dotés d'une pièce rafraîchie.

4/ La sécurité électrique

L'article 7 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 portant modernisation de la sécurité civile indique que « les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pratiquant un hébergement collectif à titre permanent sont tenus soit de s'assurer de la disponibilité de moyens d'alimentation autonome en énergie, soit de prendre les mesures appropriées pour garantir la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillance du réseau d'énergie ».

Au regard des dispositions de la loi, sont concernés pour le secteur des personnes âgées, tous les établissements bénéficiant, quel qu'en soit le niveau, d'une médicalisation prise en charge par l'assurance maladie.

À la différence des établissements de santé, les établissements médico-sociaux ont le choix de se doter de moyens autonomes (groupes électrogènes) ou de prendre les mesures appropriées pour assurer la sécurité des personnes (location d'un groupe mobile, convention avec un autre établissement ...).

L'application de cette disposition de la loi est soumise à la parution d'un décret, précisant notamment les catégories d'établissements concernés, que la DDSC doit soumettre prochainement au Conseil d'État.

Estimation des conséquences financières pour les établissements pour personnes âgées :

Si l'on considère qu'ils ont tous vocation à bénéficier d'une médicalisation, 10 500 établissements seraient concernés.

Le coût d'un groupe autonome s'établit, toutes dépenses comprises, à 120 000 € en moyenne, sachant que pour apprécier le nombre d'établissements concernés et donc le coût en résultant, les remarques suivantes s'imposent :

– environ 2 000 établissements, maisons de retraite et USLD, sont rattachés à un hôpital qui est doté ou se dotera d'un groupe autonome ;

– des établissements, en fonction de leurs caractéristiques, adopteront d'autres types de mesures.

Une estimation fine ne pourrait être réalisée que par la voie d'une enquête ciblée, compte tenu de l'hétérogénéité des établissements de ce secteur.

Il faut enfin noter que reste posé le problème de l'imputation de ces dépenses qui concernent aussi bien, s'agissant d'assurer la sécurité globale, les activités à caractère hôtelier que celles relatives aux soins.

5/ La prévention du risque lié aux légionelles

La loi n° 2004-86 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit de

réduire de 50 % l'incidence des cas de légionelloses d'ici à 2008. Cet objectif s'applique à l'ensemble des établissements médico-sociaux et en particulier aux établissements accueillant des personnes âgées.

En application de l'art R. 1321-23 du code de la santé publique, il est demandé aux gestionnaires de mettre en œuvre un programme de surveillance et de maintenance qui inclura notamment :

- la définition d'un protocole et d'un calendrier de surveillance des installations,
- la définition d'un protocole et d'un calendrier d'entretien et de maintenance,
- la mise en place d'un carnet sanitaire de surveillance de chaque installation à risque,
- le programme de surveillance et de maintenance des installations est placé en annexe de la convention tripartite lors de sa signature ou de son renouvellement.

Les gestionnaires des établissements présentant des contaminations de l'eau dépassant l'objectif cible doivent mettre en place un plan d'action comprenant :

- une expertise des installations de distribution d'eau
- la définition, le cas échéant, d'une planification de travaux de réfection des installations afin de supprimer les défauts de conception.

La circulaire conjointe DGS/DHOS/DGAS n° 493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées prévoit des enquêtes d'impact et un programme de contrôle à développer dès 2006.

Elle a été soumise aux fédérations d'établissements concernées qui, s'agissant d'un problème de sécurité des personnes hébergées, n'ont pas formulé d'observations à sa mise en œuvre.

La DGS a réalisé une évaluation de l'impact financier des mesures préconisées :

- pour 60 à 70 % des établissements, le coût serait de 1 143 € par an et par établissement, lié aux analyses et au suivi permanent de la température de l'eau chaude ;
- pour 30 à 40 % des établissements, le coût serait de l'ordre de 2 620 € à 5 637 € par établissement et par an, la variation étant fonction de l'état général du réseau et de l'ampleur des opérations à envisager (audit, traitement curatif, travaux de rénovation...).

Pour 10 500 établissements, la dépense globale se situerait dans une fourchette allant de 16 654 050 € à 30 876 300 € (hypothèse moyenne = 23 000 000 € environ).

6/ La vaccination contre la grippe

À été intégrée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, une disposition donnant un caractère obligatoire à la vaccination contre la grippe des personnels des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cette disposition concernerait environ 200 000 personnes dont le taux de vaccination est actuellement d'environ 50 %.

Le coût du vaccin étant de l'ordre de 6,50 €, la dépense globale serait de 1 300 000 €, prise en charge, en règle générale, par les établissements dans la mesure où c'est un facteur de prévention de l'absentéisme. (Coût pour un établissement de 80 lits comptant 40 agents = 260 €).

7/ Le plan de prévention et de lutte contre la grippe aviaire

La DGAS a élaboré une fiche technique « faire face à une pandémie grippale dans le secteur médico-social et social » qui concerne notamment les établissements pour personnes âgées.

La stratégie unique de prise en charge des patients en période de pandémie, définie dans le plan gouvernemental, privilégie le traitement sur les lieux de vie, à domicile ou en institution.

En conséquence, les principales actions prévues sont les suivantes :

- sensibilisation et formation du personnel à la prise en compte du risque infectieux ;

- insertion d'un volet risque infectieux dans la convention conclue avec un établissement de santé ;*
- prévision du fonctionnement de l'établissement en mode dégradé ;*
- évaluation des besoins en moyens de protection (masques) et constitution de stocks de base ;*
- mise en place de mesures « barrières » ayant pour objectif de retarder le plus possible l'entrée du virus dans l'établissement.*

Hormis la constitution de stocks de masques, ces dispositions n'entraînent pas pour les établissements de dépenses particulières.

La mission prend acte des réflexions engagées dans ces différents domaines, mais soutient que les exigences de mise aux normes des commissions de sécurité incendie posent des difficultés budgétaires majeures pour un certain nombre d'établissements.

C. ENCOURAGER D'AUTRES COMPORTEMENTS DANS LA FAÇON DE SOIGNER

Si les charges d'amortissement liées à l'investissement peuvent représenter un quart à un tiers du prix de journée d'un établissement neuf ou récemment rénové, les charges de personnel constituent par ailleurs le poste en général le plus important du tarif hébergement. Elles varient dans les exemples portés à la connaissance de la mission de 30 % à 50 % du total du tarif.

À la différence du représentant de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) qu'elle a auditionné, la mission considère qu'il est excessif d'attribuer aux seuls taux d'encadrement et aux problèmes d'absentéisme – qui sont néanmoins réels et liés aux conditions de travail difficiles – la variation des coûts d'hébergement constatée entre les établissements.

Il est en revanche utile de se poser la question de la valorisation des métiers d'aide aux personnes âgées, afin de les rendre plus attractifs, ainsi que de la formation plus large des personnels à des techniques de soins non agressives privilégiant la douceur à travers le regard, la parole et le toucher.

1. Une répartition des charges de personnel soignant trop schématique et, dans la pratique, détournée

Effectifs et taux d'encadrement dans les maisons de retraite et les USLD

	Effectifs ETP au 31/12/2003	Nombre d'ETP pour 100 résidents
1 – Personnel administratif et de direction	19 100	4
2 – Services généraux (hors ménage)*	23 700	5
3 – Personnel éducatif, social et d'animation	14 000	3
4 – Personnel médical et paramédical	13 500	3
5 – Personnel infirmier	23 800	5
6 – Personnel aides-soignants (vc AMP)	77 900	16
7 – Personnel agent de service et d'entretien**	106 000	22
TOTAL	278 000	57
<i>dont taux pour personnel de contact (3 à 7)</i>		49
<i>dont taux personnel soignant (4+5+6)</i>		24

* Préparation des repas, entretien des bâtiments

** Nettoyage des locaux, distribution des repas, entretien du linge

Source : Enquête EPHA – DREES, Enquête Emploi – INSEE, ex-Commissariat général du Plan.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a, par ailleurs, fourni à la MECSS les données suivantes concernant les ratios d'encadrement par résident dans les maisons de retraite publiques autonomes et les unités de soins de longue durée (USLD) :

		Maison de retraite publique autonome	USLD
HEBERGEMENT	Direction	0,0432	0,0316
	Services généraux	0,1134	0,0711
	Agent de service hospitalier (ASH) (70 %)	0,1285	0,1328
	Animation	0,0216	0,0158
<i>Sous-total 1</i>		<i>0,30</i>	<i>0,26</i>
DEPENDANCE	Aide-soignant (30 %)	0,04212	0,1067
	ASH (30 %)	0,05508	0,0569
<i>Sous-total 2</i>		<i>0,10</i>	<i>0,16</i>
SOINS	Médecin	0,0054	0,0158
	Aide-soignant (70 %)	0,09828	0,2488
	Infirmier (IDE)	0,0378	0,1106
<i>Sous-total 3</i>		<i>0,14</i>	<i>0,37</i>
TOTAL GENERAL		0,54	0,79

D'après les données reconstituées par la FHF, le taux d'encadrement en France (personnels imputés sur les sections dépendance et soins) est de l'ordre de 0,24.

À titre comparatif, la MECSS a recueilli des informations sur la situation de la Belgique, souvent citée en exemple. Dans ce pays, les effectifs en personnels respectent des normes qui s'échelonnent de 11 à 13 soignants (aides-soignants et infirmiers) pour 30 résidents, soit un taux de 0,36 à 0,43 pour 100 résidents.

Ces chiffres méritent toutefois d'être nuancés au regard de la répartition des charges de personnel. **Ainsi, en Belgique a été fait le choix d'intégrer l'ensemble du personnel amené à pratiquer des soins dans un forfait unique couvrant soins et assistance. Ce forfait prévoit non seulement leurs salaires, le financement du petit matériel de soins, l'intervention d'un médecin coordonnateur, mais aussi un financement de la formation aux soins palliatifs.** Au contraire, en France, les charges de personnel se répartissent entre trois sections tarifaires conformément au tableau suivant :

Répartition des charges de personnel entre les trois sections d'imputation tarifaire

Personnel	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction, administration	100 %		
Restauration, services généraux	100 %		
Animation, service social	100 %		
Agents de service hospitalier	70 %	30 %	
Psychologue		100 %	
Aide-soignant qualifié (ASQ)		30 %	70 %
Aide médico-psychologique			100 %
Auxiliaires médicaux			100 %
Pharmacien, préparateur en pharmacie			100 %
Médecin			100 %

Les postes d'aide-soignant qualifié (ASQ) et d'aide médico-psychologique (AMP) sont financés à 70 % par les soins et à 30 % par la dépendance, dès lors que ce personnel est diplômé ou en cours de formation dans un centre agréé, et uniquement lorsqu'il exerce effectivement les fonctions qui sont attachées à ces professions.

Les postes des personnels n'entrant pas dans cette catégorie, mais faisant cependant fonction d'aides-soignants sont financés à hauteur de 70 % par l'hébergement et à hauteur de 30 % par la dépendance, tout comme les postes des agents de service.

De même, les charges d'une aide-soignante « détachée à temps plein sur des fonctions d'animation » seront imputées à la section tarifaire « hébergement ».

Si un ASQ partage son activité entre l'animation et les soins, la répartition des charges financière sera réalisée au *pro rata* des différentes activités.

– Concernant les auxiliaires médicaux :

Les postes de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de pédicures-podologues, dès lors que les titulaires sont diplômés d'État, sont financés par la section « soins ».

La rémunération des diététiciens est imputée sur la section tarifaire « hébergement », car leur intervention n'est pas soumise à une prescription préalable d'un médecin, ils ne prescrivent pas d'actes remboursables, et exercent leur métier dans d'autres champs que celui du sanitaire ou du médico-social (restauration scolaire, d'entreprise...).

– Concernant les agents de service :

Ils sont pris en compte à 30 % sur le budget « dépendance », dès lors qu'ils interviennent auprès du résident.

Ainsi, parmi le personnel de cuisine, il convient de distinguer les agents travaillant uniquement en cuisine à la préparation des repas et à l'hygiène des locaux de ceux qui sont affectés au service des repas. Seuls, ces derniers peuvent être imputés sur le budget « dépendance ».

Par ailleurs, les ouvriers d'entretien, même s'ils ont la qualification d'agents de service, relèvent des services généraux et, donc, de la section tarifaire « hébergement »⁽¹⁾.

Beaucoup d'établissements ont recours, de manière malheureusement non quantifiable, à des agents de service qui interviennent auprès des résidents pour des soins de toilette par exemple, et dont le coût est imputé sur la section hébergement à 70 %. Si l'on considère que ces agents participent aux soins d'hygiène, on peut considérer que la prise en compte de leur travail améliore le taux d'encadrement. Par ailleurs, les agents de service sont souvent, avec les aides soignants, les personnes qui côtoient le plus les résidents tout au long de la journée.

Mais se pose alors la question de leur qualification et de leur ventilation suivant les sections tarifaires relatives aux soins et à l'hébergement.

La mission considère indispensable d'identifier clairement les personnels qui assistent les personnes hébergées dans les actes de la vie quotidienne. Elle insiste surtout sur la nécessité de leur assurer une formation qualifiante dans la mesure où ils participent concrètement à l'accompagnement de personnes âgées vulnérables. Les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services peuvent désormais être co-financées par la caisse nationale de solidarité

(1) Textes de référence :

– Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié (article 6) ;

– Circulaire DGAS/DHOS n° 2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre du décret susvisé.

pour l'autonomie (CNSA). La mission surveillera particulièrement cette contribution de la CNSA à la formation qualifiante des personnels des établissements d'hébergement qui figure parmi les objectifs majeurs de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA pour 2006-2009 ⁽¹⁾. La mission souhaite, qu'au-delà de ces dispositions, soit mis en place un grand programme de formation qualifiante à destination des personnels soignants ainsi que des agents de service appelés auprès des personnes hébergées.

2. Un exemple de formation du personnel à retenir

Certains directeurs d'hôpitaux accueillant des personnes âgées très dépendantes et certains gériatres entendus par la MECSS ont souligné que d'autres façons de faire pouvaient très nettement améliorer l'état des résidents, à condition de former les soignants à certaines techniques.

L'attention du personnel est effectivement indispensable au bien-être des résidents. La parole, associée à certains gestes techniques, est aussi utile que les médicaments et fait malheureusement trop souvent défaut. À cet égard, la visite par la mission de l'unité, dite « Alzheimer », de l'hôpital intercommunal de Marmande-Tonneins (Lot-et-Garonne) a été riche d'enseignement. Le personnel soignant de cette unité de 25 places, ouverte il y a quatre ans, a acquis dans le cadre des plans de formation traditionnels, des techniques de soins élaborées par M. Yves Gineste et décrites dans son ouvrage intitulé « Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux » rédigé avec M. Jérôme Péllissier ⁽²⁾. L'humanité y est définie comme l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce. Ses piliers sont le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Ce sont aussi les outils préliminaires aux soins pour accompagner les personnes démentes séniles. Le regard doit être en premier lieu mis au niveau de la personne et se prolonger. La parole sert à décrire les gestes. Le toucher doit être d'abord proposé sur des zones neutres, comme l'avant-bras ou l'épaule, afin de ne pas provoquer de réaction de défense.

Ne disposant pas de plus de temps à consacrer aux personnes âgées que dans un autre établissement, l'équipe soignante a cherché une autre organisation. La qualité de vie des résidents et l'épanouissement du personnel y sont manifestes. Il en découle un taux d'absentéisme du personnel très faible et une consommation médicamenteuse des résidents très réduite (4 d'entre eux seulement sur 25 se voient administrer des somnifères). Les patients ne s'alitent qu'au terme de leur vie, en moyenne une semaine avant de mourir, alors que la grabatisation dure souvent de six mois à deux ans dans d'autres structures.

(1) Voir en annexe l'annexe III de la convention d'objectifs et de gestion État-CNSA 2006-2009 sur l'organisation des financements des actions innovantes, de modernisation des services et de professionnalisation des métiers en gérontologie, des actions d'animation, de prévention et d'études en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées.

(2) Éditions Bibliophane – avril 2005.

Par ailleurs, il faut retenir de l'exemple belge que l'assurance maladie (INAMI) assume dans les structures accueillant des personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour) un forfait journalier couvrant soins et assistance qui inclut un financement destiné à la formation et à la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs.

D. POURSUIVRE LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Les auditions de la mission ont confirmé le manque d'intégration des compétences du secteur sanitaire et du secteur médico-social pour mettre en place une offre globale adaptée aux besoins évolutifs des personnes âgées. Malgré la mise en place progressive d'outils de coordination, l'impression générale est qu'il existe encore une accumulation des compétences et non une articulation efficace, alors que celle-ci est jugée indispensable.

La mission insiste sur la nécessité de procéder à une approche globale, c'est-à-dire pluridisciplinaire, adaptée aux pathologies et au risque de la dépendance de la personne, ainsi qu'à sa situation sociale. Des recommandations de bonnes pratiques mériteraient d'être généralisées concernant la prise en charge des personnes âgées.

Aussi, suivra-t-elle de près la réalisation des objectifs des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), parmi lesquels les articulations sanitaires et sociales qui entrent dans leur périmètre. La continuité de la filière gérontologique est en effet un des axes inscrits dans la première version des PRIAC.

1. Les dispositifs de planification sanitaire existent et évoluent

a) Les recommandations des circulaires favorisent l'établissement de passerelles entre les secteurs sanitaire et médico-social

Une circulaire de 2002 ⁽¹⁾ a tracé les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques. Elles s'articulent autour de trois axes : le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admissions courtes (court séjour gériatrique et intervention des équipes mobiles) et l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). L'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau. La mise en œuvre de ces dispositions passe par un volet spécifique du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et un projet de prise en charge des personnes âgées au sein de chaque établissement de santé.

(1) Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/N° 2002/157 du 18 mars 2002.

« Ainsi, la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement »⁽¹⁾.

La mission partage d'autant plus cette position qu'elle a été alertée sur l'accélération de la grabatisation des personnes lors d'un séjour en hôpital, non pas du fait de leur pathologie, mais en raison d'une prise en charge inadaptée⁽²⁾.

Les réseaux de santé doivent s'articuler avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le dispositif des CLIC, opérationnel depuis 2001, vise à rassembler toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Il s'inscrit dans une politique publique territorialisée définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Les réseaux relèvent de l'organisation du système de santé, définie dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Une lettre de la DGAS de 2004⁽³⁾ précise la complémentarité des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques. Or, leurs publics ne se recoupent que partiellement : les CLIC s'adressent à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels intervenant autour d'elles, alors que les réseaux concernent les personnes souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Il en découle des difficultés pour rendre cohérentes et compatibles les deux structures et permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder au service attendu.

b) Ces recommandations sont reprises dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS)

La circulaire de 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^e génération⁽⁴⁾ insiste sur l'attention à porter à *« la prise en charge des personnes âgées qui doivent pouvoir bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique »*.

Cette filière passe par le renforcement de l'accès aux soins de proximité en s'appuyant sur les médecins traitants généralistes, les hôpitaux locaux et les établissements de santé publics et privés. Elle s'appuie aussi sur des services de court séjour gériatrique et suppose d'améliorer les réponses d'aval parmi lesquelles l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

(1) Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/N° 2002/157 du 18 mars 2002.

(2) Audition du 19 janvier 2006 : intervention du D^r Bonnevey.

(3) Lettre DGAS/DHOS2C/03 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux gérontologiques.

(4) Circulaire n° 101/DHOS/O/2004/du 5 mars 2004.

2. L'amélioration de la fluidité des services à offrir pourrait passer par des « références de bonnes pratiques » visant une prise en charge globale de la personne âgée

L'objectif d'une organisation en réseau est l'amélioration de la prise en charge préventive des personnes âgées, pour non seulement retarder la survenue ou l'évolution de la perte d'autonomie, mais aussi, et en premier lieu, éviter des séjours hospitaliers répétés, à durée allongée, au cours desquels le risque de décompensation des patients est notoire.

a) Les interrogations de la mission rejoignent les questions débattues au sein du groupe de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le devenir des USLD

Ainsi qu'il a été indiqué dans la présentation des USLD, un groupe de travail de l'IGAS, présidé par M. Michel Thierry, s'interroge sur les conditions de requalification des USLD. Les mesures d'accompagnement à concevoir ont pour objectif de favoriser la complémentarité entre secteurs sanitaire et social.

Quelles que soient les conclusions de ce groupe de travail, la mission rejoint ses interrogations relatives :

- aux moyens de développer le travail en réseau entre structures sanitaires et médico-sociales,
- à l'intervention de services d'hospitalisation à domicile (HAD) et la permanence de soins infirmiers dans les maisons de retraite,
- au renforcement de la mission d'accueil des USLD,
- à la nécessité de créer des postes de directeurs de filières gériatologiques chargés de coordonner les composantes hospitalières et d'animer les réseaux médico-sociaux.

La mission estime que ce travail de requalification des USLD est d'autant plus utile que la France ne compte que 1 500 médecins généralistes ayant la capacité de gériatrie et moins de cent gériatres⁽¹⁾ qui exercent essentiellement dans les hôpitaux. Or, ne disposant pas d'un encadrement adapté, les établissements d'hébergement médico-sociaux risquent de rencontrer des difficultés à prendre en charge les patients des USLD à pathologies lourdes.

(1) Données de la DHOS – audition du 1^{er} décembre 2005.

b) La mission préconise la mise en œuvre de « références de bonnes pratiques »

Les bonnes pratiques sont à envisager, d'une part entre les structures des deux secteurs sanitaire et social et médico-social, et d'autre part auprès des personnes âgées.

- La mission considère que les bonnes pratiques à mettre en place doivent être communes aux secteurs sanitaire et social et médico-social et ne pas être seulement diffusées au sein de l'un et de l'autre.

La Haute autorité de santé (HAS), créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dispose en effet de sa légitimité d'organisme d'expertise public et indépendant pour engager un travail en liaison avec les organisations du champ social et médico-social et pour envisager, en plus des recommandations médicales et professionnelles, un accompagnement social, voire psycho-social et familial.

La mission suggère qu'une collaboration puisse être établie entre la Haute autorité de santé (HAS) et le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS). Elle aurait pour objectif d'élaborer des recommandations visant à assurer une prise en charge continue des personnes âgées entre les secteurs sanitaire et social, et médico-social.

Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS), créé par la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a en effet pour vocation de valider les bonnes pratiques professionnelles. En février 2006, il a rendu publics les résultats de son étude visant un état des lieux des « procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ». À titre d'exemple, ont été classés dans la rubrique des bonnes pratiques : la prise en compte de la douleur, le respect de l'intimité et de la pudeur, une méthode ergomotrice pour personnes âgées, l'accompagnement en fin de vie, la prévention de la maltraitance. C'est dans ce domaine que le CNESMS a recueilli le moins d'éléments sur les démarches engagées par les institutions et services sociaux et médico-sociaux, ces derniers ayant davantage développé les outils concernant les modes de gestion et la communication. L'étude souligne néanmoins que les acteurs du champ social et médico-social sont mobilisés et ont engagé des réflexions dans ce domaine.

- Un des outils les plus pertinents pour permettre un accompagnement coordonné de la personne âgée est le réseau de gérontologie constitué entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les établissements médico-sociaux et les organisations à vocation sanitaire et sociale, parmi lesquels les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Son organisation peut désormais prendre la forme d'un groupement de coopération.

Sur ce point, des progrès ont été accomplis dans le cadre de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des

familles) qui a permis aux établissements sociaux et médico-sociaux de constituer des groupements de coopération, afin de collaborer ensuite avec les établissements de santé publics ou privés. Le décret relatif aux modalités de coopération entre établissements pour la constitution de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés vient d'ailleurs tout juste d'être publié⁽¹⁾. Il y est prévu (article R. 312-194-4 du code de l'action sociale et des familles) que les groupements peuvent concourir à l'amélioration de la qualité de leurs prestations en développant et diffusant des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques, en lien avec les travaux du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS).

Dans la mesure où le groupement de coopération devient le cadre naturel des coopérations et des réseaux, il conviendrait, par ailleurs, que les professionnels disposent de références de bonnes pratiques prenant en compte la diversité des possibilités d'accompagnement de la personne âgée. Cet accompagnement, envisagé de manière globale, et organisé à partir d'une évaluation prenant en compte l'histoire, ainsi que l'environnement social et psychologique de la personne, doit être encore davantage développé.

Ces bonnes pratiques auraient pour but d'accompagner les personnes pendant un éventuel séjour à l'hôpital ou un traitement ambulatoire, mais aussi après leur sortie, à domicile comme en établissement. Des actions thématiques pourraient être définies et développées, parmi lesquelles la prévention, la qualité des soins, l'accompagnement social ou la formation adaptée à la prise en charge de la dépendance. On constate qu'il n'existe pas encore en France de termes traduisant les pratiques du « *health care* » et du « *social care* » qui allient des interventions médico-sociales, sociales, paramédicales et sanitaires⁽²⁾. L'écoute de la parole de la personne âgée dépendante et de son entourage est encore trop négligée, alors que dans tous les lieux créés à cette intention, on constate qu'elle soulage et répond à un besoin⁽³⁾.

Les bonnes pratiques que la mission encourage impliquent une autre approche des soins des personnes. Dans les établissements accueillant des personnes très dépendantes, il est de plus en plus mis en évidence que la qualité des soins repose sur des méthodes spécifiques à acquérir. Elles évitent une surconsommation médicale non seulement coûteuse, mais inutile, les gériatres précisant qu'administrer plus de trois médicaments à une personne âgée pouvait leur être préjudiciable. L'information et la formation sont donc des éléments d'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables, auxquels la mission est particulièrement sensible.

(1) Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Audition de M. Claude Martin du 2 février 2006.

(3) Audition de Mme Isabelle Donnio du 19 janvier 2006.

Préserver la diversité de l'offre est aussi un élément des bonnes pratiques en faveur d'une prise en charge globale. Sur ce point, la mission retient que les foyers-logements en milieu urbain et les maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) sont des formules adaptées qui répondent à un besoin de proximité. Le manque d'intégration dans les réseaux en gérontologie qu'on peut leur reprocher commence à être comblé, en partie grâce aux travaux entrepris par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ⁽¹⁾.

Comme on peut le constater sur le terrain, les bonnes pratiques se développent de manière informelle. Elles gagneraient désormais à faire l'objet d'un référentiel que la mission souhaite voir établi.

(1) Audition du 15 décembre 2005.

III.- LES DISPOSITIFS À METTRE EN PLACE POUR RÉDUIRE LE COÛT D'HÉBERGEMENT À LA CHARGE DES RÉSIDENTS ET LES FINANCEMENTS SUPPLEMENTAIRES ENVISAGEABLES

A. DÉGAGER DES MARGES DE MANOEUVRE FINANCIÈRES GRÂCE À UNE OPTIMISATION ET UNE RECONVERSION DE L'OFFRE GÉNÉRALE DE SOINS ET D'ACCUEIL

Au cours des travaux de la mission, l'accent a souvent été mis sur la possibilité de dégager des marges de manœuvre financières en faveur de l'hébergement des personnes âgées, grâce à une optimisation et une reconversion des moyens globaux de l'assurance maladie affectés au secteur sanitaire et au secteur médico-social.

Une telle démarche présenterait le double intérêt d'améliorer la pertinence générale de l'offre de soins et d'augmenter les capacités d'accueil des personnes âgées, sans augmenter les coûts à la charge de la collectivité et des personnes âgées. Elle suppose toutefois une prise en compte globale de l'offre de soins et d'accueil, au-delà du clivage actuel entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social mais aussi à l'intérieur des établissements hospitaliers.

Ainsi, selon les informations de la direction du budget ⁽¹⁾, l'assurance maladie a constaté que 18 % des journées d'hospitalisation en lits de médecine concerneraient des personnes qui relèvent bien davantage du secteur médico-social. Un gisement d'économies pourrait donc être mobilisé avec pour objectif d'accroître le ratio coût/efficacité en réaffectant les sommes ainsi débloquées aux structures nécessaires pour répondre aux besoins de la collectivité, et en particulier ceux des personnes âgées, cette proposition ne pouvant évidemment être envisagée que dans une logique de maîtrise du coût d'hébergement à la charge des résidents. Ces marges de manœuvre bénéficieraient aux personnes âgées dont les revenus sont insuffisants pour couvrir le montant du « reste à charge » facturé par les établissements d'hébergement.

Au sein même de l'hôpital, des restructurations pourraient également permettre une meilleure organisation des soins pour personnes âgées. On estime que dans certaines régions, près de 10 % du parc hospitalier proposent des services ne correspondant plus aux besoins de la population du territoire qu'ils desservent. Tant que l'offre de ces établissements ne fait pas l'objet de restructurations, des crédits continuent de leur être alloués, alors que leur activité est déficitaire. Sur ce point, les documents transmis par la Fédération hospitalière de France (FHF) dans le cadre de son audition par la mission précisent que les crédits d'assurance maladie consacrés à une journée d'hospitalisation en service de chirurgie varient généralement de 400 à 800 euros par jour, selon les spécialités pratiquées, tandis

(1) *Audition du 1^{er} décembre 2005 de M. François Carayon, sous-directeur de la 6^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.*

que le tarif soins d'une unité de soins de longue durée (USLD) s'élève en moyenne, hors région parisienne, à 50 euros par jour. Ces chiffres illustrent l'effet de levier considérable que comportent les activités d'hébergement pour personnes âgées pour les ressources de l'assurance maladie. Par ailleurs, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)⁽¹⁾ a précisé à la mission que les établissements hospitaliers sont désormais encouragés à donner la priorité à la constitution d'équipes mobiles gériatriques appuyées sur des services de court séjour, et non pas à l'augmentation des services de médecine polyvalente.

La recomposition éventuelle d'activités de chirurgie appelées à disparaître en activité d'hébergement pour personnes âgées, ainsi que la rationalisation des pratiques hospitalières, constituent donc également un potentiel d'économies dont la mobilisation relève de la planification et de l'organisation des soins.

Cette optimisation de la prise en charge des personnes âgées par la rationalisation globale de l'offre et des pratiques actuelles pourrait être mise en oeuvre dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Les SROS, outils stratégiques de planification hospitalière élaborés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ont en effet pour objectif, non seulement de développer les réponses médicales adaptées aux besoins, mais aussi de favoriser le lien indispensable entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. On rappellera également que l'objectif des futurs programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est aussi d'améliorer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour assurer la continuité de la filière gériatrique.

Comme cela a été souvent souligné devant la mission, le développement de passerelles, l'évaluation des possibilités de redéploiements entre les enveloppes hospitalières et médico-sociales et les conséquences qu'il faut en tirer en termes de planification sont, bien entendu, subordonnés à un renforcement de la collaboration entre les autorités compétentes publiques (ARH, directions départementale et régionale des affaires sanitaires et sociales ...). La DHOS considère le renforcement de cette collaboration comme incontournable et la mission l'appelle également de ses vœux.

B. RÉDUIRE LE COÛT D'HÉBERGEMENT FACTURÉ AUX RÉSIDENTS

1. Réorganiser le contenu des sections tarifaires des EHPAD

Les dépenses liées à l'administration des établissements – dont le coût des personnes gérant le personnel soignant et les amortissements liés à des opérations de travaux – sont à la charge des résidents. Un tel traitement qu'on ne retrouve, par exemple, ni à l'hôpital, ni dans le champ du handicap, mérite d'être révisé en faveur des personnes âgées.

(1) Audition du 1^{er} décembre 2005 de Mme Myriam Revel, sous-directrice en charge de l'organisation du système de soins à la DHOS au ministère de la santé et des solidarités.

Il pourrait être envisagé d'opérer un réaménagement du contenu des sections tarifaires, au terme duquel les actuelles prestations d'hébergement concernant :

- les dépenses de personnel administratif, les dépenses afférentes à l'animation, dont la vocation thérapeutique est reconnue, qui pourraient être mises à la charge de l'assurance maladie ;

- les agents de service effectuant des soins de base qui pourraient être, après une formation qualifiante, imputés aux sections soins et dépendance ;

- les frais d'amortissement des investissements et aménagements nécessaires en raison du niveau de dépendance des résidents qui pourraient être à la charge du département, lequel arrête les tarifs de la section dépendance et finance l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Par ailleurs, le « reste à charge » des personnes hébergées se compose, d'une part du tarif hébergement, d'autre part de la partie du tarif dépendance correspondant au niveau de dépendance le plus faible (GIR 5-6). En application de l'article L. 323-8 du code de l'action sociale et des familles, les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), quels que soient leur niveau de dépendance et le montant de l'APA versée, ont également à leur charge cette partie du tarif dépendance communément appelée « talon ». Il est proposé que cette somme ne soit plus déduite du montant de l'APA attribuée aux résidents classés GIR 1 à 4. Le résident bénéficiaire de l'APA se trouverait ainsi soulagé de sa participation qui s'élève à 6 euros environ par jour dans les EHPAD gérés par la ville de Paris, à 4 euros dans le département des Vosges, ainsi que dans l'USLD à orientation Alzheimer de Marmande-Tonneins (Lot-et-Garonne) visitée par la mission.

Ces recommandations impliquent de revoir la répartition du montant des charges entre les financeurs, ce qui fait l'objet d'autres préconisations de la MECSS.

2. Adapter la réglementation relative aux normes de sécurité

Les investissements à réaliser en matière de mise aux normes de sécurité sont très lourds : ils peuvent atteindre plusieurs millions d'euros, même pour des bâtiments en bon état de trente ou vingt ans d'âge.

Par exemple, la mise aux normes de sécurité incendie a été chiffrée à 9 000 euros par lit dans la circulaire d'avril 2001 de la direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DGAPB) du ministère de la santé. Elle a été estimée à 500 000 euros par foyer-logement par le CCAS de Besançon.

Une mesure d'urgence a cependant été prise dans le cadre de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour

2006. En effet, le paragraphe III de l'article 51 de la loi précitée permet d'affecter les crédits non consommés de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à des opérations d'investissement et d'équipement destinés à la mise aux normes techniques et de sécurité et à la modernisation des locaux des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA.

Les crédits non consommés de la CNSA s'élevaient à environ 500 millions d'euros à la fin de l'année 2005. Selon la règle de partage habituelle, 350 millions d'euros seront affectés aux dépenses relatives aux personnes âgées dépendantes et 150 millions d'euros à celles relatives aux personnes handicapées. Pour 2006, dernière année où structurellement des crédits pourraient ne pas être consommés, la CNSA prévoit de dégager 188 millions d'euros d'excédent. Ces crédits ne sont pas destinés à financer l'intégralité des dépenses de mise aux normes de sécurité, qui restent du ressort des établissements, mais à servir de levier pour dégager des fonds suffisants permettant à ces établissements de réaliser les investissements nécessaires.

Toutefois, les dépenses ainsi financées n'auront qu'un caractère strictement ponctuel, et pour éviter que ces travaux de sécurité pèsent sur le prix de journée, un soutien financier public est indispensable. Celui-ci pourrait prendre la forme, soit d'un fonds de modernisation, soit d'une baisse des impositions fiscales ou des charges sociales, ou encore de prêts à taux zéro.

Il serait également indispensable de revoir les textes sur la sécurité incendie dont les contraintes sont hors de proportion avec les risques encourus. En outre, de nombreux établissements observent que les exigences des commissions de sécurité dépassent de plus en plus souvent la lettre des textes.

3. Relancer les crédits d'aide à la pierre ou d'aide au producteur

Les opérateurs devraient pouvoir recourir plus largement à ces types de prêts aidés.

La Direction de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction estime à 2 000-2 500 le nombre de places financées chaque année depuis trois ans à l'aide du prêt locatif social (PLS).

Lors de son audition, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a annoncé aux membres de la MECSS qu'en accord avec le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, l'accès au PLS serait généralisé progressivement d'ici 2008 à tous les projets d'EHPAD. On peut regretter qu'aucune précision n'ait été apportée sur le volume des prêts qui pourront être accordés pour dynamiser de manière significative les investissements nécessaires dans ce secteur.

La généralisation des prêts aidés confirme l'appréciation d'ores et déjà faite des demandes de PLS par les directions départementales de l'équipement (DDE), selon trois critères qui ne tiennent plus compte de la vocation médico-sociale des projets, mais qui sont liés aux conditions de logement. En effet, peuvent être financés par des PLS, des projets ou des établissements proposant aux résidents un logement à titre principal (ce qui exclut l'accueil de jour), ayant une surface minimale (20 m² pour une chambre individuelle) et dont la redevance d'habitation (loyers + charges) est individualisée dans le tarif hébergement. Cet assouplissement des conditions de financement des établissements à l'aide des PLS a été officiellement confirmé par une circulaire ministérielle du 1^{er} mars 2006 relative à la mise en oeuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État pour 2006.

Ces nouvelles dispositions devraient permettre à des EHPAD publics qui n'ont pas *a priori* statutairement vocation à gérer des logements de recourir au PLS et de bénéficier de ses avantages connexes, dont le régime de TVA à 5,5 % sur les investissements. Elles permettraient également à leurs résidents qui remplissent les conditions de bénéficier de l'aide personnalisée au logement (APL).

4. Assouplir certaines règles comptables et financières

Compte tenu du rôle déterminant des conseils généraux dans la prise en compte des amortissements et de la diversité des modes de financement, la mission propose des améliorations de nature à optimiser et à faciliter les investissements.

a) Amortir les subventions d'investissement pour neutraliser l'impact de l'amortissement obligatoire des biens sur le prix de journée

La direction générale de l'action sociale (DGAS), la direction du Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP), les services du Conseil général des Vosges, ainsi que certains établissements distributeurs de prêts aidés, ont exposé à la mission l'intérêt du mécanisme de l'amortissement des subventions d'investissement pour en alléger le poids sur le prix de journée.

En effet, tous les biens immobiliers et mobiliers, les gros travaux et les équipements (de sécurité, en matériel...) sont obligatoirement amortis. Or, l'amortissement des investissements qu'ils représentent est à la charge du résident, imputé sur le tarif hébergement qui augmente d'autant.

Par ailleurs, ces investissements peuvent être en partie financés par des subventions des collectivités territoriales. Les départements dans cette situation considèrent payer à deux reprises les biens dont la construction ou l'achat a fait l'objet de subventions : une première fois en accordant une subvention, une deuxième fois en prenant en charge, au titre de l'aide sociale à l'hébergement, le prix de journée augmenté des amortissements. C'est pourquoi, certains

départements font le choix d'amortir la subvention qu'ils accordent pour en neutraliser l'impact sur le prix de journée.

En d'autres termes, lorsque les subventions ont un caractère amortissable (on dit aussi « transférables » ou « reprises » dans le budget d'exploitation), l'impact de l'investissement sur le prix de journée est neutralisé. Lorsqu'elles ne sont pas amorties, elles renforcent les fonds propres de l'établissement et ont pour conséquence une augmentation du coût du tarif hébergement financé dans les faits soit par le résident ou sa famille, soit par le département au titre de l'aide sociale.

Actuellement, les collectivités territoriales décident librement des modalités d'attribution et d'amortissement de leurs subventions. Le dispositif de l'amortissement de la subvention vient d'être accordé au Centre d'action sociale de la ville de Paris pour moderniser ses établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans le département des Vosges, le règlement comptable, soumis à l'assemblée départementale qui en a pris acte, permet également un tel mécanisme dit de « reprise sur subvention » (voir *infra* le tableau sur l'impact de l'aide à la pierre).

Par ailleurs, la DGAS a précisé à la mission qu'un décret budgétaire et comptable, en cours de signature par les ministres compétents, permettrait bientôt aux EHPAD d'affecter leurs excédents d'exploitation au financement des gros travaux et des équipements de sécurité. Cette disposition sera accompagnée d'un mécanisme comptable de compensation des dotations aux amortissements, de même nature que celui applicable aux subventions d'investissement, et n'entraînera donc pas d'augmentation des tarifs d'hébergement.

En conclusion, la mission retient qu'une politique d'aide à la pierre des collectivités territoriales, sous forme de subventions, accompagnée d'un mécanisme d'amortissement des subventions, a un véritable impact sur le montant du prix de journée. Une subvention non amortissable, quant à elle, est capitalisée par l'établissement qui peut néanmoins l'utiliser pour acheter d'autres biens ou entreprendre d'autres travaux.

b) Autoriser les établissements publics sociaux et médico-sociaux à placer leurs excédents de trésorerie

Selon la Direction générale de l'action sociale (DGAS), les établissements publics sociaux et médico-sociaux, dont la majorité est constituée de maisons de retraite, détiennent d'importantes disponibilités évaluées en moyenne à 90 jours de charges d'exploitation. Ces excédents de trésorerie se sont accrus en raison notamment du passage des paiements mensuels des résidents du « terme échu » au « terme à échoir » et de la mise en place d'un dispositif de caution. Or, à la différence des établissements du secteur privé associatif et du secteur commercial, les établissements publics, soumis à une obligation de dépôts auprès de l'État

identique à celle applicable aux collectivités territoriales ⁽¹⁾, n'ont pas la possibilité de placer leurs excédents et de dégager des ressources supplémentaires au profit d'investissements améliorant la qualité de vie de leurs résidents.

Il conviendrait de permettre aux maisons de retraite publiques d'optimiser leurs réserves de trésorerie qui ont été estimées à 109 millions d'euros en 2002. Les produits des placements éventuels assureraient l'autofinancement d'une partie considérable de leurs investissements.

5. Harmoniser certains éléments de la fiscalité applicable aux EHPAD

La question de la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) a fait l'objet d'une note demandée par la mission à la direction générale de l'action sociale (DGAS). Dans ce document, qui alimente utilement le débat, figurent les éléments suivants sur la situation fiscale des EHPAD publics :

Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics sont dans une situation fiscale qui mérite d'être analysée et d'évoluer.

*En effet, aux termes de l'article 279 du code général des impôts, ces établissements se trouvent assujettis à la taxe à la valeur ajoutée au taux réduit de 5,5 % pour leurs prestations relatives à la fourniture de logement et de nourriture dans les maisons de retraite, ce que l'on appelle le **prix de journée hébergement**. Il en est de même pour les prestations exclusivement liées à l'état de dépendance des personnes âgées hébergées dans ces établissements et qui sont dans l'incapacité d'accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne, telle qu'elle est déterminée par la grille AGGIR, et dont le montant est fixé par le tarif dépendance, arrêté par le président du conseil général.*

L'article 256 B prévoit le non assujettissement des personnes morales de droit public, pour l'activité de leurs services sociaux, lorsque ce non assujettissement n'entraîne pas de distorsions dans les conditions de la concurrence. Mais rien n'indique que les EHPAD publics sont des services sociaux. Par ailleurs, des établissements similaires sont assujettis à la TVA, posant ainsi la question de la concurrence et de sa distorsion.

Dans ces conditions, on peut être surpris que l'article 261-4-1^o ter dudit code réserve aux seuls établissements privés l'exonération de TVA sur le forfait global de soins, laissant entendre que seuls les établissements publics y seraient assujettis et au taux normal, c'est-à-dire 19,6 %. Il serait plus judicieux que l'ensemble du secteur soit assujetti à un taux réduit de 2,1 % car ces établissements sont, pour le tarif soins, complètement financés par la sécurité sociale.

Corrélativement, ces établissements, dès lors qu'ils s'acquittent de la TVA, ne devraient plus être redevables de la taxe sur les salaires, ainsi que le prévoit l'article 231 du code général des impôts.

Par contre, la situation est plus délicate au regard de l'imposition sur les sociétés. En effet, les établissements publics y sont assujettis pour leurs opérations lucratives. L'accueil de personnes âgées dépendantes, notamment de personnes bénéficiaires de l'aide sociale, ne peut manifestement

(1) Article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales.

pas rentrer dans cette catégorie. Pourtant l'article 207 ne les exonère pas explicitement.

De plus, en matière de fiscalité locale, l'article 1382, pour la taxe foncière sur les propriétés bâties et l'article 1394, pour la taxe foncière sur les propriétés non bâties, exonèrent les hospices et leurs jardins. Cette terminologie est également utilisée dans l'article 1408 du CGI, pour la taxe d'habitation. Cette référence n'a plus cours puisque l'article L. 678, qui définissait les hospices (et plus particulièrement les maisons de retraite : « les hospices qui ne reçoivent que des vieillards sont des maisons de retraite »), est abrogé.

On voit bien qu'il est indispensable de moderniser le droit fiscal applicable aux EHPAD et que la clarification s'impose à la fois pour harmoniser les situations, assurer une égalité de traitement entre les secteurs et définir les ressources et les coûts pour l'État, les collectivités territoriales, les établissements et les usagers.

La mission partage ces remarques et souhaite que, sous une forme ou une autre, le Parlement soit saisi de ces propositions.

Dans l'immédiat, la mission suggère, comme mesure prioritaire, l'unification du régime de la TVA et de la récupération de la TVA sur les travaux et investissements dans les EHPAD. Cette mesure est réclamée par les opérateurs publics et privés associatifs, et soutenue par la direction générale de l'action sociale (DGAS).

Un alignement des établissements publics autonomes et des établissements privés non lucratifs sur le régime dont bénéficient actuellement les établissements gérés par des centres communaux d'action sociale (CCAS) réduirait en effet les coûts des opérations d'investissement et leurs incidences sur le tarif hébergement des établissements concernés.

La récupération de la TVA sur les investissements, qui est possible pour les établissements gérés par des CCAS et les établissements privés commerciaux, ne l'est pas pour les établissements publics autonomes et privés non lucratifs. C'est à juste titre que la DGAS considère qu'elle pourrait être une piste à explorer pour faire baisser les tarifs hébergement.

Sur ce point, on peut d'ores et déjà constater une évolution législative favorable aux maisons de retraite dépendant directement des collectivités territoriales en matière de compensation de la TVA. Le fonds de compensation de la TVA (FCTVA) permet en effet de compenser une partie de la charge de TVA supportée par les collectivités territoriales, leurs groupements et les établissements publics bénéficiaires, sur leurs dépenses réelles d'investissement.

La direction générale des collectivités locales (DGCL) a fourni à la mission une fiche détaillant les modifications apportées à ce dispositif par la loi de finances pour 2006. Les maisons de retraite appartenant à des collectivités territoriales et données en gestion à des associations à but non lucratif sont désormais éligibles au FCTVA, dès lors qu'elles interviennent dans le cadre d'une

mission de gestion de service public ou d'une prestation de service ou d'une mission d'intérêt général.

***Maisons de retraite – Fonds de compensation pour la TVA
(source : Direction générale des collectivités locales
du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire)***

I – Le cadre juridique du fonds de compensation pour la TVA (FCTVA)

En application des articles L. 1615-1 à L. 1615-12 et R. 1615-1 à R. 1615-7 du code général des collectivités territoriales (CGCT), plusieurs conditions cumulatives doivent être remplies pour qu'une dépense d'investissement, comptabilisée au compte administratif de la collectivité, puisse ouvrir droit à une attribution du FCTVA.

La dépense doit notamment avoir été réalisée par un bénéficiaire du fonds dont la liste est limitativement fixée par l'article L. 1615-2 du C.G.C.T.

En outre, pour les dépenses antérieures au 1^{er} janvier 2006, l'équipement concerné ne devait pas être mis à disposition au profit d'un tiers non bénéficiaire du fonds (article L. 1615-7 du CGCT).

Cette condition a été supprimée par l'article 42-III de la loi de finances pour 2006.

II – Le FCTVA et les dépenses relatives aux établissements d'accueil pour personnes âgées

A – Examen de l'éligibilité au FCTVA au regard du propriétaire de ces établissements

Dans le domaine des maisons de retraite, on distingue les établissements privés à but lucratif, les établissements privés associatifs à but non lucratif et les établissements publics créés par les communes, EPCI, départements ou régions.

Dans les deux premiers cas, l'éligibilité au FCTVA ne peut être admise, dès lors qu'il ne s'agit pas de bénéficiaires du FCTVA figurant dans la liste exhaustive énoncée à l'article L. 1615-2 du CGCT.

En revanche, les établissements publics créés par les communes, EPCI, départements ou sont potentiellement éligibles au FCTVA..

B – Examen de l'éligibilité au FCTVA au regard du mode de gestion retenu de ces établissements

a) La gestion directe

Dès lors que les maisons de retraite sont construites et gérées par un bénéficiaire du FCTVA, tels les communes, les départements, les EPCI, l'éligibilité à ce Fonds est admise. Il ne doit donc pas s'agir d'établissements publics autonomes.

L'éligibilité est également admise lorsque ces établissements sont confiés à un centre communal ou départemental d'aide sociale.

b) La gestion par un tiers non bénéficiaire du FCTVA

L'article 42 – III de la loi de finances pour 2006 a supprimé, à l'article L. 1615-7 du CGCT, le principe de l'inéligibilité au FCTVA des biens mis à disposition de tiers non éligibles à ce Fonds pour les dépenses d'investissement réalisées après le 1^{er} janvier 2006.

1 – La situation antérieure au 1^{er} janvier 2006 conduisait à l'inéligibilité au FCTVA :

L'article L. 1615-7, dans sa rédaction issue de la loi de finances rectificative pour 1993, posait le principe de l'inéligibilité des biens mis à disposition de tiers non bénéficiaires du FCTVA.

Dans ces conditions, les dépenses d'investissement réalisées par des collectivités territoriales pour la construction de maisons de retraite mises à disposition d'associations gestionnaires étaient inéligibles au FCTVA.

2 – Les dépenses réalisées à compter du 1^{er} janvier 2006 sont potentiellement éligibles

L'article 42 – III de la loi de finances pour 2006 pose désormais comme principe celui de l'éligibilité au FCTVA des immobilisations confiées à un tiers non bénéficiaire, dès lors que l'activité exercée n'ouvre pas droit à déduction de la TVA par la voie fiscale et que le bien est confié à un tiers qui est chargé soit de gérer un service public que la collectivité territoriale lui a délégué, soit de fournir à cette collectivité une prestation de services. Il en va de même lorsque le tiers exerce une mission d'intérêt général.

Aussi, en application de cette nouvelle mesure, les maisons de retraite appartenant à des collectivités territoriales et données en gestion à des associations à but non lucratif sont éligibles au FCTVA, dès lors qu'elles interviennent dans le cadre d'une mission de gestion de service public ou d'une prestation de service ou d'une mission d'intérêt général.

C. AMÉLIORER LES RESSOURCES DES PERSONNES ÂGÉES CONSACRÉES À LEUR HÉBERGEMENT

Il a été estimé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) que « *le coût de résidence en établissement est en moyenne supérieur de 420 euros aux pensions perçues par un retraité de plus de 80 ans et bénéficiaire potentiel de l'action sociale du régime général* ».

Montant moyen mensuel de la retraite globale selon l'âge

en euros

	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Ensemble
Femmes						
Avantage principal de droit direct	666	619	587	566	506	606
Avantage principal de réversion	101	151	206	252	280	175
Allocations du minimum vieillesse	7	8	10	13	24	11
Autres avantages accessoires	31	30	30	33	25	30
Retraite globale	805	808	833	864	835	822
Hommes						
Avantage principal de droit direct	1 393	1 374	1 373	1 392	1 187	1 372
Avantage principal de réversion	4	7	10	15	19	8
Allocations du minimum vieillesse	6	7	8	9	18	8
Autres avantages accessoires	63	68	73	71	63	67
Retraite globale	1 466	1 456	1 464	1 488	1 287	1 455

Champ : retraités de 65 ans ou plus ayant au moins un avantage de droit direct. Les retraités ne percevant qu'une pension de réversion sont exclus.

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, DREES, échantillon interrégimes de retraités 2001.

Le fait de recevoir une retraite d'un montant inférieur aux tarifs mensuels d'hébergement n'empêche pas l'intéressé d'être accueilli dans l'établissement. Les éléments du patrimoine peuvent en effet prendre une place plus ou moins importante, ou bien les personnes peuvent être prises en charge par l'aide sociale.

Il n'en reste pas moins déterminant d'améliorer leur solvabilité. Différentes directions peuvent être tracées : la mission préconise l'extension des aides personnelles au logement, mais elle prend en compte la recommandation faite par la Cour des Comptes relative à la souscription d'une assurance dépendance et s'interroge sur les perspectives offertes par le prêt viager hypothécaire.

1. Étendre les aides personnelles au logement

Le rapport de la Cour des comptes précise que parmi les résidents des EHPAD, 129 000 personnes âgées de plus de 75 ans percevaient l'allocation de logement sociale en 2004 (soit 24 % d'entre elles) et 67 000 l'aide personnalisée au logement (soit 12,5 %).

a) Rappel des conditions d'attribution des aides au logement

• **L'aide personnalisée au logement (APL)** a été conçue comme une prestation à caractère social et familial destinée à « *adapter les dépenses de logement à la situation de famille et aux ressources des occupants tout en laissant subsister un effort de leur part* » (article 1^{er} de la loi du 3 janvier 1977), mais aussi comme une prestation à caractère économique visant à développer l'accession à la propriété et la réhabilitation de l'habitat ancien.

On rappellera que l'APL est versée sous conditions de ressources aux personnes occupant un logement éligible à l'APL.

Par ailleurs, le champ d'application de l'APL comprend :

– en accession à la propriété : les logements financés au moyen des prêts aidés par l'État (prêts PAP – supprimés depuis 1995 – ou prêts conventionnés, dont les prêts à l'accession sociale [PAS] et les prêts sociaux location-accession [PSLA]) ;

– en secteur locatif : les logements et les logements-foyers ayant fait l'objet d'une convention entre l'État et le bailleur, le bailleur s'engageant à respecter certaines obligations (loyer maximum, plafond de ressources du locataire).

Enfin, le financement de l'APL est assuré par le Fonds national de l'habitation (FNH).

• **L'allocation de logement (ALF et ALS)**

– Base juridique ⁽¹⁾

L'allocation de logement à caractère familial (ALF) a été mise en œuvre par la loi du 1^{er} septembre 1948.

L'allocation de logement à caractère social (ALS) a été instaurée, quant à elle, par la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971.

– Objectif

L'ALF vise à solvabiliser les familles de manière à compenser les hausses de loyer que la loi de 1948 autorisait dans le parc existant et à leur permettre de supporter les effets de la libération des loyers dans les logements neufs.

Quant à l'ALS, son objectif est de solvabiliser les personnes et ménages qui n'ont droit, ni à l'aide personnalisée au logement (APL), ni à l'allocation de logement familiale (ALF).

– Conditions d'octroi

L'ALF est versée, sous conditions de ressources, aux personnes seules ou aux couples ayant à charge des enfants, ou des ascendants, ou des parents infirmes, ainsi qu'aux jeunes couples mariés depuis moins de cinq ans, sans personne à charge.

L'ALS est versée, sous seule condition de ressources, aux personnes qui n'ont droit ni à l'APL, ni à l'ALF.

– Origine des fonds

L'ALS est financée par le Fonds national d'aide au logement (FNAL), qui est alimenté par l'État et par une cotisation des employeurs (0,10 % et 0,40 % des salaires qui sont venus en déduction du « 1 % logement »).

L'ALF est financée par le Fonds national des prestations familiales (FNPF), lui-même alimenté par les cotisations allocations familiales des employeurs et le 1,1 point de CSG.

La part du budget de l'État consacrée au financement de l'ALS s'est élevée à 2 948 M€ en 2003 et à 3 242 M€ en 2004.

(1) – Allocation de logement à caractère familial (ALF) : Articles L. 511-1 à L. 513-1, L. 542-1 à L. 542-7 et L. 755-21, D. 511-1 et D. 511-2, D. 542-1 à D. 542-40, D. 755-12 à D. 755-38 du code de la sécurité sociale ;

– Allocation de logement à caractère social (ALS) : Articles L. 831-1 à L. 835-7, R. 831-1 à R. 835-1 du même code.

b) Revoir les conditions d'attribution de l'APL aux conjoints résidant tous deux en maison de retraite ou vivant dans des établissements ou logements différents

Il serait utile, dans un premier temps, de revoir les conditions d'attribution de l'allocation de logement aux conjoints résidant en maison de retraite. Il semble en effet que les caisses d'allocations familiales, qui gèrent l'ensemble des aides au logement et décident de leur attribution, les considèrent sans distinction comme des prestations familiales – destinées à un seul allocataire par ménage – et n'acceptent en conséquence de ne les verser qu'à un seul des deux membres d'un couple hébergé en établissement. Cette pratique est en contradiction avec le fait que l'allocation de logement social (ALS), susceptible de bénéficier aux personnes âgées, et l'aide personnalisée au logement (APL), ne sont pas des prestations familiales. Cette situation mériterait donc d'être modifiée afin d'imposer le versement de l'allocation de logement à chacun des époux résidant en maison de retraite, chacun s'acquittant d'un loyer.

La question de l'attribution de l'allocation de logement se pose dans la situation où le couple est séparé : l'un des conjoints étant hébergé en établissement et l'autre vivant à son domicile, locataire d'un logement conventionné ou propriétaire d'un logement construit ou amélioré au moyen d'un prêt aidé. Dans ce cas particulier, il serait également souhaitable que chacun des membres du couple puisse être éligible à l'allocation logement.

c) Étendre le dispositif de l'APL aux résidents de tous les établissements d'hébergement

De manière plus générale, l'extension du dispositif de l'APL aux résidents de l'ensemble des établissements, qu'ils aient ou non été bénéficiaires d'un prêt aidé est à envisager. Ainsi que le décrit le document ci-dessous établi par le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP), les résidents d'un établissement non conventionné à l'APL sont privés d'un montant d'allocation s'élevant à 5 euros par jour.

Les APL dans les EHPAD

(source : centre d'action sociale de la Ville de Paris/février 2006)

1° Quels sont les avantages d'un conventionnement APL ?

A. Pour les résidents : une meilleure solvabilisation

À ressources égales, l'allocation logement versée aux résidents est nettement plus importante en cas de conventionnement APL, car le plafond de loyer pris en compte est plus élevé en cas de conventionnement APL.

Base du plafond en foyer-logement pour une personne âgée seule :

- avec convention APL : 383 € mensuel,*
- sans conventionnement APL (ALS) : 224 € mensuel.*

L'absence de convention APL entraînerait un coût supplémentaire pour les résidents de l'ordre de 5 € par jour.

En pratique, sur les 3 EHPAD « APLisés » du centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), seuls 30 résidents payants bénéficient de ce surplus de ressources lié à l'APL (celle-ci n'étant que partielle puisque ils ont des revenus excessifs pour prétendre à une APL à taux plein). Pour les autres bénéficiaires de l'APL, c'est le département qui l'encaisse.

B. Pour le département : un allègement des dépenses d'aide sociale légale

L'APL est favorable au département dans le cadre de l'aide sociale, puisque celle-ci est intégrée au calcul des ressources du résident. L'aide sociale est moins importante à verser pour le département : en moyenne 150 € d'économies par mois et par résident (différence existant entre l'APL et l'ALS compte tenu des ressources moyennes des résidents). À noter que l'APL et l'aide sociale légale coexistent.

Par ailleurs, l'APL est versée par la Caisse d'allocations familiales (CAF) en tiers-payant au département ou à l'établissement : sécurisation des recettes et simplification de l'encaissement.

Établissement	Nbre de présents en 12/05	Nbre d'aides sociales	Nbre de payants	Bénéficiaires APL	Dont nbre de bénéficiaires APL à l'aide sociale	Dont nbre de bénéficiaires APL payants
X...	131	73	58	72	57	15
Y...	110	72	38	57	46	11
Z...	119	95	24	66	62	4
TOTAL	360	240	120	195	165	30

C. Pour la Ville de Paris : la création de logements SRU supplémentaires

L'obligation légale de disposer de logements sociaux est fixée à 20 % ; le taux atteint est de 14,8 % en 2005.

D. Pour le CASVP : la possibilité de bénéficier d'aides à la pierre

2° Les contraintes à respecter pour un établissement conventionné à l'APL

A. L'établissement doit s'engager à ce que les lits soient occupés par des personnes dont les ressources n'excèdent pas – à l'admission – le plafond de ressources prévu par la réglementation (plafond variable selon le type de prêt souscrit : PLA, PLUS, PLS). À l'admission, les ressources prises en compte sont en principe celles de l'année n-2.

Pour le PLS, cela correspond à un revenu imposable de 23 305 € en 2004 (barème applicable au 01.01.06), soit des revenus mensuels d'environ 1 942€... à comparer avec les 700 € de ressources moyennes mensuelles des candidats actuels.

En conséquence, il n'y a guère de risque de devoir refuser des candidats en raison de ressources trop élevées.

B. La part assimilable aux loyers et aux charges locatives acquittée par l'occupant ne doit pas excéder 575 € par mois (information de la Direction de l'urbanisme, du logement et de l'équipement pour un logement de type FI – 20 m² – si prêt PLS) et celle-ci évolue tous les ans au 1^{er} juillet dans la limite d'un indice composite défini par l'État.

Dans la pratique :

A. L'entrée dans les 3 EHPAD conventionnés à l'APL est théoriquement subordonnée à la vérification d'un seuil de ressources « plafond » ; les ressources du stock des candidats sont en

général très inférieures audit plafond. À signaler : l'actuel logiciel « Admissions » ne permet pas de faire des requêtes sur le critère des ressources à l'entrée (il est prévu d'intégrer cet item dans le cahier des charges du futur logiciel gestionnaire des admissions).

B. À la connaissance du Bureau d'analyse du budget et de la Ville de Paris (BABP), il n'existe pas de définition réglementaire particulière concernant les EHPAD pour procéder aux calculs de la part assimilable aux loyers et aux charges locatives (qui n'est qu'une part du prix de journée d'hébergement).

À ce jour, aucun contrôle, demande de justificatifs ou refus de la CAF n'est jamais parvenu au BABP, la CAF acceptant tels quels les montants.

2. Quel avenir pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ?

L'aide sociale du département peut prendre en charge les frais d'hébergement en établissement habilité des personnes âgées de 65 ans et plus – ou de plus de 60 ans en cas d'inaptitude au travail – dont les ressources sont inférieures au prix de journée.

On sait, de par les observations des conseils généraux et des professionnels du secteur, qu'une des raisons pour lesquelles la prestation d'aide sociale n'est pas demandée par toutes les personnes qui pourraient y prétendre, est son caractère d'avance récupérable. Les recours sur succession ont un effet dissuasif, même s'ils ne sont pas systématiquement pratiqués par les départements. Certains y sont attachés, considérant que l'aide publique ne doit pas se substituer sans limite aux solidarités familiales dont la vocation est la prise en charge « du gîte et du couvert ». Une des difficultés de la législation d'aide sociale vient de la diversité des pratiques et des situations. En effet, il existe des départements disposant de moyens conséquents et où les personnes âgées sont peu nombreuses, et d'autres, moins riches, avec une plus forte proportion de personnes âgées. Le traitement, différent selon les départements, crée un risque d'inégalité entre les bénéficiaires.

Fin 2004, 111 000 personnes âgées bénéficiaient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement selon les données de la DREES (Enquête et résultats, septembre 2005), chiffre en diminution de 1 % par rapport à 2003. Cette prestation connaît, sur une longue période, une tendance à la diminution de plus de 15 % au cours des dix dernières années. Parmi ces personnes âgées, 86 000 bénéficient d'une prise en charge complète comprenant hébergement et restauration en maison de retraite ou logement-foyer, 22 000 sont accueillies en unités de soins de longue durée (USLD) et 2 000 bénéficient d'une prise en charge de leurs loyer et charges locatives en logement-foyer.

En rapprochant ces chiffres de l'ensemble des structures d'accueil habilitées à l'aide sociale, la Cour des comptes a pu calculer qu'environ 24 % des personnes âgées accueillies dans ces établissements étaient bénéficiaires de l'ASH en 2003.

Dans ce contexte, l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, a commencé une réforme de la tarification des structures habilitées à l'aide sociale. L'article L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles (introduit par l'article 8 de l'ordonnance précitée) autorise les établissements habilités à l'aide sociale ayant accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur capacité agréée sur les trois exercices précédents, à fixer contractuellement leurs tarifs applicables aux personnes ne relevant pas de l'ASH.

La direction générale de l'action sociale (DGAS) a indiqué à la mission que cette possibilité de sortir de la tarification administrée sur décision du président du conseil général, pouvait entraîner une baisse non négligeable du tarif hébergement des établissements publics et privés associatifs.

En effet, les établissements habilités à l'aide sociale sont soumis à la taxe sur les salaires qui s'élève à 12 % de la masse salariale. Les établissements qui vont sortir de cette tarification administrée bénéficieront, en remplacement de la taxe sur les salaires, d'un régime de TVA à 5,5 % sur les tarifs hébergement et dépendance. Or, l'assujettissement à un régime de TVA à 5,5 % sur la totalité des charges est de toute évidence plus avantageux pour un établissement qu'une taxe de 12 %, les salaires correspondant à 70 à 80 % des charges. Les établissements publics et du secteur privé non lucratif qui, par définition, ne cherchent pas à dégager de dividendes, pourront baisser leurs tarifs, sauf s'ils décident de consacrer ces marges bénéficiaires à des opérations d'amélioration de leurs prestations (recrutement de personnels, aménagements nouveaux...).

Sur ce point, la mission souhaiterait pouvoir disposer d'un bilan chiffré des répercussions de cette réforme de l'habilitation à l'aide sociale sur le montant des prix de journée.

Au-delà de cet assouplissement, la mission se pose la question de la pertinence de l'aide sociale. Il lui semblait plausible que des investissements publics en faveur de la création ou de la rénovation d'établissement puissent réduire les demandes d'aide sociale, les charges des personnes accueillies se trouvant moins lourdes. Or, les auditions n'ont pas totalement confirmé cette hypothèse. Le président de l'Assemblée départementale de France (ADF) a ainsi précisé que l'aide à la pierre apportée par le département de la Dordogne devrait atteindre 50 % de l'investissement total pour que le volume des dépenses d'aide sociale diminue⁽¹⁾. Il est regrettable qu'aucune étude n'ait été menée sur les stratégies d'investissement des différents départements.

En conclusion, la mission doit encore une fois prendre acte de l'insuffisance des instruments d'analyse, ceux-ci ne permettant pas, à l'heure actuelle, d'établir s'il est plus efficace de chercher à atténuer les charges

(1) Audition du 20 octobre 2005.

d'investissement pour les opérateurs en leur accordant des subventions, ou d'alléger les charges supportées par les personnes hébergées en conservant le dispositif de l'aide sociale parmi d'autres prises en charge.

3. Faut-il développer l'assurance dépendance individuelle ?

La mission, qui souligne la nécessité prioritaire d'un renforcement de la prise en charge des personnes âgées par des mécanismes publics, n'a cependant pas négligé d'étudier les initiatives individuelles et privées parmi les pistes susceptibles d'améliorer la solvabilité des personnes âgées.

Apparu en France il y a une vingtaine d'années, le marché de l'assurance dépendance s'est toutefois relativement peu développé. Le nombre d'assurés est mal connu, le montant des rentes reste relativement faible⁽¹⁾. Les enquêtes d'opinion récentes commanditées par les compagnies d'assurance⁽²⁾ mettent en évidence les difficultés des clients potentiels à se projeter dans une situation dégradée et à évaluer le coût de la perte d'autonomie, bien qu'ils refusent l'idée d'être ultérieurement une charge pour leur famille. Par ailleurs, de nombreux contrats actuellement commercialisés présentent l'inconvénient de faire perdre à l'assuré le capital investi s'il ne devient pas dépendant.

Ce défaut met en évidence la définition imprécise de l'assurance dépendance. Le principe est-il de s'assurer contre les risques de dépendance *stricto sensu*, ce qui exclurait de percevoir une rente pour régler le tarif hébergement d'un EHPAD ? Ou bien cette rente pourrait-elle compléter les ressources que la personne âgée dépendante consacre à son logement, aussi bien à l'adaptation de son logement individuel, rendue nécessaire par son état de dépendance, qu'à son hébergement en institution ?

En ce qui concerne l'appréciation du risque et son calcul, des incertitudes demeurent pour les assureurs qui ne disposent pas de données fiables quant à l'évolution du niveau de santé et de dépendance des futurs souscripteurs. Se pose par ailleurs la question de la prise en charge des personnes présentant un risque de santé aggravé ou dont l'état de dépendance serait fonction de l'évolution d'une maladie déclarée. Des candidats à l'assurance pourraient s'en voir refuser l'accès. De nouvelles inégalités seraient ainsi créées entre les personnes âgées.

Enfin, la mission a examiné l'incitation à la souscription d'une assurance dépendance individuelle recommandée par la Cour des comptes. Elle considère que ce dispositif de gestion inter-temporelle du risque ne règle pas le problème du financement de besoins croissants qui se présente à court et moyen terme.

La plus grande difficulté n'est cependant pas d'encourager l'assurance dépendance individuelle mais, le cas échéant, de la rendre obligatoire. En tout état

(1) La rente mensuelle moyenne versée par AG2R prévoyance au titre de son produit d'assurance dépendance SAFIR s'élève à 630 euros.

(2) Sondage AGF/IPSOS sur les Français et la dépendance (octobre 2005).

de cause, si l'assurance dépendance individuelle est présentée comme un outil susceptible d'améliorer, sous certaines conditions, les ressources des personnes âgées, la mission ne la considère pas comme un moyen d'éviter ou de limiter le recours aux prestations sociales.

4. Quelles perspectives pour le prêt viager hypothécaire ?

L'ordonnance n° 2006-346 du 23 mars 2006 relative aux sûretés a introduit deux nouveaux produits de crédit : l'hypothèque rechargeable et le prêt viager hypothécaire.

Le prêt viager hypothécaire s'apparente à un viager : un établissement de crédit prête une somme, en prenant comme garantie une hypothèque constituée sur un immeuble. Cette somme est remboursable soit au décès de l'emprunteur (le remboursement est fait grâce à la vente du bien concerné) soit lors de la vente du bien hypothéqué. L'introduction de ce dispositif est partie du constat que le capital immobilisé par les personnes âgées propriétaires de leur logement ⁽¹⁾ représente souvent la plus grande part de leur patrimoine, et qu'elles peuvent souhaiter en extraire des liquidités pour les transmettre, soit de leur vivant à leurs enfants, soit pour faire face aux dépenses liées à leur dépendance ou encore pour améliorer leur train de vie.

On notera toutefois qu'aux États-Unis où cette formule a été créée, moins de 50 000 foyers y ont eu recours fin 2004. Cet intérêt limité s'expliquerait par le faible levier financier du produit, son coût, son manque de transparence et les difficultés d'évaluation du bien hypothéqué.

Le dispositif mis en place en France prévoit un certain nombre de garanties éclairant et protégeant le candidat emprunteur. Il doit être au courant du fait que sa succession sera débitrice, dans la limite de la valeur de l'immeuble au jour du décès et sauf renonciation, de la dette qu'il a souscrit. Sa dette est donc bien plafonnée à la valeur de l'immeuble à l'issue de l'opération. Pour préserver les intérêts de l'emprunteur et éviter qu'il ne cède à vil prix l'immeuble, objet de la garantie, un expert procède à l'estimation de l'immeuble s'il existe un différend sur ce point. Des mesures complémentaires ont été introduites dans le code de la consommation, notamment l'interdiction totale du démarchage sur ce type de produits.

La mission considère l'introduction du prêt viager hypothécaire comme une faculté ouverte à ceux qui souhaitent disposer de cette façon de leur capital, et non comme un substitut à la solidarité nationale ou locale évitant le recours aux prestations sociales existantes.

(1) 6 millions de ménages français de plus de 65 ans sont propriétaires de leur logement (source MINEFI).

5. Mesures fiscales

Des études mériteraient d'être menées pour rapprocher les mesures de réduction d'impôt et d'exonération de charges sociales, ciblées ou non sur la dépendance, en faveur des personnes âgées vivant à domicile, des dispositions applicables aux personnes âgées vivant en établissement.

La Cour des comptes a effectué un recensement des dépenses fiscales en faveur des personnes âgées. Des deux tableaux ci-après, il ressort que :

- les aides fiscales ne visent pas spécifiquement les personnes dépendantes ;
- l'encouragement porte essentiellement sur l'emploi à domicile.

Dépenses fiscales ciblées sur la dépendance

	Coût budgétaire global en M €		Bénéficiaires de plus de 60 ans		
	2003	2004	En % de l'ensemble des bénéficiaires	Dépenses fiscales correspondantes	
				2003	2004
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des « dépenses afférentes à la dépendance » supportées par les personnes âgées dans les établissements conventionnés	50	60	100 %	50	60
Exonération de l'APA pour l'impôt sur le revenu	130	130	100 %	130	130
Majoration du quotient familial pour personnes titulaires de la carte d'invalidité	310	320	30 %	93 376	96
Crédit d'impôt pour les équipements spécialement conçus pour personnes âgées ou handicapées	0	60	Nd	0	Nd
Taux de TVA réduit à 5,5 % pour certains matériels	300	310	Nd	Nd	Nd
Total	790	880		> 273	> 286

Source : Cour des comptes sur données DGI.

Dépenses fiscales non ciblées sur la dépendance

	Coût budgétaire global en M €		Bénéficiaires de plus de 60 ans		
	2003	2004	En % de l'ensemble des bénéficiaires	Dépenses fiscales correspondantes	
				2003	2004
Abattement sur le revenu imposable pour les personnes âgées de plus de 65 ans de condition modeste et les personnes invalides	230	230	95 %	218	218
Réduction d'impôt sur le revenu pour l'emploi d'un salarié à domicile	1 520	1 715	50 %	760	857
Majoration du quotient familial pour les personnes vivant seules et n'ayant plus d'enfant à charge	1 625	1 540	75 %	1 219	1 155
Abattement de 10 % sur les pensions dans le calcul de l'impôt sur le revenu	2 100	2 050	100 %	2 100	2 050
Exonération de la majoration de pension pour enfants et charges de famille pour l'impôt sur le revenu	435	435	100 %	435	435
Exonération des prestations d'assistance (aide sociale, APL ou majoration pour tierce personne par exemple)	635	640	Nd	Nd	Nd
Exonération de taxe sur les salaires pour les rémunérations versées aux salariés à domicile	380	400	50 %	190	200
Exonération de taxe d'habitation	1 300	Nd	77 %	1 000	Nd
Dégrèvement sur la taxe foncière sur le bâti (personnes de plus de 65 ans et de moins de 75 ans)	563	Nd	100 %	563	Nd
Exonération de taxe foncière sur le bâti	313	Nd	Nd	Nd	Nd
Plafonnement de la taxe d'habitation pour les personnes aux revenus modestes	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Dégrèvement de redevance télévision	100	Nd	Nd	Nd	Nd
Total	> 9 200			> 6 485	

Source : Cour des comptes sur données DGI.

En ce qui concerne l'hébergement en établissement, la seule mesure fiscale actuelle consiste en une réduction d'impôt liée aux frais de la section dépendance en EHPAD, dont le montant s'élève à 25 % dans la limite de 3 000 euros, soit 750 euros (article 199 *quindecies* du code général des impôts).

Ce dispositif pourrait être étendu à toutes les dépenses d'hébergement pour en alléger le coût pour les résidents et leur famille. Sur ce point, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a reconnu devant la mission que l'harmonisation des régimes de déduction fiscale liée à la dépendance méritait d'être étudiée.

D. ENVISAGER UNE ÉVOLUTION DES RESPONSABILITÉS DES DÉPARTEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉBERGEMENT

1. Les effets d'une politique volontariste des départements en direction des personnes âgées

Il résulte des documents communiqués par les représentants des directions des affaires sociales des conseils généraux auditionnés par la MECSS qu'une politique dynamique et volontariste en faveur de l'investissement dans des opérations de financement d'établissement d'hébergement pour personnes âgées permet de diminuer le prix de journée à la charge des résidents.

Les données fournies par le Conseil général des Vosges (cf. tableau ci-dessous) en sont une bonne illustration. Une subvention à hauteur de 40 %, assortie d'une reprise de celle-ci, permet de diminuer le coût d'hébergement d'un peu moins 7 euros par jour.

Impact de l'aide à la pierre mise en place par le conseil général des Vosges

EHPAD de 60 lits dont 12 lits pour personnes âgées désorientées	Simulation sans subvention du Conseil général	Simulation avec subvention du Conseil général (40 %)	Simulation avec subvention du Conseil général (40 %) et reprise de la subvention
Capacité	60 lits	60 lits	60 lits
Activité	21 900 journées	21 900 journées	21 900 journées
Coût d'objectif	4 650 000 €	4 650 000 €	4 650 000 €
Subvention du Conseil général	0 €	1 860 000 €	1 860 000 €
Autres financements (CRAM, subv. diverses)	370 000 €	370 000 €	370 000 €
Emprunt à 3,50 % sur 20 ans	4 280 000 €	2 420 000 €	2 420 000 €
Frais financiers moyens sur 20 ans	87 145 €	49 274 €	49 274 €
Amortissements sur 20 ans	232 500 €	232 500 €	232 500 €
Reprise sur subvention (20 ans)			93 000 €
Impact journalier	14,60 €	12,87 €	8,62 €
		Soit – 1,73 €/jour	Soit – 6,98 €/jour

2. Le champ des responsabilités des départements va en toute logique continuer à évoluer

Le rôle essentiel du département dans la prise en charge des personnes âgées résulte d'une législation qui, depuis vingt ans, a abouti à lui confier la responsabilité de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a précisé la définition et le champ de la territorialisation des schémas gérontologiques départementaux, dont la responsabilité est confiée aux départements en relation avec les services de l'État et les agences régionales d'hospitalisation (ARH).

Cette loi confère donc un rôle accru au département dans l'action sociale et médico-sociale, puisque c'est à lui seul qu'il revient désormais de définir les orientations et la mise en œuvre de l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, les départements ont aujourd'hui la responsabilité d'articuler les différents éléments de la gamme de la prise en charge de la dépendance. C'est à ce titre, par exemple, qu'ils se voient transférer les crédits de fonctionnement afférents au financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Les CLIC sont des services sociaux et médico-sociaux qui participent à la coordination gérontologique de proximité et exercent des fonctions d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes âgées, participant à l'articulation entre prise en charge sanitaire et médico-social et accompagnement social. En revanche, ils n'ont pas la maîtrise des enveloppes soins (en service de soins infirmiers à domicile [SSIAD] et en établissement).

Certaines difficultés budgétaires des établissements sont liées au décalage dans le temps entre les décisions prises par le président du conseil général – qui arrête les prix de journée hébergement et dépendance – et la notification de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) concernant les soins. En effet, certaines dépenses de personnel (les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques) se répartissent en termes de financement entre l'assurance maladie et le département. Faute de connaître le montant exact des enveloppes accordées, la gestion des personnels est perturbée.

Le champ d'action et d'initiative des collectivités territoriales est restreint en matière d'hébergement, dans la mesure où la création d'établissements est subordonnée à la disponibilité des crédits d'assurance maladie en matière de dotations de soins.

Se pose donc la question de la gestion d'une enveloppe globale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Dans cette logique, un transfert de charges et une responsabilité plus complète des départements sont à envisager. En tant que pilotes de l'action sociale, leurs services disposeraient ainsi d'une vision globale des dispositifs de

prise en charge de la dépendance. Les chevauchements actuels de compétence entre l'assurance maladie et l'APA seraient évités dans le fonctionnement des aides.

Sur ce point :

– Le rapport de la Cour des comptes expose deux voies possibles : une décentralisation accrue qui ferait des départements le point d'accès unique aux prestations de dépendance ou bien la création d'un cinquième risque confiant aux caisses de sécurité sociale la prise en charge globale de la dépendance.

– Le rapport à paraître du centre d'analyse stratégique (ex-Commissariat général du Plan) propose *a minima* d'expérimenter la gestion par les départements volontaires d'une enveloppe globale déléguée par la CNSA sur la base d'une péréquation nationale.

Compte tenu du rôle déterminant des départements dans la définition des actions sociales et médico-sociales qui se trouvent fortement imbriquées dans le champ sanitaire en ce qui concerne les personnes âgées, la mission estime que la réflexion sur une réorganisation de leurs responsabilités dans la gestion de l'ensemble des financements destinés à la prise en charge de la dépendance mérite d'être poursuivie. Si le choix du département pour assurer cette fonction de gestion présente des avantages en termes de proximité et d'expérience en matière sociale, il établit une discrimination inadmissible entre les personnes âgées en établissement et les autres catégories de population dont les dépenses de soins restent gérées au niveau national.

Progressivement, plusieurs pays européens dont la situation démographique et économique peut être comparée à celle de la France, ont reconnu la dépendance comme un risque en soi et fait le choix de confier la gestion de son financement à un échelon décentralisé dans le cadre de leur politique globale de protection sociale.

La mission est convaincue que la question de la réorganisation de la gestion des financements consacrés à la prise en charge des populations âgées et vulnérables entre le niveau national et les collectivités territoriales ne peut être indéfiniment éludée.

E. POURSUIVRE L'EFFORT DE SOLIDARITE NATIONALE

Au-delà de ces mesures, des ressources nouvelles devront nécessairement être affectées ou transférées au financement de l'hébergement des personnes âgées, compte tenu de l'augmentation prévisible des besoins et quelle que soit l'évolution des capacités contributives des résidents.

1. L'inéluctable prise en charge financière par la collectivité

Sur ce point, la MECSS rejoint la recommandation de la Cour des comptes, relative à l'inéluctable prise en charge par la collectivité d'une part croissante de la dépendance. On ne peut, face à la vague attendue du vieillissement, escompter des familles un soutien croissant parce que, d'une part le nombre des aidants potentiels progressera moins vite que celui des personnes âgées dépendantes, et d'autre part parce que l'évolution des modes de vie rend de plus en plus difficile et délicate l'organisation de l'entraide familiale.

Selon le rapport de la Cour des comptes, les ressources dont dispose la CNSA pour les personnes âgées dépendantes sont toujours insuffisantes pour couvrir les besoins estimés d'ici 2020. L'hébergement des personnes âgées devra donc bénéficier de financements supplémentaires : soit par l'impôt, national ou départemental, soit par les cotisations sociales, soit par les familles. En ce qui concerne l'aide informelle des familles, de nombreuses raisons font craindre qu'elle ne devienne de plus en plus délicate : l'éloignement fréquent des enfants du domicile de leurs parents âgés, le phénomène croissant de séparation des couples, l'arrivée des classes d'âge moins nombreuses aux âges où on est susceptible de prendre en charge les parents, ainsi que l'augmentation progressive du taux d'activité féminine.

C'est pourquoi la mission privilégie les mécanismes publics de prise en charge de l'hébergement en établissement et de la dépendance en général, qui ne peuvent cependant être envisagés qu'une fois mis en œuvre les dispositifs qu'elle préconise, visant à réduire le coût d'hébergement à la charge des résidents les plus modestes.

2. Le choix des modes de prise en charge financière relève d'un arbitrage politique

Les obstacles techniques qui ont été avancés pour s'opposer à l'extension aux professions indépendantes de la contribution solidarité autonomie mériteraient d'être éclaircis par la Direction du budget.

S'agissant des retraités, il a été pris en compte, lors des débats relatifs à la mise en place de la contribution, qu'ils n'exerçaient plus d'activité professionnelle et ne pouvaient donc pas effectuer une journée de travail supplémentaire. Leur assujettissement semble pourtant justifié par la destination même du produit de la contribution.

Par ailleurs, selon votre rapporteure, des doutes subsistent sur le produit effectif de la contribution et son impact réel sur les différents secteurs économiques et le PIB. Cette mesure entraîne forcément une charge supplémentaire pour les entreprises et les collectivités publiques, qui ne peut être compensée pour les entreprises que si elles ont la possibilité de s'organiser pour

produire davantage de richesses. Or, les secteurs n'ont vraisemblablement pas tous pu augmenter leur production.

Selon M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS, et les membres de la mission appartenant au groupe UMP, cette analyse aboutit, de fait, à proposer la suppression de la législation sur la réduction du temps de travail, mécanisme rigide qui a limité la possibilité pour les entreprises de s'organiser pour produire davantage de richesses.

C'est pourquoi, l'appel à la contribution sociale généralisée (CSG) apparaît à votre rapporteure comme la solution techniquement et économiquement la plus adaptée, puisqu'elle touche toutes les formes de revenus de la population entière. S'il était fait le choix de la hausse de la CSG, celle-ci devrait toutefois avoir pour contrepartie la suppression, pour les salariés, de la cotisation de solidarité.

Cette proposition n'a toutefois pas fait consensus au sein de la mission. M. le coprésident Pierre Morange et les membres du groupe UMP ont en effet estimé que les nouvelles recettes résultant de la mise en place de la journée de solidarité, associées à une rationalisation des moyens des hôpitaux, ainsi qu'aux autres mesures préconisées dans ce rapport, doivent d'abord être mises en œuvre, afin de savoir si elles répondent aux besoins actuels et futurs en matière de quantité de places, de qualité de soins et de neutralisation sur le « reste à charge » pour les personnes les plus modestes ; ceci avant d'envisager d'autres sources de financement issues de la CSG ou d'autres contributions.

CONCLUSION

Au terme de ses travaux sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, la mission souligne que la question du « reste à charge » de leurs résidents n'avait fait l'objet d'aucune étude ou analyse éclairante pour les parties concernées : pouvoirs publics, opérateurs publics et privés, personnes âgées et leurs familles.

Sur ce point, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a réparti de façon précise et rigoureuse les charges de ce type de structure au sein des sections tarifaires « dépendance », « soins » et « hébergement ».

Ainsi, la réforme a permis de mieux identifier les financements relatifs aux soins – qui sont à la charge de l'État (*via* l'assurance maladie) – et les financements relatifs à la dépendance – qui sont à la charge du département (*via* l'allocation personnalisée d'autonomie), le résident acquittant un ticket modérateur correspondant au niveau de dépendance le plus faible.

Par contre, au sein de la section hébergement, les responsabilités sont beaucoup plus floues et émiettées. En l'absence de compétence obligatoire relative aux financements, le montant du tarif hébergement à payer incombe en définitive toujours à la personne âgée. Lorsque les revenus de cette dernière sont insuffisants, l'aide sociale à l'hébergement et les aides au logement sont les seuls dispositifs de prise en charge de droit commun possibles.

Dans ces conditions, la mission estime que l'aide personnalisée au logement réservée aux établissements conventionnés doit pouvoir bénéficier à tous les résidents de tout type de structure d'hébergement.

L'amélioration de la solvabilisation des personnes âgées doit par ailleurs être accompagnée de mesures concrètes allégeant le prix de journée. Certaines des recommandations de la mission sont déjà mises en œuvre ou peuvent l'être assez rapidement. Elles visent essentiellement le réaménagement des sections tarifaires, le financement des mises aux normes techniques, l'assouplissement de règles comptables et de placement financier, ainsi que l'augmentation du volume des prêts aidés pour la construction ou la rénovation d'établissements pour personnes âgées.

Avec cette première série de recommandations, et dans une logique d'adéquation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées, la mission préconise également une meilleure organisation des passerelles indispensables à l'accompagnement individuel de la personne entre établissements de santé et médico-sociaux. Cela suppose une optimisation et une reconversion de l'offre globale de soins et d'accueil afin de dégager des marges de manoeuvre financières qui permettront d'adapter les structures d'accueil et d'hébergement aux besoins réels des personnes âgées.

D'autres recommandations sont destinées à appuyer les initiatives de terrain innovantes dans la façon de prendre soin de la personne âgée. Elles invitent également toutes les parties concernées à organiser les passerelles nécessaires à l'accompagnement individuel de la personne âgée entre les structures sanitaires et sociales et médico-sociales. Les bonnes pratiques préconisées doivent toutefois dépasser le stade des recommandations en ce qui concerne la formation et la qualification des personnels qui interviennent auprès des résidents. Les personnels ne pourront être attentifs et motivés sans avoir été formés à des techniques spécifiques de soins aux personnes âgées évitant la grabatisation et l'excès médicamenteux.

Enfin, les auditions ayant mis en évidence un défaut de connaissance des coûts, des montants de financements accordés, ainsi que des montants de dépenses réalisées, chaque acteur ne traitant pas les informations dont il peut disposer selon les mêmes critères et avec le même niveau de finesse, la mission insiste sur la nécessité de mettre en place un système d'information exhaustif, indispensable aux résidents et à leur famille, ainsi qu'aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, publics et privés.

LES ORIENTATIONS SUGGÉRÉES PAR LA MECSS

La mission suggère les mesures conjoncturelles et structurelles suivantes pour contenir les coûts d'hébergement et améliorer la solvabilisation des personnes âgées accueillies en établissement :

1. Réorganiser les sections tarifaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin que les dépenses de personnel administratif, celles afférentes à l'animation sociale et au personnel de service non qualifié intervenant auprès des résidents, ainsi que les frais d'amortissement des investissements réalisés ne relèvent plus exclusivement du tarif hébergement à la charge des résidents.

2. Adapter la réglementation relative à la sécurité incendie et prévoir les financements adéquats.

3. Augmenter le volume des prêts aidés en faveur des projets de construction ou de rénovation d'établissements accueillant des personnes âgées.

4. Assouplir les règles comptables relatives à l'amortissement des subventions d'investissement des collectivités territoriales.

5. Autoriser les établissements publics sociaux et médico-sociaux à placer leurs réserves de trésorerie pour accroître leur capacité à autofinancer leurs investissements.

6. Unifier le régime et la récupération de la TVA sur les investissements applicables aux établissements accueillant des personnes âgées.

7. Étendre le bénéfice des aides personnelles au logement aux résidents de toutes les catégories d'établissement d'hébergement et les attribuer par personne hébergée et non plus par ménage.

8. Favoriser les passerelles pour accompagner la personne âgée entre l'hôpital, la filière des soins d'aval (hôpital local, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation...), les établissements et services médico-sociaux et sociaux, et un domicile adapté.

9. Optimiser les modalités de prise en charge par une reconversion de lits d'hôpitaux en places destinées aux personnes âgées qui relèveraient du secteur médico-social, mais qui n'ont, en l'état actuel de l'offre, ni la possibilité, ni les moyens d'y être accueillies.

10. Rationaliser les moyens financiers, techniques et humains des hôpitaux pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées, notamment en développant les services de court séjour équipés en personnels formés à la gériatrie.

*

* *

Par ailleurs, la mission souhaite la prise en compte d'un certain nombre d'impératifs, ainsi que l'ouverture d'un débat public s'agissant de :

11. Désigner clairement et impérativement l'autorité compétente en matière de financement des investissements des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

12. Mettre en place un système d'information et d'évaluation fiable prenant la mesure du caractère diversifié et évolutif de la demande et offrant aux décideurs une typologie permettant de comparer les coûts réels.

13. Doter l'administration d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement supportés par les résidents des établissements.

14. Envisager des financements supplémentaires faisant appel à la solidarité nationale : « accroître la dépense socialisée » en faveur de la prise en charge financière de la dépendance si les mesures préconisées se révèlent insuffisantes pour répondre aux objectifs précités.

15. Mettre en oeuvre des références de bonnes pratiques destinées à faire progresser la notion de « prendre soin » en associant une réflexion sur le désir de sollicitude des personnes âgées, des actions de prévention et un accompagnement social.

16. Prévoir un large programme de formation qualifiante, non seulement à l'intention des personnels soignants, mais aussi des agents de service côtoyant les personnes âgées hébergées en établissement, dans le but notamment d'offrir de réelles passerelles professionnelles entre les secteurs et les lieux d'activité.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport d'information présenté par Mme Paulette Guinchard, rapporteure de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, au cours de sa séance du mercredi 17 mai 2006.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié Mme Paulette Guinchard pour son intervention et insisté pour que soit valorisé ce rapport de la MECSS, qui est un bel exemple de travail parlementaire réunissant majorité et opposition.

M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS, s'est félicité de la qualité du rapport qui préconise des solutions courageuses, réalistes et pragmatiques dans un esprit de responsabilité prenant en compte les contraintes budgétaires et humaines. Même si des divergences ont été constatées entre la majorité et l'opposition sur les recommandations pour le financement de l'offre d'hébergement, il faut constater que sur de nombreux points un réel consensus a pu être trouvé. Tous les membres de la MECSS se sont accordés sur l'idée que la sécurité sociale devait augmenter sa participation pour améliorer la solvabilisation des personnes dépendantes hébergées en EHPAD et parvenir ainsi à réduire leur « reste à charge ». En revanche, des divergences sont apparues sur la nécessité de créer un prélèvement social supplémentaire pour financer la dépendance.

M. Denis Jacquat a déclaré partager les propos du président Jean-Michel Dubernard et de M. Pierre Morange sur la qualité du rapport présenté par Mme Paulette Guinchard et souhaité revenir sur un élément primordial : le « reste à charge » mensuel des personnes âgées hébergées en EHPAD est de 420 euros, supérieur à leur revenu moyen. Ce coût très élevé ira en augmentant dans les années à venir en raison de la croissance du coût d'hébergement, de l'incapacité des enfants à couvrir les besoins financiers de la majorité des personnes âgées dépendantes et de la diminution de la solvabilité des personnes âgées dépendantes du fait de l'arrivée en retraite de personnes ayant eu des revenus d'activité faibles et ayant recours aux dispositifs de solidarité nationale. Le rapport de la MECSS doit provoquer un sursaut pour que soient prises des mesures adaptées à ces situations économiques d'insolvabilité.

Saluant le travail réalisé par Mme Paulette Guinchard et le bon esprit au sein de la MECSS, **M. Georges Colombier**, après avoir fait part de son regret de n'avoir pu s'investir autant qu'il le souhaitait dans la mission à cause de sa participation simultanée à la commission d'enquête sur l'affaire d'Outreau, a exprimé un *satisfecit* sur le contenu du rapport, insistant particulièrement sur la nécessité de trouver une solution pour limiter les coûts d'hébergement restant à la charge des familles et sur les moyens permettant d'offrir une plus grande

reconnaissance aux personnes âgées. Lors des auditions des associations de résidents des EHPAD, le thème du coût exorbitant des tarifs d'hébergement, résultant de la prise en compte des frais de construction et de réhabilitation, est systématiquement abordé. Les familles elles-mêmes des personnes âgées de plus de 80 ans se plaignent de la mauvaise prise en charge financière.

Mme Danièle Hoffman-Rispal s'est félicitée de l'existence même du travail de la mission, rappelant que depuis trois ans elle suscite un débat sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Plusieurs pistes de réflexion sont à évoquer. Il conviendrait dans un premier temps de modifier les règles comptables de ces établissements dans le sens d'une plus grande clarification des flux financiers, pour éviter notamment que les conseils généraux soient amenés à payer deux fois les EHPAD lorsqu'ils décident de leur verser des subventions. La DGAS travaille sur ce point. Il est possible d'empêcher cette situation avec la dotation d'investissement transférable, mais les textes ne sont pas clairs et le département de Paris n'ose pas s'engager sur cette voie. Rien que pour l'humanisation des EHPAD, on constate une envolée des coûts. La mise en place des normes J se traduit ainsi par un coût de 9 000 euros par lit à Paris.

Plus globalement, il convient de résoudre la contradiction actuelle qui consiste à ce que toute amélioration dans la prise en charge des personnes – qu'elle se traduise par la formation du personnel d'encadrement ou par le développement des animations en direction des hôtes – conduit inévitablement à une envolée des coûts d'hébergement essentiellement supportée par les familles. L'expérience « humanitude » de Marmande, évoquée par la rapporteure, montre en effet que même lorsque le montant des formations est peu élevé, 15 000 euros pour 50 personnes, le coût global pour l'établissement reste important, environ 120 000 euros, car il faut pourvoir au remplacement temporaire du personnel en formation.

Les familles n'en peuvent plus de payer des coûts d'hébergement croissants, même lorsque l'on veut améliorer la situation des résidents. Alors même que les conseils de la vie sociale des établissements publics contiennent 30 % de personnes payantes, les débats sont violents sur ce sujet. Par ailleurs, la MECSS pourrait faire étudier la question des PLS et la clarification des rôles. Concernant l'animation, il faut recruter des animateurs qui sont indispensables pour améliorer la vie des résidents. Mais il faut éviter d'augmenter le « reste à charge » dès qu'on veut améliorer la situation des résidents des EHPAD.

Après avoir indiqué qu'il partageait les conclusions du rapport, **M. Alain Néri** a insisté sur la question centrale du « reste à charge », question d'autant plus cruciale qu'elle s'inscrit dans un contexte où le montant des retraites va décroissant et où la situation économique rendra de plus en plus incertain le financement de l'hébergement des aînés par leurs enfants. Le recours à l'aide sociale des départements sera ainsi rendu quasiment obligatoire. Il importe donc de réfléchir dès maintenant à la question du financement et des niveaux

administratifs compétents. On peut craindre que les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne soient insuffisantes pour financer les schémas gérontologiques et les schémas concernant les personnes handicapées. Concernant la compétence en matière d'investissement, il faut préconiser la compétence des départements, mais les conseils généraux devront recevoir les ressources financières indispensables.

En réponse aux propos de M. Danièle Hoffman-Rispal, **M. Jean-Pierre Dupont** a déclaré que l'amélioration du service rendu aux personnes âgées ne se traduit pas nécessairement par une envolée des coûts supportés par les familles, pourvu qu'une action publique efficace soit mise en place. Le département de Corrèze, qui fait partie de la région la plus âgée d'Europe, le Limousin, a ainsi décidé de prendre la question du vieillissement de la population à bras le corps. Le conseil général subventionne à hauteur de 40 %, sans plafond, la restructuration des établissements d'accueil à la condition d'une mise aux normes européennes, d'un assujettissement à une convention tripartite et de la mise en place de structures Alzheimer. La Corrèze a également créé 205 postes d'aide médico-psychologique dans les EHPAD, qui n'existaient que dans les foyers, pour assurer l'animation et prendre en charge la dépendance. Ces 205 postes sont financés par le conseil général, sans répercussion sur le prix de journée car il s'agit d'une subvention.

En réponse aux différents intervenants, **la rapporteure** a indiqué que l'ambition du rapport est moins d'offrir des solutions définitives, que d'ouvrir un débat. C'est en particulier le cas pour la définition de la compétence en matière de financement des investissements des EHPAD.

En application de l'article 145 du Règlement, **la commission a décidé, à l'unanimité, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.**

ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MECSS

Présidents

Mme Paulette Guinchard

M. Pierre Morange

Membres

Mme Martine Carrillon-Couvreur

Mme Marie-Françoise Clergeau

M. Georges Colombier

M. Jean-Pierre Door

M. Pierre-Louis Fagniez

Mme Jacqueline Fraysse

Mme Cécile Gallez

Mme Catherine Génisson

M. Gaëtan Gorce

M. Maxime Gremetz

Mme Muguette Jacquaint

M. Olivier Jardé

M. Jean-Marie Le Guen

M. Claude Leteurtre

M. Jean-Luc Prél

M. Jean-Marie Rolland

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

	<i>Pages</i>
6 octobre 2005	
9 h 30	– M. Stéphane Le Bouler, coordinateur santé, responsable de la mission établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes au Commissariat général du Plan..... 95
10 h 30	– M. David Causse, délégué général adjoint de la Fédération hospitalière de France (FHF)..... 101
11 h 30	– MM. Alain Cordier, président du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), et Denis Piveteau, directeur de la CNSA..... 108
20 octobre 2005	
9 heures	– MM. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l’action sociale (DGAS) au ministère de la santé et des solidarités, Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable à la DGAS, et Serge Canape, adjoint au chef du bureau des personnes âgées à la DGAS..... 117
10 heures	– MM. Bernard Cazeau, sénateur, président du conseil général de la Dordogne, président de la commission politiques sociales et familiales de l’Assemblée des départements de France (ADF), et Jean-Michel Rapinat, chef du service développement social de l’ADF..... 123
3 novembre 2005	
9 h 45	– Mmes Dominique Beaumont, directrice de la direction vosgienne des interventions sociales, direction personnes âgées et personnes handicapées, et Nadine Brulé, chef du service des établissements et de la tarification du Conseil général des Vosges, M. Francis Lacoste, directeur de la Solidarité du Conseil général des Landes, et M. Yves Schaeffer, directeur général adjoint chargé de l’action sociale du Conseil général du Nord..... 129
11 h 15	– Mme Bernadette Coulon-Kiang, directrice générale du centre d’action sociale de la ville de Paris, M. Alain Ananos, directeur général adjoint des services et directeur général du centre communal d’action sociale de la ville de Besançon, Mme Marie-Pierre Petitot, directrice du pôle autonomie de la ville de Besançon, et M. Pierre Benhamou, directeur du pôle senior et directeur général adjoint des actions gérontologiques du centre communal d’action sociale de la ville de Bordeaux..... 137
17 novembre 2005	
9 h 30	– M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités..... 146

10 h 30	– M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	152
11 h 30	– M. Michel Peltier, directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France, M. Christian Meurin, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Finistère, et M. Michel Dmuchowski, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Garonne.....	159
1^{er} décembre 2005		
9 h 30	– MM. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, Jean-François Carrez, président de la cinquième chambre, Georges Capdeboscq, conseiller maître à la cinquième chambre, Jean-Pierre Bayle, conseiller maître à la cinquième chambre, M. Jean-Louis Beaud de Brive, conseiller maître, président de la Chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, Mme Rolande Ruellan, conseillère maître, présidente de la 1 ^{ère} section de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Noël Diricq, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, et Mme Marine Camiade, auditrice à la cinquième chambre de la Cour des comptes.....	168
11 heures	– M. François Carayon, sous-directeur de la 6 ^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.....	179
11 h 45	– Mme Myriam Revel, sous-directrice en charge de l'organisation du système de soins à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des solidarités.....	184
15 décembre 2005		
9 h 30	– M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).....	189
10 h 30	– M. Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées (ADEHPA), et M. Claudy Jarry, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.....	198
11 h 30	– M. Yves Journal, président du syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) et Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du SYNERPA, MM. Emmanuel Duret, président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) et Yves-Jean Dupuis, directeur de la FEHAP.....	207
19 janvier 2006		
9 h 15	– M. Jean-Louis Sanchez, délégué général de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS).....	213

10 h 15	– Mme Michelle Landreau, première vice-présidente de l’Union nationale des associations du service à domicile (UNADMR) et Mme Stéphanie Bertrand, conseiller technique ; M. Emmanuel Verny, directeur général de l’Union nationale de l’aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ; Mme Isabelle Donnio, directrice de l’Association des soins pour personnes âgées et handicapées du nord-ouest de Rennes (ASPANORD).....	219
11 h 30	– Mme Dominique Bachelin, directrice de l’hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez, Mme Maryse Arnaud, directrice-adjointe du Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins, en charge du secteur des personnes âgées et M. François Bonnevey, chef du service de gériatrie et médecin coordonnateur de l’Unité Alzheimer, et MM. Michel Thiry, président de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile (FEDOSAD) et Pierre-Henri Daure, directeur des établissements de la FEDOSAD.....	227
2 février 2006		
9 h 30	– Mme Mireille Elbaum, directrice de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de l’emploi, de la cohésion sociale et du logement, et Mme Nicole Roth, sous-directrice de l’observation de la solidarité à la DRESS ; Mme Anne-Marie Léger, inspectrice à l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS), et M. Michel Laroque, inspecteur général à l’IGAS.....	236
10 h 30	– M. Claude Martin, directeur de recherche au CNRS, directeur du Laboratoire d’analyse des politiques sociales et sanitaires de l’École nationale de la santé publique.....	243
11 h 30	– Mme Josiane Blanc, membre du bureau de l’Union confédérale des retraités UCR-CGT, M. Richard Tourisseau, conseiller fédéral à la Fédération des services de santé et des services sociaux CFDT, Mme Josette Ragot, membre du bureau et responsable du secteur de l’aide à domicile de la Fédération nationale de l’action sociale Force ouvrière des personnels des services publics et des services de santé (CGT-FO), M. André Hoguet, membre du conseil confédéral de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et des services sociaux (CFTC), M. Jean-Claude Thomas, délégué national pour les établissements d’hébergement des personnes âgées de la Fédération de la santé, de la médecine et de l’action sociale CFE-CGC.....	249
14 février 2006 ⁽³⁴⁾	– M. André Mazier, conseiller chez Dexia Rhône Alpes sur le financement des investissements dans les établissements d’hébergement des personnes âgées – M. Michel Thierry, inspecteur général à l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS), en charge d’une mission sur les unités de soins de longue durée (USLD)	
16 février 2006	– M. Patrick Hermange, directeur de la caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), M. Jean-Paul Le Bail, président de la commission d’action sanitaire et sociale de la CNAVTS, et M. Claude Périnel, directeur national de l’action sociale de la CNAVTS.....	259

(34) Auditions non ouvertes à la presse et n’ayant pas donné lieu à compte rendu.

	– Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas, chef du service de l’habitat et de la construction au ministère des transports, de l’équipement, du tourisme et de la mer, et M. Jean-Pierre Bardy, sous-directeur de la qualité et du développement durable de la construction à la direction générale de l’urbanisme, de l’habitat et de la construction, plus particulièrement chargé des questions techniques relatives aux normes de sécurité, notamment incendie.....	265
	– M. Marc-René Bayle, adjoint au directeur général des collectivités locales (DGCL) au ministère de l’intérieur et de l’aménagement du territoire, M. Bernard Nouvier, adjoint au chef du bureau de la réglementation incendie et des risques de la vie courante à la direction de la défense et de la sécurité civiles, M. Emmanuel Aubry, chef du bureau des services publics locaux de la DGCL, et M. Jérôme Teillard, adjoint.....	268
	– M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l’action sociale (DGAS) au ministère de la santé et des solidarités, Mme Annick Bony, chef du bureau personnes âgées de la DGAS, et M. Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable de la DGAS.....	275
21 février 2006	– M. Denis Piveteau, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.....	281
	– M. Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.....	287
22 mars 2006 ⁽³⁵⁾	– M. Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable (DGAS)	
	– M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes	

(35) Auditions non ouvertes à la presse et n’ayant pas donné lieu à compte rendu.

ANNEXE 3 : COMPTES RENDUS DES AUDITIONS

AUDITIONS DU 6 OCTOBRE 2005

Audition de M. Stéphane Le Bouler, coordinateur santé, responsable de la mission établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au Commissariat général du Plan

M. Pierre Morange, coprésident : La MECSS reprend aujourd'hui ses auditions publiques.

Avant de commencer les travaux de cette nouvelle session, je rappelle que la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a, en particulier, renforcé les pouvoirs de la MECSS. Celle-ci entend les utiliser pleinement. Elle saisira notamment le gouvernement et les organismes de sécurité sociale concernés par ses conclusions. En application des nouvelles dispositions, ils devront répondre dans un délai de deux mois.

La mission d'évaluation et de contrôle, comme elle l'avait décidé début juillet, a poursuivi durant l'été sa réflexion sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale et le rapport sur ce sujet devrait être prochainement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur.

S'agissant du Plan Biotox, deuxième thème d'étude de la MECSS pour cette année, j'indique que, exceptionnellement, en raison du caractère confidentiel défense du rapport que la Cour des comptes a établi sur ce sujet et qu'elle viendra présenter la semaine prochaine, les auditions du mercredi 12 octobre auront lieu à huis clos et seront réservées aux membres de la MECSS.

Nous commençons maintenant notre cycle d'auditions sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées.

Notre premier invité est M. Stéphane Le Bouler, qui est coordinateur santé, responsable de la mission établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au Commissariat général du plan. Ce dernier a remis, en réponse à une demande du précédent gouvernement, un premier rapport sur l'évaluation des besoins en places dans les établissements d'hébergement des personnes âgées. M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, a adressé au mois d'août dernier une nouvelle demande au commissariat général du Plan. Vous nous en parlerez.

Je laisse la parole à Mme Paulette Guinchard, rapporteure, qui, vous le savez, connaît particulièrement bien ce sujet.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Notre mission va particulièrement s'intéresser à la connaissance du système de financement de l'ensemble des établissements qui prennent en charge des personnes âgées. Vous-même avez été chargé par le gouvernement d'un travail sur l'évolution des besoins en hébergement et je souhaite que vous nous disiez quels points vous paraissent les plus importants et quels éléments vous ont amené à faire un certain nombre de propositions. Mais, j'insiste, c'est vraiment une clarification du système de financement qui nous paraît primordiale.

M. Stéphane Le Bouler : Le premier rapport nous avait été commandé en février par Mme Catherine Vautrin, et il a été remis en juillet. Le gouvernement nous a alors commandé deux volets complémentaires, plus spécifiquement consacrés aux questions de financement et de répartition territoriale des besoins.

En ce qui concerne l'évaluation des besoins en hébergement, nous avons d'abord dressé un état des connaissances, à partir des enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendances (HID) de l'INSEE et Établissements d'hébergement des personnes âgées (EHPA) de la DREES, qui marquaient déjà un progrès important. Cet état a constitué la base de départ qui a permis d'établir des hypothèses communes d'évolution de la dépendance dans les cinq, dix et vingt ans à venir.

Nous sommes partis de trois hypothèses, et notre travail nous a permis d'en mettre deux en avant, en laissant de côté la plus optimiste. Nous avons ensuite modélisé cinq scénarii de prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissements, à partir du critère essentiel de l'isolement de la personne et sur la base de 406 200 personnes de plus de 75 ans hébergées fin 2003 en maisons de retraite et en établissements de soins. Les discussions au sein de la mission ont permis de réduire à trois le nombre de ces scénarii, en excluant les hypothèses de plus fort taux d'entrée en institution et de plus fort maintien à domicile.

Parmi les scénarii restant, un peut être qualifié de tendanciel, c'est-à-dire qu'il suppose que le taux de prise en charge en établissements se maintienne pendant toute la période, seuls les effectifs de personnes âgées dépendantes évoluant ; un autre table sur un maintien accru à domicile, avec un recours aux établissements pour les seuls GIR 3 et 4 ; le dernier prévoit un nombre accru de résidents en établissements parmi les GIR 1 et 2. Pour 2010, c'est-à-dire demain en termes de construction, nous n'avons retenu que le scénario tendanciel. Avec l'hypothèse d'un maintien accru à domicile, nous envisageons une diminution de 3 à 16 % du nombre de places requises en 2015 et en 2025. Avec un nombre supérieur de résidents en établissements, le besoin en place s'accroîtrait, aux mêmes dates, de 20 à 53 %. J'ajoute que ces chiffres doivent être considérés en tenant compte du nombre de places déjà créées en 2004 et en 2005 avec le plan vieillissement-solidarité.

Nous avons ensuite essayé de dresser l'état du parc actuel afin de connaître le besoin de renouvellement, qui s'ajoute à celui de créations de places nouvelles. Tous nos interlocuteurs ne sont toutefois pas d'accord sur la signification de ces besoins de renouvellement. Certains mettent en avant la taille des chambres et considère que 37 % du parc sont obsolètes dès lors que les chambres individuelles font moins de 16 m² et les chambres doubles moins de 20 m². D'autres s'attachent plutôt aux éléments de confort ou de sécurité.

Nous avons aussi essayé de regarder l'état du parc en fonction du critère de répartition territoriale. Pour cela nous avons tracé une carte de France qui tient compte de l'ensemble des établissements. Il est évident que nous aurions eu une autre carte si nous nous étions intéressés uniquement aux maisons de retraite ou aux foyers logements. La carte que nous avons obtenue permet de comparer les différents points du territoire avec une moyenne nationale, mais pas de repérer précisément les besoins.

Nous constatons aussi une difficulté à évaluer la dépendance au niveau départemental. En effet l'enquête HID, menée de 1998 à 2001, était nationale, et très lourde puisqu'elle portait sur 18 000 personnes, mais son extension n'a concerné que sept départements et une région. Pour ces derniers, nous avons une connaissance précise de la population dépendante, pour tous les autres nous ne pouvons faire que des approximations,

même si la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) nous permet désormais d'avoir une image plus fidèle des besoins, traduits en demandes d'allocations. Sans doute les conseils généraux et les services départementaux disposent-ils de ressources et de connaissances qui leur permettent d'approcher ces besoins de façon plus fine.

M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, nous a demandé, au moment de la remise du rapport, d'approfondir un scénario dit « équilibré » de prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui permette de faire droit à la notion de libre choix de ces personnes et qui se situe entre le scénario tendanciel et celui du maintien accru à domicile. Dans ce registre, nous avons travaillé sur la prise en charge en établissements, mais aussi sur toute la gamme des prises en charge, qui va de l'aide ménagère aux unités de soins de longue durée. Nos études ont également porté sur l'ensemble des coûts, sur le dispositif de péréquation, sur le portage des projets, sur les éléments de cadrage et le financement global de la dépendance, sur les bonnes pratiques de planification gérontologique ainsi que sur les moyens d'aider davantage les départements dans l'exercice de cette tâche.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Vous êtes donc entrés dans une nouvelle phase de votre travail, mais je suppose que ce que vous avez déjà fait a permis une meilleure compréhension des systèmes de financement.

J'aimerais avoir votre sentiment sur la façon d'aborder la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées. L'outil le plus complet dont on dispose est l'enquête HID et je suis quelque peu surprise qu'un aussi grand nombre de départements aient choisi de la refuser. Mais avez-vous identifié d'autres moyens de connaissance de la dépendance, en particulier pour les conseils généraux qui ont besoin de comprendre et d'analyser le phénomène ?

Que sait-on par ailleurs de l'évolution des durées moyennes de séjour et de la demande des personnes âgées et de leurs familles ? A-t-on mis en corrélation cette durée avec l'âge et l'évolution des besoins, en allant au-delà de l'enquête HID ? Les différents types d'établissements vous paraissent-ils adaptés à la demande ? Comment sont pris en compte les nouveaux dispositifs d'accueil de jour et d'accueil temporaire ainsi que les réseaux de soins ?

J'aimerais aussi savoir comment vous prenez en compte les besoins : je m'étonne que la prospective porte d'abord sur la taille des chambres. Il me semblait que d'autres critères pouvaient être utilisés pour une véritable analyse de la demande. Ainsi, je m'intéresse particulièrement aux travaux menés actuellement sur le temps d'écoute et de dialogue avec les personnes âgées.

M. Stéphane Le Boulter : S'agissant des questions de financement, les travaux vont porter sur l'accessibilité financière pour les usagers, les projets d'équipement et de services et leur financement, les éléments de cadrage macro-économique pour ce qui concerne les charges, les éléments de financement de la dépendance.

Pour l'accessibilité financière, il faut bien entendu travailler sur l'évolution des capacités contributives, sur les perspectives en matière de revenus et le patrimoine des personnes âgées et de leurs familles. Au début de nos travaux, nous entendions beaucoup parler des effets de la loi Fillon portant réforme des retraites sur les revenus des futurs retraités ; c'est une question qui mérite d'être creusée. Il faut aussi étudier un certain nombre de prestations attribuées au titre de la politique du logement et l'APA. Il conviendrait par ailleurs de pouvoir mesurer les dépenses fiscales : nous sommes incapables d'identifier, dans

l'ensemble des réductions d'impôt liées à la garde à domicile, ce qui relève des personnes âgées dépendantes.

Face aux capacités contributives, il faut bien sûr travailler sur la tarification des services. Peut-être faut-il envisager une nouvelle réforme de la tarification ou une simplification, mais c'est un sujet sensible. Il faut aussi se demander ce que signifie le libre choix avec le système de tarification actuel. Est-on parvenu, avec l'APA, à mettre en œuvre la neutralité du choix pour les personnes âgées, ce qui était un des objectifs poursuivis ?

M. Pierre Morange, coprésident : Aux questions pertinentes de notre rapporteur, vous répondez par d'autres questions, ce qui n'est guère productif. Elle vous a en particulier interrogé sur l'état des lieux financier, c'est-à-dire sur l'ensemble des ressources qui ont vocation à financer le secteur de la dépendance : APA, sécurité sociale, fonds sociaux des caisses, départements, centres communaux d'action sociale (CCAS), mais aussi contribution des familles. Est-il possible de tracer des lignes directrices, d'identifier l'origine des financements, bref, de clarifier l'ensemble du sujet ?

M. Stéphane Le Bouler : Peut-être faut-il passer outre les résistances des organismes de statistiques pour aboutir à un compte « approché » de la dépendance. Une difficulté, sur des masses très importantes, est d'évaluer les dépenses fiscales correspondant à la prise en charge de la dépendance.

S'agissant du coût des investissements pour la création de places ou pour la rénovation, on peut avoir des fourchettes assez précises.

Mme Paulette Guinchard, rapporteur : Sait-on réellement qui investit, c'est-à-dire qui paie les constructions et les travaux ? Quelle est la part des maisons de retraite, des départements, des organismes publics ?

M. Stéphane Le Bouler : Nous n'avons pas d'analyse des tours de table de financement, c'est un travail qui reste à faire. Nous disposons simplement d'éléments quant aux initiatives prises depuis quelques années par les différents opérateurs. On constate que les structures privées à but lucratif se sont désengagées, bien avant les structures publiques, des logements-foyers, alors qu'elles ont fait un effort important pour les maisons de retraite. Les plus gros opérateurs privés sont bien plus avancés dans la signature des conventions tripartites que les structures privées non lucratives et que les organismes publics.

On ne voit pas beaucoup de rationalité dans la façon dont certains responsables départementaux justifient la manière dont a été financée telle ou telle opération. Le but est-il de maintenir un prix de journée raisonnable, et comment ? Ou s'agit-il de parvenir à l'autofinancement des structures ? On ignore aussi largement si les caisses sont toujours engagées dans ces opérations, avec des prêts à taux zéro ou d'autres formules de financement.

Certains voudraient que le département soit non seulement le planificateur, mais aussi le financeur subsidiaire, ce qui n'est pas conforme aux lois de décentralisation.

M. Georges Colombier : Pouvez-vous nous en dire davantage sur le devenir des logements-foyers ? Ils doivent, lorsque les locaux s'y prêtent, aller vers une médicalisation et répondre aux exigences de sécurité liées au vieillissement des personnes accueillies. Quels sont les modes de financement possible pour cette mise à niveau ?

M. Stéphane Le Bouler : Il y a eu sur ces questions un certain nombre d'expertises, par le Conseil général des Ponts et Chaussées et, plus récemment, par la direction générale de l'action sociale (DGAS) et par la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHUC) du ministère de l'équipement. Pour autant, on n'a pas de vision claire des perspectives des structures porteuses pour la rénovation des logements-foyers. Environ 20 % du parc, où on accueille déjà une population largement dépendante, ont vocation à être restructurés et à passer en EHPAD, perdant ainsi leur vocation d'origine. En raison de ses caractéristiques architecturales, une autre partie du parc paraît devoir être consacrée à un autre usage ou disparaître. Et puis il y a tous les établissements intermédiaires, qui ont accueilli des personnes âgées dépendantes non par vocation mais parce qu'elles le sont devenues au fil du temps ou parce qu'elles y sont venues pour des raisons de proximité. Ces établissements se tournent aujourd'hui vers les départements, qui ont tendance à considérer qu'ils n'en ont pas directement la responsabilité, d'autant qu'il est souvent plus intéressant, pour eux, de créer une place d'EHPAD que de rénover une place en logement-foyer. La question du rôle des bailleurs sociaux est également posée. Enfin, les communes qui se sont lancées dans de telles opérations n'ont pas forcément les moyens de procéder aux rénovations.

Les logements-foyers posent également un problème de planification gérontologique car, la plupart du temps, ils n'apparaissent même pas dans les programmes des départements : on sait qu'ils accueillent des personnes âgées dépendantes, mais ils demeurent hors de la programmation car ils ne relèvent pas des circuits habituels de financement. Aussi, quand il s'agira pour nous de faire des recommandations de planification départementale, insisterons-nous sans doute sur l'intégration de cette ressource dans la planification. Parce qu'elles font le lien entre le domicile et l'établissement, ces structures ont peut-être encore des choses à nous apprendre sur les futurs modes de prise en charge. Pour autant, l'état du parc et les problèmes de responsabilité financière ne permettront sans doute pas de maintenir durablement l'essentiel de ce parc, qui représente 23 % de l'ensemble des 670 000 places existantes.

M. Jean-Luc Prél : En Vendée, les logements-foyers fonctionnent depuis l'origine comme des maisons de retraite, tout simplement parce que les HLM qui ont bénéficié des prêts aidés par l'État pour les locaux à usage locatifs (PLA) pour les construire les ont appelés ainsi, mais les chambres et sanitaires sont satisfaisants pour les personnes âgées dépendantes.

J'ai apprécié que vous rappeliez dans votre rapport que, dans les sociétés anciennes, il appartenait aux familles de se préoccuper de leurs anciens. Ce qui pose donc problème, c'est l'évolution de notre société.

De nouvelles structures sont apparues, comme les maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) qui sont en fait des maisons de famille accueillant une douzaine de personnes âgées, mais, dans la mesure où elles deviennent dépendantes, la question de la médicalisation se pose et j'aimerais savoir si vos travaux vous permettent de préconiser une taille minimale qui permette aux établissements de supporter les dépenses de fonctionnement.

Par ailleurs, quand, dans un établissement accueillant 80 personnes, désormais essentiellement dépendantes, on a une seule garde de nuit, on peut s'interroger sur ce que doit être, humainement, l'encadrement idéal. Avez-vous une idée à ce propos ?

M. Stéphane Le Bouler : Sur la taille des établissements, un consensus semble se dessiner autour de 60 à 80 places, mais sans véritable argument déterminant en termes de

rationalité. Autant cette taille peut se comprendre pour les opérateurs à but privé lucratif, qui sont organisés en réseau et réalisent ainsi des économies d'échelle, autant, pour les opérateurs publics et associatifs, elle semble correspondre plus à des contraintes de sécurité et à la disponibilité des surfaces qu'à de véritables considérations économiques.

S'agissant du taux d'encadrement, le premier rapport donnait toute une gamme d'estimations sur les besoins en effectifs liés aux différentes hypothèses. Au grand dam de la Fédération hospitalière de France (FHF), nous n'avons pas testé leur proposition d'un encadrement de 0,9 agent par place, considérant qu'avec les conventions tripartites et la politique de médicalisation, des étapes importantes avait déjà été franchies ces dernières années, le taux d'encadrement ayant fortement augmenté de 1996 à 2003. Mais cette hypothèse pourra être testée dans le prochain rapport. Quand bien même les finances publiques pourraient supporter de telles dépenses, rien ne garantit que l'attractivité de ces métiers serait suffisante pour qu'on puisse à la fois compenser les départs en retraite et recruter massivement. La proposition de la FHF s'inspire du taux d'encadrement dans les établissements pour handicapés lourds, il n'est pas évident pour autant qu'elle soit ici pleinement rationnelle.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les questions de mes collègues montrent combien il est important de savoir qui est porteur de l'investissement. Or, vous n'avez pas répondu sur la part que représente l'investissement dans le prix de journée qui reste à la charge des personnes âgées. Avez-vous travaillé sur cette question ? J'espère que la suite de nos auditions nous permettra d'obtenir des réponses.

Avez-vous par ailleurs intégré dans votre réflexion la question de l'évolution de la durée moyenne de séjour, en relation avec l'âge moyen d'entrée dans les maisons de retraite ? C'est peut-être un des moyens de comprendre l'évolution des besoins.

Avez-vous enfin constaté et pris en compte une évolution liée aux réseaux de soins gérontologiques ? Je pense en particulier aux travaux que la Mutualité sociale agricole (MSA) a elle-même menés sur les MARPA et, surtout, sur les réseaux de soins, qui semblent de nature à faire évoluer considérablement les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge.

M. Stéphane Le Bouler : Les données qui vous ont été fournies à partir de l'enquête EHPA de la DREES ne portaient que sur des échantillons. On attend donc – je l'espère avant la fin de nos travaux et des vôtres – une exploitation de ces éléments en ce qui concerne les caractéristiques des personnes hébergées, la durée moyenne de séjour et l'âge d'entrée.

M. Pierre Morange, coprésident : Une des personnes que nous allons auditionner estime à 36 mois la durée moyenne de séjour. Pouvez-vous, même si vous attendez plus de données, commenter cette estimation, car jusqu'ici cette audition nous a surtout permis de mesurer le champ de notre ignorance partagée.

M. Stéphane Le Bouler : La question doit être considérée en fonction du statut des établissements. Un des problèmes des logements-foyers est que les gens restent très longtemps, y compris quand ils deviennent dépendants. Dans les unités de soins de longue durée, la durée de séjour n'est pas du tout la même. L'estimation de 36 mois est sans doute surtout valable pour les maisons de retraite.

Je reviens aux réseaux de soins. Nous nous sommes aperçus avec étonnement que la coordination entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les DDASS et les

départements, donc entre la planification sanitaire et la planification gérontologique, n'avait aucune base officielle et ne reposait que sur les bonnes relations entre les responsables des uns et des autres. De même, si le plan Hôpital 2007 a entraîné d'importantes restructurations, la question de la vocation des hôpitaux locaux à structurer les réseaux gérontologiques et à accueillir des personnes âgées dépendantes n'a pas été posée. Il ne paraîtrait donc pas déraisonnable de rationaliser quelque peu ces exercices de programmation.

La DATAR et d'autres organismes mettent l'accent sur ce qu'apportent les réseaux gérontologiques, et des expériences très intéressantes sont menées. Mais on a toujours du mal à distinguer ce qui relève de l'incantation de ce qui relève d'une mise en œuvre raisonnée, et il faut désormais que tout cela se traduise en termes de gouvernance du système de santé. Le fait que les départements aient désormais la pleine responsabilité de la planification gérontologique, pour les établissements comme à domicile, est un gage de développement des structures.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie d'avoir conclu sur une note d'optimisme.

Nous avons pu mesurer l'immensité du champ d'investigation, ce qui ne fait que confirmer la pertinence du thème que la MECSS a choisi. Nous aurons à cœur d'avancer sur la mesure des besoins, sur la réflexion prospective et sur les moyens nécessaires.

*

Audition de M. David Causse, délégué général adjoint de la Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Pierre Morange, coprésident : Nous accueillons maintenant M. David Causse, délégué général adjoint de la Fédération hospitalière de France.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : La Fédération hospitalière de France fait un travail d'analyse sur les questions de financement, qui préoccupent particulièrement notre mission, et c'est ce qui justifie votre présence ce matin. Nous souhaitons donc vous entendre sur la connaissance des systèmes de financement, aussi bien pour chaque structure que de façon globale, mais aussi sur un certain nombre de questions plus précises : les dispositifs actuels de financement répondent-ils à la typologie des établissements ? Le système de tarification est-il adapté à cette typologie ? Quelles sont les modalités de financement des investissements ? Avez-vous étudié plus particulièrement la prise en compte de l'amortissement des investissements dans le prix de journée qui reste à la charge des personnes âgées ?

M. David Causse : Je vous remercie, au nom de la Fédération hospitalière de France, de nous avoir invités à vous faire part de nos réflexions.

Notre fédération rassemble la représentation des conseils d'administration de l'ensemble des établissements publics de santé – les hôpitaux –, mais aussi des établissements publics sociaux et médico-sociaux : maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées. Cela représente au total plus de 2 000 sites, 76 000 lits de longs séjours étant rattachés à quelque 1 000 hôpitaux, soit 95 % des capacités d'hébergement, et 100 000 lits de maisons de retraite étant rattachés à des établissements publics de santé. Pour les établissements autonomes, qui n'ont pas d'activité sanitaire, il y a aussi près de 100 000 lits, sans parler des autres facettes de la graduation de l'activité en direction des personnes

âgées, comme les services de soins infirmiers à domicile – près de 8 000 places –, les places d'accueil de jour et les places d'accueil temporaires, qui sont là, dans une perspective de qualité de vie et d'optimisation des moyens, pour retarder le plus possible l'entrée en établissement.

Vous me demandez de tracer une perspective d'ensemble. De mon point de vue, c'est le mot démographie qui résume le grand défi auquel est confrontée l'organisation sanitaire et sociale, mais aussi économique et culturelle, de notre pays. Nous allons être en effet, de façon beaucoup plus rapide que cela n'a été envisagé lors de la réforme des retraites, face à un véritable choc. Après l'hémorragie de la guerre de 14-18 qui a entraîné l'effondrement, 80 à 90 ans plus tard, des effectifs de population, 1924 a été l'année de la remontée du nombre de naissances. Si on considère qu'aujourd'hui l'âge de perte d'autonomie, de troubles mnésiques, de difficultés de la vie quotidienne rendant incontournable l'aide à domicile, voire, dans le cas de troubles des fonctions supérieures, l'entrée en établissement, est de 83 à 84 ans, on s'aperçoit que c'est dès 2007-2008 que nous allons être confrontés à de très grandes difficultés, même si on peut espérer encore des progrès thérapeutiques. Pour les personnes âgées comme pour leurs familles, dans certains territoires, rechercher une place deviendra alors un véritable enfer. Cela a d'ailleurs déjà commencé dans certaines régions. Et les choses sont encore plus complexes si on prend en compte les difficultés d'accès financier à ces places.

Le deuxième mot clé est celui d'épidémiologie. Les travaux menés par Jean-François Dartigues et son équipe ont permis d'identifier les enjeux de la pandémie d'Alzheimer. Avec, selon le degré de sévérité, entre 600 000 et 800 000 cas déclarés et plus de 100 000 nouveaux cas par an, on voit bien qu'il y a un enjeu très particulier autour des troubles des fonctions supérieures. De ce point de vue nous sommes, dans l'articulation et la graduation entre domicile et établissement, à la fois victimes et bénéficiaires de notre succès. En effet, si nous savons faire tout ce qui relève de l'aménagement matériel – adaptation d'une salle de bains, installation d'un ascenseur, aménagement de la luminosité – nous ne sommes pas capables de répondre à des polyopathologies marquées par des troubles des fonctions supérieures et qui empêchent de rester chez soi, en dépit du dévouement du conjoint, de la fille ou de la belle-fille – car cet effort porte essentiellement sur les femmes. Ce sont ces troubles qui rompent le subtil équilibre de l'aide à domicile auquel les proches étaient parvenus. Les établissements doivent donc être en même temps des lieux de vie, des lieux accueillants, mais ils ne correspondent plus à l'image d'Épinal des maisons de retraite d'il y a vingt ans et des bonnes grand-mères aux yeux bleus pétillants et aux cheveux blancs légèrement argentés : aujourd'hui, un résident sur deux est atteint de troubles des fonctions supérieures.

On voit bien que l'intuition qu'avaient eue les pouvoirs publics, il y a une dizaine d'années, que la nécessité de médicaliser les maisons de retraite était bonne. Les ressources que la collectivité y a consacrées étaient nécessaires. Beaucoup reste néanmoins à faire pour une réévaluation, parce que les moyens engagés ont été irréguliers et parce que le niveau d'équipement laisse penser que les personnes âgées en perte d'autonomie sont en fait des assurés sociaux de seconde zone. En effet, dans une maison de retraite dite « médicalisée », l'assurance-maladie n'engage que 28 à 33 euros par personne et par jour, soit seulement l'équivalent d'une heure de travail d'une aide-soignante, alors que les professionnels considèrent qu'il faudrait deux ou trois heures. C'est de là que vient le décalage entre le sentiment justifié des familles de payer très cher et la nécessité dans laquelle elles se trouvent de devoir parfois aider la personne âgée à manger ou à faire sa toilette. Cela tient simplement au fait que la disproportion entre la partie mutualisée de l'effort et celle qui est

assumée individuellement est bien plus grande que dans tous les autres domaines de l'action sanitaire et sociale.

Votre question sur la typologie des établissements et des offres me permet de rappeler la diversité des intervenants dans l'aide, l'accompagnement et l'hébergement des personnes âgées. Le secteur public est prédominant en volume, qu'il s'agisse de celui que représente notre fédération ou de celui que gèrent les centres communaux d'action sociale, plus présents dans le domaine des logements-foyers. Le secteur privé associatif est également important, surtout pour l'aide à domicile. Enfin le secteur privé commercial s'est développé ces dernières années de manière particulièrement dynamique. Je considère que c'est parce que ces secteurs sont différents qu'ils sont complémentaires, et je crains souvent que les pouvoirs publics ne soient tentés de renoncer à cette diversité.

Pour la FHF, la contiguïté avec le secteur hospitalier est un atout très important : on voit bien que le diagnostic précoce de l'Alzheimer est un acte de haute technicité. On voit aussi que, pour la filière des soins gériatriques, qui part parfois des urgences, il y a un grand intérêt à disposer d'une offre d'hébergement médicalisé qui s'articule avec le vivier de professionnels de santé que constitue l'hôpital.

Dans l'hébergement médicalisé, coexistent longs séjours et maisons de retraite. Fort heureusement, le Gouvernement a abandonné le projet qu'il nourrissait cet été d'assimiler les deux types d'hébergement. La tentation resurgit toutefois dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006. Pourtant certaines pathologies sont impossibles à prendre en compte par les maisons de retraite, qui ne peuvent accueillir les personnes en GIR 1 et 2 dont l'état médical n'est pas stabilisé.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Cela signifie-t-il que le financement unique actuel est inadapté ? Les gens qui demandent une place en établissement recherchent-ils du long séjour plutôt qu'un accueil classique en maison de retraite ? Ressentez-vous une évolution profonde des demandes ?

M. David Causse : Je l'ai dit, dans une maison de retraite dite « médicalisée », on peut au mieux assurer une permanence d'aide-soignante. J'y insiste car, en cas d'incendie, s'il était impossible d'évacuer les résidents, nous aurions tous – décideurs comme opérateurs – à répondre du fait d'avoir laissé ces personnes dans un tel état de vulnérabilité.

Les unités de longs séjours se caractérisent par, au mieux, la permanence d'une infirmière 24 heures sur 24. On a bien besoin d'une telle permanence dans un certain nombre de cas. Ces établissements sont également adossés à un plateau technique et à ses ressources humaines.

Je ne pense pas que ces différences invalident un schéma de tarification extrêmement inventif, qui ne pose pas de problème de structure mais plutôt de débit. Ce qui est intéressant dans le système actuel de financement c'est qu'il allie une dotation globale de l'assurance-maladie ou des collectivités territoriales, un financement attribué à la personne au titre de la perte d'autonomie de GIR (groupe iso-ressources de la grille AGGIR) 1 à 4 et un financement par la personne, c'est-à-dire le tarif d'hébergement ou la prise en charge par l'aide sociale départementale si la personne et sa famille n'ont pas les moyens nécessaires. Les pouvoirs publics ont eu la bonne idée d'associer les trois types de financement possibles. Il n'y en a pas d'autre ! La question qui se pose est donc celle de l'équilibre entre les trois.

Il existe une demande de lieux de vie définitifs, médicalisés pour les personnes dont l'état instable ne permet pas qu'elles soient en maison de retraite. Par ailleurs, le standing

retenu pour la « médicalisation » des maisons de retraite – une heure d’aide-soignante, charges comprises, par personne – place de fait ces maisons dans l’impossibilité de faire face à l’essentiel des flux, c’est-à-dire d’accueillir des personnes présentant des troubles des fonctions supérieures. Les directeurs sont ainsi amenés à gérer les GIR moyens pondérés en fonction de la tension et du degré de découragement de leurs équipes, c’est-à-dire à ne pas admettre, faute de pouvoir les soutenir collectivement, les personnes présentant des troubles les plus sévères.

Il y a par ailleurs une vraie différence entre les implantations urbaines et rurales. Si un bon nombre de places, y compris en secteur privé commercial, ont été créées ces dernières années, elles l’ont été surtout dans les villes, là où la pérennité de l’investissement immobilier est garantie. Cela amène à se demander quelle sera l’offre et quels seront les opérateurs dans les territoires ruraux, d’autant qu’on sait que si le niveau moyen des retraites est de 1 100 euros par mois – soit 37 à 38 euros par jour –, on tombe à moins de 800 euros pour les retraites des paysans et à 600 pour celle des femmes. Or, le secteur public, qui est le moins cher, arrive à un prix de journée de près de 43 euros en milieu rural, ce qui représente un très gros effort pour les personnes âgées et leurs familles. On le voit, l’offre accessible à la majorité de la population ne correspond pas à la réalité de ses ressources.

M. Georges Colombier : Je souhaite m’attarder un instant sur la comparaison entre longs séjours et maisons de retraite. J’ai constaté, en particulier en milieu rural, qu’au prix d’efforts importants, ces dernières accueillent, avec des moyens moindres, des personnes dont la dépendance est aussi lourde, allant même parfois jusqu’aux soins palliatifs.

Vous avez raison par ailleurs de dire que les familles paient cher. Ce qu’elles ne comprennent pas, c’est de devoir supporter la part d’investissement, qui peut être très importante dans un établissement neuf ou qui vient d’être humanisé. Que je sache, quand on utilise un gymnase, on ne paie pas d’investissement et d’ailleurs même pas le fonctionnement.

M. David Causse : Je partage entièrement votre analyse. J’ai dit beaucoup de bien de la réforme de la tarification, qui a traversé des heurs et malheurs ces dernières années et qui s’est même trouvée en apnée fin 2002-début 2003, ce secteur ayant été oublié sous le mandat de M. Jean-François Mattei (*M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, proteste*).

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris votre rappel historique, mais je vous invite plutôt à répondre à la question de M. Georges Colombier.

Je rappelle quand même que M. Mattei a fait un travail remarquable en faveur de la tarification à l’activité dans les établissements de santé et qu’il s’était fortement investi dans le plan Hôpital 2007, afin de valoriser un patrimoine malheureusement laissé en déshérence.

S’agissant de l’accessibilité financière, pouvez-vous nous parler des écarts de coûts entre les établissements, qui peuvent aller de un à trois, sans que cela soit obligatoirement lié au coût du foncier ou à la masse salariale ?

M. David Causse : La réforme de la tarification engagée par les pouvoirs publics, interrompue, puis reprise par M. Hubert Falco, a de nombreux mérites, mais elle a aussi des limites. Si on a logiquement fixé un curseur de la perte d’autonomie, avec la grille AGGIR, inventée par plusieurs gériatres et par la CNAMTS, on a simplement oublié qu’on pouvait être en perte d’autonomie sans être malade et malade sans perdre son autonomie. Il existe une autre grille, PATHOS, qui permet d’identifier objectivement les besoins de soins. Or,

ceux qui sont dispensés par les établissements de long séjour et par les maisons de retraite ne sont pas du tout les mêmes. Les pouvoirs publics ont rapidement perçu cette nuance, et M. Falco avait clairement demandé à ses services, en cas de doute sur la grille AGGIR, d'aller chercher des informations complémentaires par PATHOS. Une analyse plus fine des services rendus par les établissements peut donc être faite par la CNAMTS.

Vous avez évoqué le sujet majeur de la fin de vie et des soins palliatifs, vis-à-vis desquels les médecins traitants intervenant en maison de retraite sont mal à l'aise, faute d'y être habitués. On constate ainsi une propension assez fréquente à réhospitaliser les personnes âgées au dernier moment, ce qui est à la fois coûteux et préjudiciable à leur qualité de vie, sans que cela apporte une véritable espérance de vie supplémentaire.

De ce point de vue, la FHF a salué la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, notamment en ce qu'elle a apporté pour l'apprentissage et le développement des soins palliatifs dans le secteur médico-social. Parmi nos amendements au PLFSS 2006, figure la possibilité d'avoir des équipes d'hospitalisation à domicile, formées aux soins palliatifs et aptes à intervenir en maison de retraite afin d'éviter les réhospitalisations.

Mme la Rapporteuse évoquait tout à l'heure la durée de séjour en établissement. Elle est actuellement de 30 à 36 mois en moyenne, mais on atteint un turn-over par décès d'un quart par an. Or on parle ici de 680 000 lits et si on évite la moitié des réhospitalisations pour la fin de vie des sujets, on fera beaucoup de bien à l'ensemble du système sanitaire et social de notre pays.

Ce gouvernement a lancé un programme de développement massif de l'hospitalisation à domicile ; il serait heureux qu'il ne laisse pas de côté les personnes âgées en établissements.

J'en viens à la question sur les différences de tarifs et de coûts d'hébergement. La diversité de l'offre entraîne la diversité des schémas économiques de fonctionnement. J'ai chiffré le budget par personne d'une maison de retraite entre 28 et 33 euros par jour, financés par l'assurance-maladie. Pour un GIR 1 ou 2, il faut compter 10 à 12 euros par jour au titre de l'APA en établissement. Ce n'est pas là que l'hétérogénéité entre les établissements est la plus forte mais pour les tarifs d'hébergement, qui représentent presque 70 % des coûts. L'offre publique et privée associative à but non lucratif est régulée *de facto* par les conseils généraux qui fixent les tarifs au titre de l'habilitation à l'aide sociale, pour la totalité des établissements publics et pour 90 % des établissements privés associatifs. Or, un conseil général se détermine en fonction de la charge qu'il accepte de supporter lui-même : chaque fois qu'il accepte une augmentation du coût d'hébergement journalier pour les résidents, il met en perspective ce que sont leurs ressources personnelles, en sachant pertinemment que si les tarifs augmentent trop, les demandes de prise en charge au titre de l'aide sociale, qui pèsent également sur le conseil général, augmenteront en proportion. On a donc une offre régulée en termes de tarifs, qui se situent, en province, entre 38 et 45 euros, alors que, dans le secteur privé commercial non habilité, on est entre 60 et 65 euros. Il ne faut pas chercher plus loin l'origine de son dynamisme et de la création de nouvelles structures : une telle marge de manoeuvre ne peut que susciter la confiance des banques auxquelles le plan de financement est soumis. Les écarts sont encore plus importants en région parisienne où, sans que les pensions soient plus importantes, l'offre publique est assez chère, avec des tarifs journaliers de 60 à 80 euros par jour – on peut d'ailleurs comparer les 80 euros de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris avec les 55 euros des hospices civils de Lyon –, l'offre privée lucrative atteignant 100 à 110 euros et même 140 euros pour un très haut

standing. Je pense que personne ici n'escompte une pension qui lui permettrait d'accéder à de telles structures.

Ce sont ces données qui nous amènent, avec les associations d'usagers, à nous interroger, non sur une homogénéisation de l'offre, mais sur une régulation des tarifs d'hébergement anormalement bas ou anormalement élevés. Certains conseils généraux demandent aux établissements publics ou privés associatifs d'offrir un hébergement à des tarifs trop bas : 36 euros par jour est un défi impossible à relever. Les conseils généraux bénéficient de plusieurs sources de financement pour ce secteur et il ne serait sans doute pas anormal de prévoir un tarif minimum. À l'inverse, est-il normal qu'un établissement qui pratique des tarifs très élevés réclame la même dotation que les maisons de retraite publiques ? Ces sujets sont très importants pour les associations de retraités et pour France-Alzheimer.

Parler de régulation n'empêche pas de poser la question du contenu. J'ai dit que les maisons de retraite disposaient de la combinaison heureuse de trois sources de financement complémentaire. M. Georges Colombier a raison de s'interroger sur la répercussion de l'amortissement des frais financiers : puisque, dans un établissement financé par le plan Hôpital 2007, l'assurance-maladie paie les murs, pourquoi le sujet âgé serait-il considéré comme un assuré social de seconde zone ? Et il est d'autres domaines dans lesquels la répartition des charges pourrait être différente : aujourd'hui la totalité des charges du directeur de l'établissement pèse sur le tarif d'hébergement, alors qu'il est aussi responsable de l'administration des soins.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Proposez-vous que la tarification soit modifiée pour que les investissements soient pris en compte d'une façon différente ou demandez-vous que la responsabilité financière incombe totalement au conseil général et à l'État ?

M. David Causse : Je répondrai en faisant référence au principe de l'exercice médical *primum non nocere*. Je veux ici témoigner de l'épuisement et même de la désespérance des personnels des maisons de retraite, qui ont appliqué très rapidement une réforme très importante, et qui se sont fortement mobilisés alors que les moyens financiers ne suivaient pas toujours – même si notre Fédération a salué les efforts importants annoncés par M. Philippe Bas pour 2006.

M. Pierre Morange, coprésident : Merci de le souligner !

M. David Causse : Ces personnels expriment une forte demande de stabilité, et il serait donc irresponsable de ma part de demander une réforme en profondeur de la tarification. Il conviendrait surtout de revoir la prise en charge de certains coûts dans les tarifs d'hébergement. On demande à l'aide personnalisée à l'autonomie de financer un peu de temps d'animation socio-éducative dans les établissements, mais on pourrait aussi la libérer de certaines charges puisqu'on est dans le seul cas où le temps de psychologue clinicien – dont on mesure l'importance pour cette population – n'est pas financé par l'assurance-maladie.

On pourrait aussi jouer sur un autre levier avec le plan vieillissement-solidarité lancé par M. Jean-Pierre Raffarin en novembre 2003, dans la mesure où des marges de manœuvre sont disponibles dans le volet personnes âgées de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Je m'explique : la journée de solidarité – le fameux lundi de Pentecôte ou, plus prosaïquement, les 0,3 % de la masse salariale – a un plein effet cette année. Mais, à la différence du Fonds handicapés, pour lequel le déblocage des crédits sera global le

1^{er} janvier prochain, on a souhaité, pour les personnes âgées, mobiliser les ressources par cinq tranches de 200 millions d'euros. Le décalage entre le prélèvement et son affectation a ainsi entraîné la constitution de réserves de l'ordre de 400 millions d'euros. La FHF plaide depuis l'annonce du plan pour que cette ressource, non pérenne par essence, soit utilisée, sur le modèle du plan Hôpital 2007, sous forme de contrats entre l'État, les conseils généraux et les établissements, afin de stimuler l'investissement dans le secteur médico-social. Cela permettrait de rompre avec ce paradoxe qui fait que les investissements, notamment de sécurité, ne peuvent être réalisés par les établissements publics parce que les tarifs d'hébergement sont bloqués par l'habilitation à l'aide sociale. Il me semble que M. Philippe Bas a l'intention d'aller plus loin, sur ce terrain, que ce qu'a fait déjà Mme Catherine Vautrin en 2005, en affectant aux contrats de plan État-région une première enveloppe de 50 millions provenant de ces marges de manœuvre. Le chef de cabinet de M. Philippe Bas m'a indiqué, lors de la présentation du PLFSS 2006, qu'elles pourraient être à nouveau mobilisées pour adresser un signal fort aux établissements publics et privés associatifs habilités à l'aide sociale.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Pour que les choses soient claires, nous demanderons à la DGAS une analyse des investissements de l'État et de la CNAMTS au cours des dix dernières années.

Par ailleurs, j'aimerais savoir combien d'établissements de la FHF ont signé des conventions tripartites. Estimez-vous que le dispositif est suffisant ou qu'il faut donner un coup d'accélérateur, en particulier en qui concerne l'animation ?

M. David Causse : Tout se passe comme si on ne commençait à travailler qu'en octobre. Alors que les crédits sont délégués par le gouvernement à ses services déconcentrés à la fin du premier quadrimestre, le nombre de signatures est encore très bas à ce jour. C'est un phénomène que nous observons chaque année. Les schémas que je vous ai remis le montrent clairement, ainsi d'ailleurs que les effets de la politique de *stop and go* dans ce secteur. Il faut obtenir des services déconcentrés des dates de mise en application plus précoces. Certains directeurs n'ont toujours pas leur budget de soins pour 2005.

S'agissant des signatures de conventions, les établissements publics sont les meilleurs élèves de la réforme, avec de forts taux de lits conventionnés, pour les maisons de retraite mais aussi pour les unités et services de long séjour. Le tableau que vous avez à votre disposition montre qu'on est à 70 000 places conventionnées sur 100 000 pour les maisons de retraite rattachées aux établissements publics de santé, à 100 000 sur 120 000 pour les maisons de retraite publiques autonomes et à 50 000 sur 83 000 pour les USLD.

En ce qui concerne les effets de la réforme de la tarification, il me semble que votre mission devrait rechercher comment, au niveau macro-économique et dans un souci de bonne gestion de l'argent public, apprécier à la fois les besoins liés à la perte d'autonomie et les besoins de soins, en particulier grâce au référentiel PATHOS.

Vous pourriez aussi vous intéresser aux soins de ville. Parmi les promesses faites au secteur de l'hébergement des personnes âgées qui n'ont pas été tenues, il y a celle du transfert d'une partie de l'enveloppe des soins de ville pour accompagner les décisions du gouvernement sur la médicalisation de l'accueil des personnes âgées. Il conviendrait en particulier de prendre en compte le fait que des infirmiers libéraux intervenaient dans certaines maisons de retraite avant qu'elles ne fassent l'objet d'une médicalisation et d'une convention. La FHF souhaite l'adoption d'un amendement ce sens au PLFSS.

Enfin, il me semble que vous devriez vous pencher sur la régulation des tarifs d'hébergement que j'ai précédemment évoquée, afin d'équilibrer ce qui relève de l'effort financier individuel et familial et ce qui relève de la collectivité.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie d'avoir répondu de façon précise à nos questions.

Le but de cette mission, je le rappelle, est d'aborder les thèmes essentiels à l'avenir de notre système de protection sanitaire et sociale, sans chercher à faire le procès de l'histoire ni à se livrer à cet exercice à double tranchant qui consiste à imputer les responsabilités aux uns et aux autres.

*

Audition de MM. Alain Cordier, président du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et Denis Piveteau, directeur de la CNSA

M. Pierre Morange, coprésident : Nous accueillons maintenant M. Alain Cordier, président du Conseil de la CNSA, et M. Denis Piveteau, directeur général. Je donne tout de suite la parole à Mme la Rapporteure pour qu'elle leur pose les premières questions.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nos questions portent d'abord sur le mode de financement des établissements pour personnes âgées, la connaissance que l'on peut avoir des flux et des besoins, les adaptations susceptibles d'être proposées, la façon dont travaillera la CNSA et ses priorités, la répartition des crédits alloués au plan Vieillesse et solidarités, l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.

Plus précisément, quel est le montant des crédits spécifiquement destinés aux investissements des établissements ? Comment, d'autre part, rationaliser les dotations affectées au développement des établissements et services ? Comment est envisagée la répartition des moyens entre les départements ? Vise-t-on à améliorer le taux d'équipement ? À compenser les taux de médicalisation les plus faibles par des dispositifs de soins à domicile plus développés ? Quelle sera, enfin, l'approche de la question du « reste à charge » des familles des personnes âgées ?

M. Alain Cordier : Nous sommes très heureux d'avoir cet échange avec vous, échange qui devra naturellement se poursuivre et s'approfondir, car notre institution est encore dans sa phase de mise en place. La CNSA, en effet, a été installée le 2 mai dernier, a tenu son premier Conseil le 5 juillet, à peu près en même temps que lui était transféré le Fonds de solidarité vieillesse, et le Conseil du 11 octobre débattera notamment de la future convention d'objectifs et de gestion (COG), élément qui sera très structurant pour nos travaux au cours des quatre années à venir, ainsi que des comptes prévisionnels 2006. Nous n'avons naturellement pas pu nous exprimer en amont de la fixation de l'ONDAM médico-social pour 2006, mais en juin prochain, lorsque nous aurons atteint notre régime de croisière, nous serons en mesure de donner un avis sur l'ONDAM 2007.

C'est pourquoi il est important que nous nous donnions des rendez-vous réguliers, au demeurant prévus par la loi, qui nous fait obligation, et c'est d'ailleurs une excellente chose, de remettre au Gouvernement et au Parlement un rapport annuel, aux alentours du 15 octobre. Ce rapport précisera la nature des engagements financiers souscrits, et comportera des éléments de perspective, ainsi que des propositions visant à faire évoluer le dispositif.

Nous serons donc mieux armés pour répondre une fois achevée l'actuelle phase de mise en place, mais je tiens à dire, d'ores et déjà, que les questions que vous vous posez sont des questions que nous nous posons aussi, et auxquelles les travaux que nous avons engagés depuis six mois donneront bientôt des éléments de réponse.

Je voudrais, ce préalable étant posé, souligner les éléments profondément novateurs et dynamiques liés à la création de la CNSA.

En premier lieu, la CNSA vise, à l'heure où nous fêtons les soixante ans de la sécurité sociale, c'est-à-dire de l'effort de solidarité consenti par la collectivité dans le domaine des soins, à engager un effort analogue pour tout ce qui a trait aux conséquences des situations de déficience durable – ce que certains appellent le modèle « réadaptatif ». Le nom de l'institution dit d'ailleurs bien ce qu'il veut dire : Caisse nationale de solidarité « pour l'autonomie ». Cette solidarité, qui peut prendre la forme d'aides financières, techniques ou en personnel, a pour but d'aider les personnes à retrouver l'autonomie nécessaire, indépendamment de ce que peut leur apporter le secteur sanitaire, le secteur « curatif ».

Cela nous amènera naturellement, dans les années à venir, à nous poser de plus en plus certaines questions, de frontières en particulier : frontière entre le médical et le médico-social, le curatif et le réadaptatif, frontière entre l'allocation d'adulte handicapé et la prestation compensatrice de handicap. Mais nous devons bien veiller, dans nos réflexions juridiques et financières, à ce que le système soit aussi neutre que possible pour la personne, que l'on ne saurait « saucissonner » entre ce qui relève, dans son cas, du sanitaire ou du médico-social.

L'autre point important est que le législateur a voulu un modèle permettant de répondre à l'objectif de gestion de proximité, que ce soit par les collectivités locales, en l'occurrence les conseils généraux, ou par les services extérieurs de l'État – DRASS et DDASS. Ce souci de proximité, de personnalisation – qui ressort dans le nom même de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – a été le fil directeur des débats législatifs de 2004 et 2005. Mais beaucoup dépendra, dans la réalisation de cet objectif, de la façon dont s'organisera la programmation au niveau régional, notamment au moyen des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, les PRIAC.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous comprenons et partageons la philosophie de votre propos, mais le temps qui nous est imparti nous impose un effort de plus grande brièveté dans les réponses. J'ajoute au passage une question supplémentaire à celles, fort pertinentes, de Mme la Rapporteur : parmi les crédits du plan Vieillesse et solidarités, quelle est la ventilation des dépenses entre rénovation des établissements, créations nettes de capacités, services de soins infirmiers à domicile, renforcement de la médicalisation et pérennisation du dispositif de l'APA ?

M. Alain Cordier : Pardonnez-moi d'avoir été, en effet, un peu long, mais je voulais insister sur ce souci de proximité et d'égalité, qui devra être présent dans la configuration de la procédure budgétaire de l'exercice 2006. Dès lors que nous sommes dans un schéma ascendant et non pas descendant, les choses se dérouleront en quatre temps. Au premier trimestre 2006, il y aura remontée d'informations sur les besoins, au niveau des établissements comme à celui des départements – c'est notamment l'enjeu des PRIAC. Au deuxième trimestre, la CNSA pourra ainsi exercer son rôle d'évaluation, de comparaison, de régulation, et le Conseil, où sont représentés l'État, les collectivités locales, le monde associatif, les institutions qualifiées telles que la FHF, la Mutualité, les partenaires sociaux,

portera en juin une appréciation sur la nature des engagements financiers, de façon à éclairer la délibération du Parlement, à l'automne, sur l'ONDAM médico-social, notamment pour ce qui est de l'articulation entre établissements et aide à la personne, entre établissements et soins à domicile. Enfin, une fois les choix arrêtés par la représentation nationale, il nous reviendra de les « mettre en musique ».

Il convient de bien mesurer l'effort financier consenti. Le « lundi de Pentecôte », c'est-à-dire la contribution de 0,3 %, doit rapporter environ 2 milliards d'euros par an, auquel s'ajoutera le milliard apporté par le relèvement de 0,1 point de la CSG, ces montants pouvant naturellement varier selon la conjoncture économique. Sur ce total de quelque 3 milliards, plus des deux tiers, c'est-à-dire la totalité du milliard attendu du dixième de point de CSG supplémentaire et 1,2 milliard sur les 2 milliards produits par la contribution annuelle de solidarité, iront aux personnes âgées. Cela représente une majoration de 40 à 50 % de l'effort de solidarité nationale en leur faveur. Toute la question est de savoir comment en répartir le bénéfice intelligemment, c'est-à-dire en tenant compte des besoins des personnes, mais aussi de l'évaluation, aussi précise que le permettra la remontée des informations, de la gamme et de la qualité des prestations offertes.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Comment distinguer, concrètement, ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève de la prise en charge médico-sociale ? C'est une question que je me pose tout particulièrement à propos des services de soins à domicile, qui sont de l'ordre du curatif. Comment s'assurera-t-on, dans le cadre des programmes régionaux, qu'il y aura bien séparation avec ce qui est de l'ordre de la compensation du handicap ?

M. Denis Piveteau : Si l'on définit les besoins comme l'écart entre l'offre et la demande, il faut d'abord, pour connaître les besoins, connaître l'une et l'autre. Or, s'agissant de la prise en charge des personnes âgées, on les connaît mal toutes les deux ! L'objectif de la CNSA, qui n'aura de vraie prise sur l'information et sur les décisions qu'à partir du début de 2006, est d'améliorer cet état de choses. Nous sommes donc en train de recenser, avec l'administration de l'État, tous les dispositifs d'information existants. Si la COG va dans le sens de ce que nous souhaitons, l'information pourra mieux remonter vers la CNSA, les services de l'État demeurant naturellement destinataires. Actuellement, et sous réserve de vérifications plus approfondies auprès des administrations centrales concernées, il me semble qu'il y a, grâce à un nouveau logiciel qui s'appelle SAISEHPAD et qui est exploité par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), un bon suivi de la médicalisation dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, médicalisation qui a progressé grâce aux nouvelles conventions tripartites améliorant la prise en charge des soins.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : N'était-ce pas ce que faisait auparavant la mission MARTHE (mission interministérielle d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées) ?

M. Denis Piveteau : La DHOS a toujours suivi ce logiciel, même lorsqu'il était exploité par la mission MARTHE. En revanche, le suivi des créations de places en établissement ou en structure d'accueil temporaire relève de la direction générale de l'action sociale (DGAS), qui procède, si j'ai bien compris, non pas par remontées régulières d'informations, mais par enquêtes auprès des DDASS, dont je crois savoir qu'elles sont plus régulières sur l'hébergement temporaire que sur les créations de places proprement dites.

Notre souhait est que la COG nous permette d'aider les DRASS et les DDASS, par un dialogue fonctionnel, technique, à élaborer les programmes interdépartementaux

d'analyse des besoins et de propositions budgétaires, car demain l'allocation des ressources se fera sur la base des propositions des régions, dans le cadre d'un mécanisme semi-remontant – c'est l'enjeu de la réforme. Il nous faut donner un appui méthodologique aux DDASS et aux DRASS, afin qu'elles élaborent leurs propositions sur la base de cadres et de standards communs, et que nous puissions avoir avec elles un suivi du niveau de l'offre. Actuellement, les calendriers et les modalités de remontée des informations diffèrent beaucoup entre les deux administrations centrales concernées. Nous allons chercher à structurer et à organiser tout cela, dans le cadre d'un dialogue régulier avec les DDASS et les DRASS. L'un des enjeux de la COG est cette nécessaire centralisation de l'information, centralisation et non pas captation, j'y insiste.

S'agissant de la demande, les systèmes existants de remontée des informations sont très certainement insuffisants. Il nous faudra faire preuve d'ambition, et mener avec les services déconcentrés de l'État une réflexion stratégique sur la dématérialisation, la saisie des données le plus en amont possible, de préférence au niveau des établissements eux-mêmes, afin que ces services puissent se consacrer, au-delà de la collecte des données, à leur analyse ? Car la meilleure analyse, ce sera celle qui se fera au plus près du terrain, au niveau des DDASS et des DRASS : pour bien analyser un chiffre, un ratio, il faut connaître l'établissement qu'il y a derrière. À nous de leur proposer des tableaux de bord et des indicateurs chiffrés, à elles d'expliquer et d'analyser leurs propres données.

Pour l'analyse de la demande des personnes, il n'y a pas de processus systématique, dans la mesure où le niveau de dépendance des personnes âgées par région ou par département n'est pas connu comme l'est celui des personnes handicapées, du fait de l'existence des COTOREP et des CDES, qui permettent d'identifier l'ensemble de la file d'attente. Il y a des personnes âgées qui ne demandent rien, et donc des besoins ignorés, non mesurables par définition. On ne connaît que celles qui demandent une allocation, et pour le reste on s'appuie sur des données démographiques générales. C'est l'enjeu des PRIAC, les programmes interrégionaux d'accompagnement, que de trouver et de centraliser l'information où elle se trouve, c'est-à-dire sans doute, pour l'essentiel, dans les services des conseils généraux.

M. Alain Cordier : Nous savons intuitivement qu'il existe des besoins très forts, très lourds, mais nous sommes incapables de les qualifier ou de les quantifier. Or, la création de la CNSA offre justement l'occasion de tenter d'homogénéiser les systèmes d'information, de mettre à plat ce qui existe aujourd'hui. C'est dans une deuxième étape que nous nous attacherons à améliorer encore la qualité de cette information. C'est pour nous une raison de plus d'être demandeurs de rendez-vous réguliers avec vous, lors desquels nous ferons le point.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je partage tout à fait votre souci d'appréhender l'ordre de grandeur des besoins. C'est une question dont nous voyions bien, lors de la création de l'APA, qu'elle était encore insuffisamment posée. Ma crainte est que nous ayons établi d'emblée une séparation trop étanche entre le sanitaire et le médico-social, et que cela ait pour effet d'accroître les coûts, tout en répondant mal aux besoins. Peut-être les PRIAC permettront-ils d'améliorer l'analyse, mais ce n'est pas sûr, car les dispositifs locaux sont également séparés : en Franche-Comté, par exemple, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « troisième génération » ne prend pas du tout en compte la problématique médico-sociale. Or les problèmes de financement et de prise en charge en établissement vont nous obliger à nous poser la question d'une façon encore plus précise.

M. Jean-Luc Prél : C'est un problème bien français : nous voulons toujours séparer les choses d'une façon rationnelle. C'est ainsi que nous avons créé une nouvelle

caisse pour la dépendance, et que nous nous retrouvons avec une frontière, très difficile à délimiter, entre les soins – qu’il s’agisse des soins à domicile ou des soins en établissement – et le traitement de la dépendance. La logique voudrait que les soins à domicile soient financés uniquement par la CNSA, mais les professions libérales interviennent aussi à domicile, ce qui est d’ailleurs heureux, et leur intervention est prise en charge par l’assurance maladie. Et à l’hôpital, il y a des services de gérontologie ou de gériatrie, mais qui sont inadaptés à une grande partie des personnes qui s’y trouvent, car elles ne sont là que parce qu’elles n’ont pas trouvé de place d’hébergement. Comment sortir de ces problèmes artificiels de frontières ? Dans mon département, nous avons eu beaucoup de chance, car un établissement voulait créer un CANTOU (centre d’activités naturelles tirées d’occupations utiles) qui n’était pas financé, et le préfet a obtenu du ministère, pour cette année, une médicalisation du CANTOU. Je suis d’ailleurs un peu étonné, car je me demande qui finance : la caisse d’assurance maladie, ou la CNSA ?

M. Denis Piveteau : L’ambiguïté de la CNSA fait aussi sa force. Il y a au moins une frontière qui ne nous gêne pas : c’est celle entre les soins et la dépendance en établissement, les crédits répartis par nous étant en réalité des crédits de l’assurance maladie. Certes, c’est un peu illogique, puisqu’il s’agit des crédits de l’ONDAM médico-social, qui finance les sections de soins des établissements médico-sociaux, mais ça garantit au moins l’unité de soins entre les deux volets. Restent entières, cela dit, la question de la frontière avec les soins de ville, qui pose le problème de la connaissance globale des coûts dans la mesure où le forfait de soins n’est que partiel et ne couvre pas certains soins de ville, et la question de la frontière avec le sanitaire, qui pose notamment la question des unités de soins de longue durée (USLD).

Dans le premier cas, il s’agit d’un déficit de connaissance. Il n’est pas question d’englober les soins de ville dans une caisse qui gérerait la dépendance, car on ne peut pas décomposer l’acte infirmier en une partie qui serait technique et une partie qui serait les soins. Ce qu’il faut avoir, c’est une vision d’ensemble, pas forcément une gestion unifiée des enveloppes. Dans le second cas, au contraire, il y a, du côté du sanitaire, cette unité de gestion des enveloppes, car pour la prise en charge en établissement des personnes âgées très lourdement dépendantes, une forte médicalisation est indispensable, sans pour autant qu’on doive renoncer à un projet de vie, à un projet de type médico-social. De ce point de vue, la disposition contenue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006 constitue une demi-mesure. La loi du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, pour garantir l’unité de vues, avait clairement rattaché l’enveloppe des USLD à celle que gère la CNSA, et voici qu’il semble qu’on veuille la maintenir quelque temps encore dans le cadre du sanitaire. Les choses ne pourront rester longtemps en l’état, et il faudra se doter sans tarder d’une vision plus fine de ce qui doit relever du sanitaire et de ce qui doit relever de la dépendance.

Notre première priorité pour 2006 est de mettre en place les outils qui nous permettront de démarrer, et en particulier la méthodologie des PRIAC pour la connaissance et l’analyse des besoins. Nous sommes en train de travailler, avec les DRASS et les DDASS de cinq régions pilotes – Picardie, Aquitaine, Rhône-Alpes, Île-de-France et Centre – à un schéma-type de ce que pourrait être un PRIAC, sur la base duquel nous généraliserons le processus en fin d’année, afin que les régions puissent élaborer un premier PRIAC au printemps et que nous puissions disposer d’une première analyse des besoins avant de donner notre avis sur l’ONDAM médico-social 2007.

S’agissant du lien avec le sanitaire, les PRIAC sont un enjeu important, puisqu’ils se situent au niveau interdépartemental. Il y a une certaine tension des périmètres

géographiques, car la loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, a affirmé la prééminence du département dans l'élaboration des schémas gérontologiques, alors que du côté de l'État c'est la région, avec notamment l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), qui constitue le périmètre pertinent. Le PRIAC fait un peu le grand écart entre les deux, et requiert des services de l'État l'élaboration d'une programmation interdépartementale, synthèse qu'il est seul à pouvoir réaliser, étant donné qu'il a un regard supra-départemental et que le DRASS est membre de l'ARH. On pourrait, bien sûr, s'attaquer plus radicalement à cette complexité, mais compte tenu du partage actuel des compétences, c'est de cette façon-là qu'on essaie de gérer les tensions territoriales. Cela ne lève pas tous les obstacles, car la carte sanitaire, fondée sur les « territoires de santé », qui sont au demeurant un découpage assez judicieux, fondé sur l'analyse des besoins, ne correspond pas forcément aux limites administratives. Il y aura donc toujours cette petite tension à gérer, même en re-régionalisant le regard porté sur le médico-social. C'est une chose dont il faut avoir conscience.

M. Alain Cordier : Nous sommes confrontés depuis trente ans au moins, c'est-à-dire depuis la loi de 1975, à ces problèmes de frontières. Je suis convaincu que certaines clarifications pourront être apportées progressivement. Mais aujourd'hui, il faut mettre à profit la création de la CNSA pour cristalliser et mettre à plat les éléments d'information et de réflexion sur les différents enjeux. Si, au cours de la première année, nous parvenons à acquérir une vision plus précise des besoins et de la relation entre l'offre et la demande, cette première année aura été une année utile.

S'agissant des unités de soins de longue durée, dont le dispositif législatif prévoit le rattachement au budget de la CNSA, que celle-ci n'aspire pas à étendre à tout prix son territoire ni à afficher un budget en augmentation. La démarche consistant à élucider, par des coupes transversales, ce qui, dans les situations personnelles, relève du sanitaire ou du médico-social est bonne, mais l'objectif final, quels que soient les tuyaux de financement, est que le service rendu aux personnes soit de la meilleure qualité possible, et que la séparation entre unités de soins de longue durée et établissements pour personnes âgées dépendantes ne soit pas un facteur supplémentaire d'ignorance des besoins. Au-delà des débats institutionnels et juridiques, l'important est d'homogénéiser l'approche de l'offre, de la demande, des besoins. C'est l'esprit dans lequel nous voulons travailler en 2006.

M. Denis Piveteau : S'agissant de l'investissement, il y a lieu de se poser trois questions : combien, quoi, comment ?

Combien ? La CNSA a des réserves, puisqu'en 2004, en 2005 surtout, et accessoirement en 2006, l'ensemble des sommes collectées au titre de la journée de solidarité n'aura pas été engagé complètement. La montée en puissance du plan Vieillesse et solidarités devait être progressive : on prévoyait 2 500 nouvelles places par an pendant quatre ans. On a décidé ensuite de donner un coup d'accélérateur, si bien qu'il y aura en fait 2 500 nouvelles places en 2004, 5 000 en 2005, 5 000 en 2006, et plus encore l'année suivante. Les marches de l'escalier sont devenues plus hautes à mesure que les besoins se révélaient, notamment après le premier rapport du Commissariat général du Plan en juillet dernier. Mais le prélèvement, lui, a été opéré dans son intégralité dès la première année.

Les réserves seront affectées par parts inégales aux personnes handicapées et aux personnes âgées, et le législateur a voulu que les deux vases ne communiquent pas. En 2005, 350 millions d'euros iront aux personnes âgées, 150 millions aux personnes handicapées. En 2006, sous réserve, bien sûr, du vote de l'ONDAM par le Parlement, il y aura 180 millions pour les personnes âgées et une somme résiduelle pour les personnes handicapées. Au total,

donc, les personnes âgées bénéficieront donc de plus d'un demi-milliard d'euros. J'ajoute qu'il s'agit de sommes qui n'ont pas vocation à se renouveler, et qu'elles n'ont donc pas vocation non plus à financer des dépenses qui se renouvellent, mais plutôt des dépenses non pérennes, des dépenses d'investissement – quoique les choses n'aient pas encore été affirmées aussi nettement. Le bruit avait ainsi couru qu'elles pourraient servir à financer la dernière année du plan, mais cela poserait des problèmes l'année d'après.

Voilà qui m'amène à répondre à la question : quoi ? Les investissements peuvent être de plusieurs sortes : création nette de capacités, mises aux normes techniques – sécurité, incendie –, mais aussi lutte contre la vétusté des établissements. Je dois souligner, à ce propos, que s'il est une information qui, actuellement, ne remonte pas, c'est l'information sur l'état de l'existant – sur la taille des chambres, le nombre de personnes par chambre, la présence d'un lavabo ou d'une douche, bref, tous les éléments qui font que l'offre est ou n'est pas une offre conforme à la dignité des personnes, car on ne peut pas simplement additionner des places d'hébergement comme si elles se valaient toutes.

Comme on ne pourra pas poursuivre tous ces objectifs à la fois, il faudra, si on veut que ça marche, définir et afficher clairement, à l'intention des services déconcentrés, une stratégie d'investissement, afin que, toujours dans un processus semi-remontant, l'état des besoins remonte en fonction de cette stratégie, ce qui nous permettra de nous assurer que l'argent soit dépensé au mieux, au lieu de faire descendre des enveloppes sans avoir aucune garantie qu'elles seront employées à bon escient et dans les délais. Je réponds là à la question du « comment ».

M. Alain Cordier : Je voudrais, pour ma part, insister sur deux ou trois points.

Premièrement, l'utilisation des réserves pour des dépenses reductibles poserait nécessairement des problèmes à terme, avec une incapacité de financement à l'horizon 2007-2008. Le Conseil de la CNSA exercera toute sa vigilance sur ces questions financières. Autant il exprime, en amont des décisions de la représentation nationale, de simples avis, non décisionnels, autant les arbitrages ultérieurs relatifs à l'utilisation des réserves imposent une obligation de transparence devant le Conseil de la CNSA. Nous serons très vigilants quant aux tentations de certains d'utiliser ces financements de court terme pour des dépenses de long terme. L'existence même d'un Conseil suppose une parfaite transparence. Après, il reviendra aux uns et aux autres d'assumer leurs choix. Ce sera un élément très important de nos débats au cours des prochaines années.

En second lieu, je veux souligner que nous n'allons pas passer l'année 2006 à nous gratter l'oreille en nous demandant que faire. Beaucoup de réflexions et de travaux sont d'ores et déjà en cours. D'une importance particulière est le travail mené de façon expérimentale dans plusieurs régions, car il est symbolique de ce que peut apporter la CNSA : l'élaboration, sur un mode contractuel, conventionnel, de schémas communs, afin de trouver les meilleures approches. Le travail d'animation des réseaux des DDASS et des DRASS, travail qui n'a pas été suffisamment fait jusqu'à présent, et le travail avec les conseils généraux, travail qui débouchera sur des éléments conventionnels, nous feront entrer dans un cercle vertueux : élaboration commune d'une méthodologie, analyse commune de la remontée d'informations, afin de trouver ensemble la meilleure destination possible de l'effort de solidarité nationale, tant dans le domaine des soins à domicile qu'en établissement. Je ne voudrais pas que vous ayez le sentiment que rien ne se passera en 2006.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je voudrais poser une autre question importante, mais vous n'y répondrez peut-être pas cette fois-ci, car elle fait intervenir la comparaison des systèmes de financement des différents pays européens. Quel mode

d'organisation vous paraît le plus intéressant, s'agissant de la prise en charge en établissement comme du lien entre le sanitaire et le médico-social ?

M. Denis Piveteau : Le département « Établissements et services » au sein de la CNSA ne comptait que deux personnes au 15 septembre. Mais nous sommes encore dans notre phase de montée en puissance.

M. Alain Cordier : Je vous remercie d'avoir abordé cette question des comparaisons internationales. Je me suis réjoui de constater que la loi du 11 février 2005 prévoit une articulation entre la CNSA et des structures étrangères, voire, le cas échéant, des schémas de partenariat ou de conventionnement. Nous n'en sommes pas là, mais avons vraiment l'intention de nous saisir de cette possibilité, car il peut y avoir à l'étranger des expériences réussies dont nous pourrions nous inspirer. Inversement, si certaines idées que nous pourrions avoir s'avéraient avoir échoué dans les pays qui les ont appliquées, mieux vaut le savoir. Une des commissions du Conseil aura, entre autres missions, celle de réfléchir à ces comparaisons internationales, j'insiste sur le fait que la loi permet d'aller assez loin, de lancer des études comparatives dans le cadre de coopérations transnationales, même si notre structure n'a pas vraiment d'équivalent dans les dispositifs d'autres pays. Parmi ces éléments à comparer, il y a notamment ces lancinants problèmes de frontières.

M. Denis Piveteau : Je voudrais dire quelques mots de la rationalisation du financement. En établissement, le financement est ternaire, complexe, et repose sur ce paradoxe qui veut que le tarif de soins est bâti à partir de la grille AGGIR, c'est-à-dire d'une analyse de la dépendance des personnes, à quoi s'ajoute un forfait. On pourrait, notamment dans les établissements qui accueillent des personnes lourdement dépendantes, combiner deux outils de mesure, l'un pour la dépendance et l'autre pour la charge en soins. C'est l'un des enjeux du partage des unités de soins de longue durée entre lits relevant du sanitaire et lits relevant d'un médico-social à forte « doctorisation » - pour reprendre l'expression du président du Syndicat national de gérontologie clinique. Il faudrait, pour cela, avoir un meilleur outil de mesure de la charge en soins, comportant au moins quelques gabarits, quelques standards, car la façon dont le forfait est actuellement calculé n'est pas suffisante, ni satisfaisante pour les établissements qui accueillent les personnes âgées dépendantes. Mais il faut savoir que cela ne contribuera pas à simplifier une tarification qui est déjà bien complexe. Donc, prudence !

De vrais progrès sont à faire, par ailleurs, sur les formes alternatives. On n'a pas assez réfléchi aux conditions de prise en charge de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour, du transport, ni au lien entre tarification et taux d'occupation. C'est là qu'existe un vrai champ, une vraie demande, qui plus est non révélée, puisqu'en l'absence d'offre elle ne pense pas à s'exprimer.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : J'ai interrogé les autres personnes que nous avons entendues ce matin sur les durées moyennes de séjour dans les établissements, qui sont en train d'évoluer profondément. La question est celle de la qualité de la fin de vie des personnes âgées, de la façon dont on prend en charge leurs derniers mois. Nos dispositifs actuels, construits autour des dernières années de vie, autour du handicap et de la dépendance, sont-ils encore pertinents ? Actuellement, la durée moyenne, en long séjour, tend vers huit ou neuf mois, huit ou neuf mois pendant lesquels on est complètement dans le champ du sanitaire. Cela ne crée-t-il pas une situation nouvelle ? Les questions que nous nous posons ne sont-elles pas des questions périmées, qui datent de dix ans, voire plus ? La question de la fin de vie, celle des soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux sont vraiment importantes. Nos financements sont-ils vraiment adaptés ? Il faut absolument que nous progressions dans la connaissance de ces situations.

M. Alain Cordier : L'ancien directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) que je suis peut vous confirmer que ces questions sont absolument majeures. Nous ne progresserons que si nous sommes capables de dépasser les frontières institutionnelles, ne serait-ce qu'entre DGAS et DHOS au sein du ministère de la santé. Le poids des personnes âgées dépendantes dans les dépenses hospitalières est très important, aussi bien en court séjour qu'en soins d'urgence. N'oublions pas non plus que, dans « médico-social », il y a « médico », et que la question de la mort est un élément très important, même si, bien sûr, toute mort n'a pas la même signification en termes sanitaires. J'avais développé, à l'AP-HP, des unités mobiles de soins palliatifs. Cela pose aussi le problème de la prise en charge de la mort à domicile, qui suppose une formation accrue du personnel de soins à domicile. C'est un volet qui, dans le budget de la CNSA, bénéficiera d'une attention soutenue. Il y a vraiment place, au-delà des débats institutionnels et financiers, pour un travail très approfondi, visant à mieux appréhender les questions nouvelles que pose à notre dispositif juridique et financier, vous avez parfaitement raison de le souligner, le vieillissement de la population.

M. Pierre Morange, coprésident : Messieurs, je vous remercie. Notre mission, qui porte, je le rappelle, sur les établissements médico-sociaux, conclura ses travaux en février 2006. D'ici là, nous aurons reçu, en novembre, le rapport de la Cour des comptes, et, en janvier, celui du Commissariat général du Plan. Les trois auditions de ce matin nous font mesurer l'ampleur de notre ignorance, qui ne fait que conférer à notre tâche une justification supplémentaire, compte tenu de l'enjeu démographique, sanitaire, moral et philosophique auquel la solidarité nationale doit apporter dans un délai très bref des réponses extrêmement concrètes.

AUDITIONS DU 20 OCTOBRE 2005

Audition de MM. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale (DGAS) au ministère de la santé et des solidarités, Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable à la DGAS, et Serge Canape, adjoint au chef du bureau des personnes âgées à la DGAS

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités, M. Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable, et M. Serge Canape, adjoint au chef du bureau des personnes âgées à la DGAS.

Notre objectif est de comprendre la façon dont évolue le financement des différentes catégories de maisons de retraite. Vos réponses à nos questions permettront de compléter les renseignements très précis que vous nous avez communiqués par écrit. Le nombre des conventions tripartites signées depuis 2001 est-il conforme aux prévisions ? Pourquoi ces conventions sont-elles presque toujours signées en fin d'année ? Pourquoi certaines régions et certains départements rechignent-ils à les signer ? Qui est responsable du suivi de la réforme de la tarification ? Sur ces différents sujets, comment se répartissent les responsabilités entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la direction générale de l'action sociale ? Disposez-vous d'outils pour mesurer la qualité des établissements, dont l'amélioration est le second objectif de la réforme de la tarification, avec le souci d'équilibrage entre les différentes catégories de structures ? L'écart de coût de un à trois que vous évoquez dans les documents transmis concerne-t-il le montant global de prise en charge ou les frais que la personne âgée doit acquitter elle-même ? La réforme de la tarification a-t-elle contribué à réduire les écarts ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Compte tenu de la précision de vos questions, nous serons peut-être amenés à vous apporter des compléments de réponses par écrit.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), par décision de juillet 2000, avait la responsabilité du suivi statistique, du financement et de l'élaboration d'outils d'information concernant la politique conduite en faveur des personnes âgées. La DGAS avait compétence en ce qui concerne les personnes handicapées, mais nous travaillons en étroite collaboration avec la DHOS ainsi qu'avec la direction de la sécurité sociale, puisque nous élaborons des circulaires budgétaires en commun. Au 1^{er} janvier 2006, la donne changera complètement puisque la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) deviendra le pilote du suivi et de l'analyse de l'hébergement en établissement, des soins et des écarts de tarification, mais aussi de la répartition des établissements sur le territoire. Elle sera en outre chargée de l'adaptation de l'offre à la demande, qui passe par le développement de dispositifs intermédiaires comme l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les soins infirmiers à domicile ou les petites unités de vie. À cet effet, la CNSA sera dotée d'outils informatiques et statistiques qui faisaient défaut à l'administration centrale. Nous signerons prochainement une convention fixant les objectifs assignés à la CNSA pour les cinq ans à venir.

Au 1^{er} août 2005, 4 052 conventions avaient été conclues, soit 50 % de l'objectif en nombre de signatures et 60 % de l'objectif en nombre de places. En 2005, 277 conventions ont été conclues alors que l'objectif est de 1 500, mais nous savons que, chaque année, l'essentiel des signatures intervient en novembre et décembre. Cette forte saisonnalité s'explique par le souci des conseils généraux d'enregistrer un maximum de signatures tout en reportant les financements sur l'année suivante. Au demeurant, les départements et les

établissements ont des appréciations différentes par rapport au conventionnement, certains d'entre eux, dissuadés par l'effet de cliquet anti-retour, refusant de s'engager directement. Pour limiter ces comportements dommageables, nous avons émis des propositions tendant à pénaliser ceux qui restent dans l'expectative.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Pouvez-vous citer les départements qui retardent délibérément les signatures de conventions tripartites ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Nous connaissons les départements dans lesquels peu de signatures ont été enregistrées mais, pour savoir si ce retard est volontaire ou pas, il faudrait que nous consultations les DDASS et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Toutefois, hormis en Haute-Normandie, où le refus de signer des conventions est caractérisé, le phénomène s'explique par un faisceau de raisons : la situation de l'établissement, l'existence d'avantages acquis qui n'incitent pas à sauter le pas, l'attente de conditions plus favorables, le renvoi à l'année suivante pour reporter l'affectation des crédits ou encore le manque d'effectifs de la DDASS. Nous nous efforçons de tenir compte des spécificités de certaines catégories d'établissements pour lesquels la norme « DOMINIC + 35 » – dotation minimum de convergence, plus 35 % –, qui reste l'objectif général à atteindre, est trop défavorable. Celle-ci a été assouplie pour les petits établissements de vingt-cinq à soixante places, où les coûts fixes sont très élevés, et pour ceux qui accueillent une proportion significative de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. J'ajoute que les effectifs des DDASS sont extrêmement contraints, notamment dans l'arc régional nord-est, et que nos collègues, en département, sont mobilisés sur une multitude d'opérations allant de la création de maisons départementales des personnes handicapées à la mise en place des contrats aidés en passant par la valorisation des acquis de l'expérience, sans oublier le plan de climatisation, qui les a beaucoup occupés depuis deux ans. Les conventions tripartites sont certes une priorité, mais elles passent après plusieurs « super-priorités ».

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nous souhaitons aussi connaître les financements correspondant aux conventions signées. Sont-ils conformes aux prévisions ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Nous vous communiquerons un document à ce propos. Les crédits engagés étaient de 3,5 millions d'euros en 2000, 45 millions en 2001, 281 millions en 2002, 204 millions en 2003, 235 millions en 2004 et 117 millions en 2005, soit un total cumulé de 886 millions pour un objectif initial de 900 millions d'euros.

M. Jean-Pierre Hardy : La saisonnalité des signatures est aussi due à la prédominance du secteur public, qui a tendance à sacraliser l'annuité budgétaire. Il est difficile de convaincre les établissements qu'ils peuvent passer une convention en cours d'exercice ; ils préfèrent attendre le 1^{er} janvier pour répartir la tarification sur les trois sections (hébergement, soins et dépendance) et ouvrir trois comptes de résultat.

Les réalités départementales sont extrêmement diverses, avec des doses variables d'établissements privés commerciaux, privés associatifs et publics de différents statuts - maisons de retraite hospitalières ou liées aux collectivités territoriales. Or les établissements privés, commerciaux comme associatifs, ont davantage intérêt à signer une convention car ils sont généralement peu médicalisés. De même, les départements à forte implantation héliotrope, situés sur les rives de l'Atlantique et de la Méditerranée, se caractérisent par un taux de signature supérieur à la moyenne ; il conviendrait de croiser cette donnée avec celle des strates juridiques. Au contraire, les départements comme la Haute-Marne, où la plupart des établissements sont publics, enregistrent peu de signatures, à cause de l'effet de clapet anti-retour.

Je note enfin que certains blocages infra-politiques, imputables à des services administratifs, ont été levés il y a quelques mois.

L'écart de coût de un à trois signalé dans le rapport de 2002 de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale de l'administration concernait uniquement les soins. Cet écart tend à se resserrer, sous l'effet des conventions tripartites, pour ne plus être que de un à deux. Concernant le coût d'hébergement, les écarts sont beaucoup plus importants.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Avez-vous une idée des écarts concernant le coût qui reste à la charge de la personne âgée ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Nous disposons seulement d'une enquête, que nous vous transmettrons, portant sur l'hébergement, les soins et la dépendance dans une dizaine de départements.

La mission MARTHE – mission interministérielle d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées –, qui a *de facto* été reprise par le cabinet du ministre chargé des personnes âgées, n'a désormais plus de raison d'être dans la mesure où la CNSA va prendre en main la coordination du système, l'État conservant évidemment la responsabilité du pilotage et de la définition des objectifs assignés à la Caisse.

Cinq ans après les premières signatures, nous bénéficions maintenant d'un certain recul pour évaluer l'effet de conventions tripartites sur la qualité des établissements.

M. Serge Canape : D'autant que les conventions les plus anciennes vont bientôt faire l'objet d'un renouvellement et que de nombreuses DDASS ont mis sur pied un processus local d'évaluation de l'amélioration de la qualité. Nous recensons ces initiatives et, pour les homogénéiser, nous créerons avant la fin de l'année un groupe de travail national qui aura pour mission d'établir une grille de quinze à vingt-cinq indicateurs.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quand rendra-t-il ses conclusions ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Vraisemblablement à la fin du premier trimestre 2006 car il suffira de compiler et de synthétiser le travail approfondi accompli par les DDASS.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : La réforme de la tarification aura certainement permis de réduire les écarts en ce qui concerne les tarifs de soins et les tarifs dépendance, mais la connaissance des écarts concernant le montant qui reste à la charge de la personne âgée ou de sa famille mérite d'être améliorée. Avez-vous mené des études sur ce sujet ? Le problème est lié à celui de la prise en charge du coût de l'investissement. Les textes identifient-ils clairement un niveau de collectivité responsable des investissements ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Dans certains départements, les investissements pèsent lourdement sur le coût d'hébergement restant à la charge des personnes. En tout cas, juridiquement, la responsabilité de l'investissement incombe aux départements.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : En vertu de quel texte ?

M. Jean-Jacques Trégoat : L'État n'a pas la responsabilité de ces investissements, mais il ne se désintéresse pas du problème pour autant. Il avait décidé d'accomplir un effort particulier au titre des contrats de plan État-région, mais ceux-ci ont pris du retard, comme dans d'autres domaines, et nous nous sommes battus, budget après budget, pour débloquer

les autorisations de programme et surtout les crédits de paiement nécessaires. Nous espérons que le taux d'exécution desdits contrats de plan, pour ce qui concerne les équipements en faveur des personnes âgées, atteindra 60 % fin 2005 ; c'est beaucoup par rapport à la tendance passée, mais peu si l'on considère que cette génération de contrats ne court que jusqu'en 2006. Nous avons en outre obtenu de la CNSA un concours de 50 millions d'euros, dont 60 % sont consacrés à l'accélération des contrats de plan, soit, avec les 25 millions prévus par la loi de finances, un total de 55 millions pour tenir notre objectif.

Mme Catherine Génisson : Mais d'un point de vue juridique, les investissements relèvent-ils strictement des conseils généraux ? D'autre part, le retard pris dans la concrétisation des contrats de plan État-région – qui participent très largement à ces investissements – est-il imputable à l'État ou aux collectivités territoriales ?

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le matelas financier de la CNSA sera-t-il consacré à des investissements ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Une grosse partie des moyens de la CNSA consacrés aux personnes handicapées servira à payer la prestation de compensation tandis que, pour ce qui concerne les personnes âgées, tout dépendra de la montée en charge des créations de places, voire de la médicalisation. C'est précisément la raison pour laquelle la réserve sera sanctuarisée. Mais quel usage en sera-t-il fait ? Si je ne puis préjuger des décisions ministérielles, je constate que le Gouvernement cherche à l'utiliser le plus judicieusement possible.

La capacité d'investissement des établissements est freinée par des obstacles de différentes natures. Sur ce dossier très technique, nous ne sommes pas restés passifs et nous avons identifié trois ou quatre pistes de modifications législatives susceptibles de leur procurer des moyens supplémentaires.

M. Jean-Pierre Hardy : Le responsable direct de l'investissement - constructions, mobilier, cuisine, etc. – est bien entendu l'établissement, personne morale de droit public ou privé. Cela dit, le département, qui facture l'hébergement – de même que la dépendance, l'État prenant en charge les soins –, tient compte, dans sa tarification, des amortissements et des frais financiers consécutifs aux investissements. Le payeur principal est donc l'usager car celui-ci n'est généralement pas bénéficiaire de l'aide sociale départementale, dans la mesure où il entre en maison de retraite pour cause de dépendance et non plus par manque de moyens comme cela se passait le plus souvent dans les années 1960 et 1970.

Lorsque les gestionnaires préfèrent limiter le recours à l'emprunt et réduire les frais financiers, la construction d'un bâtiment neuf se traduit mécaniquement par 4 % d'augmentation du prix de journée, auquel sont incorporés les amortissements et les frais financiers. Une série de mesures vont être prises non seulement pour faciliter l'affectation des excédents d'investissement mais aussi pour réduire l'imputation des amortissements.

Étonnamment, la situation financière des établissements n'est pas mauvaise, hormis le haut des bilans, à cause du besoin en investissements. Mais, grâce aux mécanismes de paiement à terme échu, de dépôt et de cautionnement, les établissements publics disposent de quatre-vingt-dix jours de trésorerie, que nous voulons ramener à trente jours en les encourageant à ne plus emprunter. Malgré l'avis négatif de Bercy, nous souhaiterions aller plus loin en autorisant les établissements publics à procéder à des placements financiers dont les revenus alimenteraient l'investissement. Pour dégager de l'autofinancement, il conviendrait également de fixer deux tarifs selon que l'usager bénéficie ou non de l'aide sociale. Le problème de la fiscalité est beaucoup plus délicat : les établissements publics

autonomes ne récupèrent pas la TVA sur les constructions, contrairement à ceux dépendant d'un centre communal d'action sociale, tandis que le secteur commercial, en plein développement, bénéficie du régime de loueur en meublé professionnel, très intéressant du point de vue fiscal.

La dépendance et les soins sont solvabilisés respectivement par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'assurance maladie. Le véritable enjeu des années à venir est le coût de l'hébergement, qui n'est pas complètement socialisé. Et nous sommes soumis à des contraintes strictes : fixer un tarif plancher serait contraire à la libre administration des collectivités territoriales, et fixer un tarif plafond serait contraire à la liberté du commerce et de l'industrie.

Mme Cécile Gallez : En plus des travaux de rénovation classiques, les établissements doivent faire face à des exigences draconiennes en matière de travaux de sécurité. Les foyers-logements, par exemple, ont été classés successivement en type U, en type J puis en type J'. La sécurité est certes nécessaire mais ces contraintes ne sont-elles pas excessives ? Ne serait-il pas envisageable d'accorder des prêts à taux zéro aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?

Mme Catherine Génisson : Nombre de maisons de retraite, notamment en milieu rural, jouent un rôle fondamental dans la prise en charge locale des personnes âgées, comme elles l'ont prouvé lors de la canicule, sans pour autant respecter les normes définies au niveau national. Les obligations pas toujours compréhensibles et très coûteuses sous lesquelles croulent ces établissements entraînent bien souvent des fermetures pures et simples.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : En quoi les règles de financement applicables aux champs du handicap et des personnes âgées dépendantes diffèrent-elles ? Comment expliquez-vous que le secteur privé à but lucratif, ces dix dernières années, ait été le plus actif dans la création de places d'accueil de personnes âgées dépendantes ? N'est-ce pas dû à l'impossibilité d'identifier dans les textes l'échelon administratif responsable des investissements ? J'insiste également sur le problème des normes sanitaires et de sécurité soulevé par mes collègues.

M. Jean-Jacques Trégoat : Ces sujets mériteraient de longs commentaires.

Certaines normes sont de nature réglementaire, d'autres de nature législative, voire communautaire. En ce qui concerne la climatisation des maisons de retraite, l'État a imposé une norme par décret et a exceptionnellement financé les dépenses à hauteur de 40 %. En tant que fonctionnaire, je n'ai pas à me prononcer sur le principe de précaution. Ce qui est sûr, c'est que la représentation nationale unanime a jugé pertinent de faire climatiser les établissements pour apporter une réponse au risque de canicule. L'autre levier est l'augmentation du taux d'encadrement qui, grâce aux conventions tripartites, a déjà fait l'objet d'un effort considérable entre 1996 et 2003 puisqu'il a été porté à 0,57. Dès lors qu'apparaissent des enjeux de santé publique, concernant la climatisation, l'amiante, les légionelles ou encore la sécurité électrique, nous nous devons de faire appliquer les normes, y compris lorsqu'elles émanent d'autres ministères comme ceux du logement ou de l'intérieur.

Dans la mesure où le foyer-logement se substitue au domicile, nous examinons, avec les ministères de l'intérieur et du logement, la possibilité de réduire les normes qui leur sont applicables, au moins pour une partie des bâtiments, même si les normes J constituaient un progrès par rapport aux normes U. Il s'agit de gagner en souplesse tout en garantissant la

sécurité des personnes et des gestionnaires d'établissement, qui ne doivent pas être mis en porte-à-faux. Ce chantier énorme devrait déboucher courant 2006 car nous disposons déjà de la typologie des personnes âgées hébergées en foyer-logement, par groupes iso-ressources et par âge, et nous avons établi l'état des lieux précis du patrimoine : dans quel état se trouvent les bâtiments ? Sont-ils construits en hauteur ? En plusieurs parties ? Seraient-ils facilement convertibles en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Je rappelle que ces foyers-logements ne sont pas marginaux puisqu'ils sont au nombre de 3 000 et représentent 153 000 places, soit plus du quart du nombre total d'établissements et près du quart du nombre total de places. La transformation intelligente de foyers-logements en EHPAD ou en structures d'un autre type constitue un enjeu fondamental. Quoi qu'il en soit, je suis favorable à ce que les normes, pour cette catégorie d'établissements, restent très raisonnables ou du moins n'explorent pas. Nous recommandons aussi une harmonisation des critères de contrôle des commissions de sécurité sur tout le territoire national, ce qui requiert, de la part du ministère de l'intérieur, la publication d'un texte producteur de droit.

Mme Cécile Gallez : Je confirme que les commissions de sécurité émettent des appréciations très divergentes. Par ailleurs, je préconise pour ma part le maintien d'un nombre élevé de foyers-logements, car ces établissements sont parfaitement adaptés aux femmes qui craignent de rester seules chez elles sans pour autant être invalides.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Sur cette question très importante, la MECSS fera des propositions. Compte tenu de l'heure, je propose que nous vous entendions de nouveau dans les deux mois à venir mais, en attendant, je souhaiterais que vous répondiez à deux questions. Pourquoi le secteur privé a-t-il ouvert tant de places ? En quoi les règles de financement applicables aux champs du handicap et des personnes âgées dépendantes diffèrent-elles ?

M. Pierre Morange, coprésident : De quels outils disposez-vous pour, d'une part, apprécier le stock et le flux de places, dans le domaine de la dépendance comme dans celui du handicap, d'autre part, adapter l'offre d'hébergement aux besoins actuels et du futur ?

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Cette question immense mériterait au moins une demi-heure d'échanges ; elle englobe en effet les problématiques relatives aux grilles AGGIR – autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources – et PATHOS, mais aussi celle du financement du long séjour.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous vous remercions de nous fournir des réponses écrites afin que, lors de notre prochaine rencontre, nous puissions approfondir ce sujet.

M. Jean-Jacques Trégoat : D'accord.

M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, nous a demandé de faire progresser rapidement notre méthodologie pour donner de la hauteur à notre vision. La DGAS s'efforce par conséquent d'établir un continuum de prise en charge, allant du maintien complet au domicile jusqu'au placement complet en établissement, avec tous les cas de figure intermédiaires, afin de tenir compte de la diversification des populations : les personnes à prendre en charge ont en effet de soixante à cent vingt ans, certaines d'entre elles font des allers-retours entre deux systèmes et la dépendance, dans certains cas cliniques, intervient très tôt. Nous fournissons donc des outils au niveau local et celui-ci se les approprie pour répondre à la demande d'hébergement et de soins. Nous avons notamment mis au point un outil très intéressant, les PRIAC (programmes interdépartementaux d'accompagnement de la dépendance), qui permettent de rapprocher les données des agences

régionales d'hospitalisation, des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, et des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale, afin de hiérarchiser et de financer les besoins, dans toutes leurs composantes – médecine libérale, médecine hospitalière, etc. Quant à la CNSA, elle sera dotée d'outils destinés à réduire les inégalités et à apporter des réponses plus qualitatives aux problèmes. Ainsi, les services de l'État auront davantage de moyens et davantage de temps pour piloter le système.

M. Jean-Pierre Hardy : La législation autorise les établissements à recourir à l'emprunt s'ils ont l'accord de l'autorité compétente, c'est-à-dire du conseil général, pour les maisons de retraite habilitées à l'aide sociale. Au demeurant, toute collectivité, commune, caisse de retraite ou caisse de sécurité sociale, a la possibilité de subventionner des investissements, mais cela n'a aucun impact sur le coût d'hébergement puisqu'il faut alors procéder à des amortissements. Le secteur des personnes âgées est, de fait, soumis au même régime que celui des personnes handicapées, à deux différences près : dans celui-ci, le coût de revient journalier est supérieur, mais la totalité de la dépense est socialisée.

Si les opérateurs privés ont choisi d'investir dans l'hébergement des personnes âgées, c'est que la demande, dans ce secteur, est solvable. L'offre s'est donc adaptée, certains grands groupes privés proposant une gamme d'établissements allant de l'Ibis au Hilton en passant par le Novotel, avec des prestations de restauration, des loisirs et des animations identiques. Ils sont en outre intéressés par le régime de loueur en meublé professionnel, qui offre un régime fiscal relativement intéressant et une liberté de prix totale.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous vous remercions pour ces explications, en espérant vous revoir très prochainement.

*

Audition de MM. Bernard Cazeau, sénateur, président du conseil général de la Dordogne, président de la commission politiques sociales et familiales de l'Assemblée des départements de France (ADF), et Jean-Michel Rapinat, chef du service développement social de l'ADF

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. Bernard Cazeau, sénateur, président du conseil général de la Dordogne, président de la commission politiques sociales et familiales de l'Assemblée des départements de France, et à M. Jean-Michel Rapinat, chef du service développement social de l'ADF.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : La mission cherche à cerner les flux de financement consacrés à l'hébergement des personnes âgées. Aussi aimerions-nous savoir comment vous envisagez le rôle des départements en matière d'hébergement des personnes âgées, quel est le montant de l'investissement réalisé et quel est son niveau selon les départements. Nous souhaitons également connaître l'évolution constatée au cours des dernières années.

M. Bernard Cazeau : Aujourd'hui, les départements sont pratiquement chargés de toute l'action médico-sociale, ce qui explique d'ailleurs l'inquiétude des présidents de conseils généraux quant au transfert de recettes. Cela concerne en particulier l'hébergement des personnes âgées, pour lequel, au niveau national, les recettes globales s'établissent à 2,4 milliards d'euros environ. Elles émanent de l'État, au travers du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), à hauteur de 1,45 milliard, la part des familles et les récupérations diverses représentant 954,9 millions.

Mais les départements participent à la prise en charge des personnes âgées pour quelque 2 milliards d'euros et consacrent 3,669 milliards aux dépenses d'APA. Autrement dit, la part de l'État dans la dépense globale est de 30 % et celle des départements de 70 %. On comprend mieux les reproches qui s'expriment : la solidarité nationale et la solidarité locale ne s'équilibrent pas, contrairement à ce qui avait été envisagé lors de la création de l'APA. Encore faut-il ajouter que la part des départements est variable. Si l'on tient compte, hors APA, des aides ménagères et des aides complémentaires, la dépense totale engagée par les départements pour les personnes âgées s'élève à 5,6 milliards d'euros. Sachant que l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées s'établit à 4,8 milliards, on constate à nouveau que l'engagement des départements en faveur des personnes âgées est supérieur à celui de l'État, alors même qu'ils doivent aussi faire face à la très lourde charge du RMI, évaluée à 5,2 milliards. On a ainsi une idée de l'action entreprise par les départements en faveur des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient maintenues à domicile ou hébergées en établissement.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Notre connaissance des flux financiers consacrés aux personnes âgées est loin d'être parfaite. Des analyses plus détaillées sont nécessaires, ce qui suppose une concertation entre les départements et la sécurité sociale. Ce sera tout l'enjeu des PRIAC, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

Les départements ont donc la responsabilité de l'action sociale en faveur des personnes âgées ; considérez-vous qu'ils ont aussi celle des investissements ? Par ailleurs, comment se justifient les disparités frappantes relevées dans les coûts d'hébergement ?

M. Bernard Cazeau : Les investissements sont indispensables et les départements les réalisent pour répondre à la demande de places en établissements. De nombreux départements, sinon tous, font le maximum pour maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à domicile. Ils le font pour des raisons humaines aisément compréhensibles et pour des raisons médicales bien connues, mais aussi parce que le coût du maintien à domicile est incontestablement plus faible que celui de l'hébergement en établissement ; de plus, le maintien à domicile permet de créer des emplois. En Dordogne, la moyenne d'âge des personnes hébergées en établissement est de 85 ans, et l'on ne fête plus les centenaires tant elles sont nombreuses. Cette évolution impose l'augmentation de la prise en charge, qui n'est plus seulement sociale mais qui doit, souvent, être médicalisée. Voilà qui explique l'augmentation non négligeable des coûts, qu'il s'agisse des coûts d'établissement proprement dit ou des frais de personnel, sachant qu'aux personnels soignants s'adjoignent d'autres personnels qui contribuent, par leur participation à la vie des établissements, à retarder la survenue de déséquilibres neurovégétatifs chez les pensionnaires.

Je n'ai pas de chiffres précis à vous fournir, car la situation varie du tout au tout selon les départements. On comprendra facilement que le coût du foncier n'est pas le même en région parisienne que dans la Creuse. Or, la dérive du prix du foncier explique pour beaucoup la forte variation des prix de journée. En Dordogne, il est de 43,53 € par jour, soit 1 306 € par mois, zone basse de la fourchette.

M. Pierre Morange, coprésident : La tarification de l'hébergement en établissement tient-elle compte de l'amortissement et des frais financiers ?

M. Bernard Cazeau : La bonne gestion l'impose, en Dordogne comme dans les autres départements. Pour qu'il en aille autrement, les départements devraient être prodigieusement riches !

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : L'ADF dispose-t-elle d'une étude sur les stratégies d'investissement des différents départements ?

M. Bernard Cazeau : Nous n'avons pas réalisé d'analyse globale. J'appelle d'ailleurs votre attention sur la nécessaire prudence qui doit prévaloir. La situation des départements varie à de nombreux égards, qu'il s'agisse de leur richesse, du nombre de personnes âgées qui y résident et de l'importance de la dépendance constatée. On compte ainsi de nombreuses personnes âgées dépendantes dans les campagnes du sud de la France, car beaucoup ont souhaité s'établir dans des régions ensoleillées pour y passer leur retraite, en bénéficiant de prix qui leur semblaient plus acceptables qu'ailleurs. Étant donné l'ampleur des disparités, ce serait faire une mauvaise manière aux départements que de prétendre les comparer. Contrairement à mon habitude, je ne donnerai pas pour exemple le département des Hauts-de-Seine, et je me bornerai à demander comment l'on pourrait valablement comparer le budget de l'Essonne avec celui de la Dordogne, de la Creuse ou de la Corrèze. Chacun comprendra qu'une comparaison valide n'est pas possible.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je cherchais à savoir, sans porter de jugement, quelle connaissance l'ADF a des investissements réalisés par les départements en matière d'hébergement en établissement.

M. Bernard Cazeau : Quand cette étude aura été réalisée, on constatera tout au plus que certains départements peuvent faire davantage que d'autres parce qu'ils en ont les moyens. Cela soulignera le besoin impérieux d'une péréquation nationale.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est la vocation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et nous avons bien compris combien la comparaison est malaisée. Pouvez-vous nous indiquer si, dans chaque département, un mécanisme a été créé, tendant à compenser les taux d'équipement les plus faibles par des dispositifs de soins à domicile plus développés ?

M. Bernard Cazeau : Pour ce qui me concerne, mon intention n'est pas de transformer la Dordogne en une grande maison de retraite. La population de certains départements compte déjà plus de 40 % de personnes âgées de plus de 75 ans. J'ai dit la volonté générale de maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible, ce qui s'envisage mieux dans les campagnes, grâce à la prise en charge partielle par les voisins, la vie sociale étant plus développée dans les départements ruraux que dans les grandes villes, comme on l'a vu lors de la canicule. Pour autant, la création d'établissements est nécessaire, et les départements construisent lorsqu'il le faut. Pour ma part, j'ai décidé qu'il devrait y avoir un établissement d'hébergement public ou associatif, par canton. C'est à eux que l'aide est réservée, même si cette offre est complétée par une offre privée.

M. Pierre Morange, coprésident : On sait qu'à cet égard les stratégies diffèrent selon les départements. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

M. Jean-Michel Rapinat : La question que vous nous posez est celle de l'offre de services. Il est difficile de la prendre en compte, compte tenu du fait que le potentiel fiscal diffère selon les départements. Nous espérons trouver le moyen de mesurer le niveau moyen de dépendance d'une population sur un territoire donné. Il faudrait, pour adapter l'offre de service, établir un « groupe iso-ressources » moyen pondéré par département. En effet, certains départements cumulent les handicaps : un potentiel fiscal faible, une population dépendante nombreuse et un taux moyen de dépendance très élevé. Voilà pourquoi une péréquation est indispensable. Les départements se sont demandés s'ils allaient plutôt se tourner vers l'offre privée, notamment pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Mais tout dépend aussi des offres qui leur sont faites. De même que pour la prise en charge des personnes handicapées, les offres vont parfois du simple au double pour une même population.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment de tels écarts se justifient-ils ?

M. Jean-Michel Rapinat : Par l'histoire de la prise en charge. S'agissant des personnes handicapées, la prise en charge était généralement assurée par des associations. Pour ce qui est des personnes âgées, les établissements n'ont pas tous réagi de la même manière aux évolutions qu'ont représenté la création de l'APA, la réforme de la tarification et la réduction du temps de travail. De plus, on partait de structures existantes dont les modalités de fonctionnement n'étaient pas les mêmes, qu'il s'agisse du personnel ou de la prise en charge proprement dite. La réforme de la tarification a suscité des critiques mais elle a permis de différencier le coût de la dépendance et celui des soins et, ce faisant, d'envisager la question différemment. Toutefois, à ce jour, on a du mal à réduire les différences de coûts et des écarts demeurent en raison de l'hétérogénéité de l'offre de départ. Il en est parfois résulté des tensions entre les départements et les gestionnaires d'établissements, qui ont des arguments à faire valoir.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le directeur général de l'action sociale, que nous venons d'entendre, nous a dit que la compétence de l'investissement revient au département. Partagez-vous ce point de vue ?

M. Bernard Cazeau : La loi nous donne cette compétence, que nous exerçons par le biais de subventions ou par celui du prix de journée. La décentralisation a donné aux départements la responsabilité de l'action sociale, et il est en effet bien davantage de leur ressort que de celui de l'État de traiter ces questions. Encore faudrait-il que deux problèmes en suspens soient réglés. S'agissant de l'APA, la répartition entre la part de l'État et celle des départements devrait être rééquilibrée pour passer de 30 % et 70 % actuellement à 50 % chacun. Pour ce qui est du RMI, son financement devrait être envisagé par le biais d'un impôt plus dynamique ou d'une compensation intégrale. Si ces rectifications étaient faites, les départements seraient parfaitement à même d'assumer l'ensemble de l'action sociale, y compris les investissements, auxquels ils contribuent en fonction de leur richesse respective. Une évolution s'impose, car ces problèmes sont réels. Le conseil général de la Dordogne est sur le point de voter un budget supplémentaire de 2 millions d'euros destiné à couvrir une dépense de RMI excédentaire ; et le département ne compte que 400 000 habitants ! Toute compétence doit être transférée complètement ou pas du tout. C'est d'ailleurs le fait que la prise en charge du handicap soit une compétence partagée qui pose problème.

M. Jean-Michel Rapinat : Avant la création de l'APA, les départements étaient principalement préoccupés par la tarification. Actuellement, il s'agit bien davantage d'une approche « qualité » : les conseils généraux recherchent la qualité de la prise en charge. Aussi, une fois réglée la question de la coordination d'ensemble, les autres questions pourront être progressivement traitées différemment.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Certains départements ont choisi l'aide à la pierre. C'est le cas pour la Dordogne, à hauteur de 20 %, et d'autres départements ont décidé d'y consacrer davantage. Savez-vous lesquels, et avez-vous analysé l'impact de l'aide à la pierre sur l'évolution du prix de journée ?

M. Bernard Cazeau : Le département de la Dordogne a financé 110 opérations en vingt ans, à hauteur de 50 millions, opérations qui ont suscité pour 200 millions d'euros de travaux.

M. Jean-Michel Rapinat : On constate un fort engagement d'un quart au moins des départements, mais il est difficile de le quantifier. Une première phase a consisté à rénover les établissements existants, mais l'on est déjà passé à une deuxième phase. On constate la même implication des départements dans l'investissement en faveur des établissements d'hébergement pour personnes âgées que dans l'investissement en faveur du logement.

M. Pierre Morange, coprésident : L'ADF a-t-elle une idée exacte de l'offre complète, ou des éléments d'information peuvent-ils lui manquer ?

M. Jean-Michel Rapinat : L'articulation des schémas gérontologiques départementaux grâce au PRIAC permettra l'harmonisation de la planification.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : J'en reviens à l'aide à la pierre et à ses conséquences sur l'aide sociale. L'ADF a-t-elle fait un bilan à ce sujet ? Certains considèrent que plus l'investissement public en faveur de la création ou de la rénovation des maisons de retraite est important, plus la demande d'aide sociale diminue. Mais, pour la DGAS, la réduction de la demande d'aide sociale découle bien davantage de l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. Quel est votre sentiment ?

M. Bernard Cazeau : Nous constatons en Dordogne que le fait de subventionner l'équipement ne réduit pas la demande d'aide sociale, à la fois parce que les coûts d'investissement augmentent et parce que la tarification ternaire a accru de façon non négligeable les coûts d'hébergement, heureusement compensés par l'APA après que la sécurité sociale s'est désengagée de certaines dépenses. Pour que le volume de l'aide sociale diminue en Dordogne, le conseil général devrait porter l'aide à la pierre à 50 % de l'investissement total.

M. Jean-Michel Rapinat : Une étude pourrait être réalisée à ce sujet en partenariat entre l'ADF, la CNSA et l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS).

M. Pierre Morange, coprésident : La récupération sur succession a-t-elle un impact sur les finances des départements ?

M. Jean-Michel Rapinat : Avec la création de l'APA, nous sommes passés d'une aide sociale classique à une aide sociale universelle. Ainsi, il était envisagé que 800 000 personnes seraient aidées à fin 2005 ; nous en sommes à 900 000 à ce jour. Les recettes sont en baisse et la philosophie elle-même a changé depuis 2002-2003. D'autre part, les personnes actuellement aidées sont âgées de plus de 75 ans ; l'aide qui leur est allouée au travers de l'APA l'est pendant une durée relativement courte, mais il arrive fréquemment que des aides engagées soient versées au-delà de la date des décès. Ces sommes, dont le total est loin d'être négligeable, doivent être récupérées, ce qui prend un certain temps. Le chèque emploi universel contribuera peut-être à traiter différemment l'aide à la personne, et donc à résorber le volume des sommes indues à récupérer.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le représentant de la Fédération hospitalière de France a proposé d'encadrer les tarifs d'hébergement en fixant un minimum et un maximum au prix de journée. Qu'en pensez-vous ?

M. Bernard Cazeau : Les départements estiment que les prix de journée demandés résultent d'une gestion très serrée. D'autre part, ils ne sont pas très favorables à ce qu'on légifère pour leur laisser ensuite le soin de régler l'addition. Ils ne se satisfont pas non plus que l'on prétende que tous les départements seraient dans la même situation, alors que leur

hétérogénéité est patente et que les ressources de leur population le sont également. Chacun sait que les pensions agricoles ne sont pas du même montant que celles des salariés en milieu urbain. Chaque président de conseil général doit pouvoir limiter la demande, en assurant une gestion convenable, pour ne pas grever la fiscalité locale. Je ne vois pas comment, sauf à faire une péréquation nationale, on pourrait établir des prix de journée fixes. Or, en matière de péréquation, on sait ce qu'il advient des promesses – on l'a encore vu avec l'APA : quinze départements en ont profité, mais pour ce qui est des autres... Et qui ignore que, dès que l'on parle de péréquation, les départements riches se mettent à hurler ? Il faut tenir compte de la diversité des situations. Vous aurez compris que je ne suis pas favorable à la fixation autoritaire des prix de journée. Je pense, en disant cela, traduire l'état d'esprit de mes collègues, dont certains auraient vraisemblablement une expression moins modérée que la mienne à ce sujet.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

AUDITIONS DU 3 NOVEMBRE 2005

Audition de Mmes Dominique Beaumont, directrice de la direction vosgienne des interventions sociales, direction personnes âgées et personnes handicapées, et Nadine Brulé, chef du service des établissements et de la tarification du Conseil général des Vosges, et de MM. Francis Lacoste, directeur de la Solidarité du Conseil général des Landes et Yves Schaeffer, directeur général adjoint de l'action sociale du Conseil général du Nord

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Dominique Beaumont, directrice chargée des personnes âgées et des personnes handicapées au conseil général des Vosges, Mme Nadine Brulé, chef du service des établissements et de la tarification du conseil général des Vosges, M. Francis Lacoste, directeur de la solidarité du conseil général des Landes, et M. Yves Schaeffer, directeur général adjoint chargé de l'action sociale du conseil général du Nord.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nous cherchons tout d'abord à bien connaître les modalités de financement des maisons de retraite, au titre de l'aide sociale comme de l'aide à la pierre. Avez-vous mené un travail d'analyse sur ces flux financiers et leur évolution ? Quel est le prix de journée restant à la charge des familles ? Quelle incidence ont les politiques publiques sur ce coût ?

Notre deuxième sujet de préoccupation porte sur l'évolution des populations accueillies, en termes d'âge et de durée moyenne de séjour.

Mme Dominique Beaumont : Le conseil général des Vosges a le souci d'améliorer la qualité des établissements tout en essayant de maintenir des coûts relativement bas. C'est pourquoi, depuis la décentralisation, nous finançons les investissements à hauteur de 40 %. Les chambres à deux ou trois lits, par exemple, sont maintenant rares, quoique le coût de journée reste raisonnable : le tarif moyen facturé aux usagers est de 38 euros.

Mme Nadine Brulé : Notre parc départemental est relativement sain car nous le modernisons et nous le restructurons depuis plus de vingt ans. Nous subventionnons également beaucoup d'animations et de spectacles, dont une petite partie seulement du coût est répercutée sur le prix de journée.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous avez évoqué un coût moyen. Mais quel est l'écart entre les coûts plafond et plancher ?

Par ailleurs, une comptabilité analytique est-elle tenue sur le coût de journée afin de ventiler les différents postes de dépenses et de pouvoir ainsi se livrer à une comparaison de votre politique sociale avec celle des autres départements ?

Mme Nadine Brulé : Nous n'avons pas les éléments de réponse en tête mais nous pourrions vous communiquer ces données par écrit.

Tous secteurs confondus, le tarif moyen d'hébergement est de 33,45 euros, mais celui-ci est 15 % plus cher dans le privé que dans le public. Les écarts entre établissements sont considérables puisque la fourchette va de 29,14 à 42,22 euros.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Dans votre parc, quelles sont les parts respectives du public, du privé à but lucratif et du privé à but non lucratif ?

Mme Nadine Brulé : Les établissements publics sont prédominants.

M. Francis Lacoste : Dans les Landes, nous comptabilisons 4 200 lits et soixante-cinq établissements, dont un privé à but lucratif, six associatifs et cinquante-huit publics. Aucun établissement privé n'a été créé depuis la décentralisation. La moitié des structures publiques sont gérées de façon autonome et l'autre moitié par des collectivités territoriales.

Le prix de journée moyen tourne autour de 40 euros. Il varie de 30 à 50 euros, les cinq établissements de long séjour, qui représentent 600 lits, étant les plus chers.

Nous menons également une politique d'aide à l'investissement dotée de 2,5 millions d'euros par an, soit 15 % du total. Nous remarquons qu'il devient difficile de trouver des financements pour la construction, hormis quelques aides directes, les prêts sans intérêts de la CNAVTS, la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, étant délivrés au compte-gouttes.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le poids des personnes ressortissant de l'aide sociale ?

M. Francis Lacoste : Nous en dénombrons 1 500.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment expliquez-vous que la part des investissements pris en charge par le conseil général soit de 40 % dans les Vosges et de 15 % dans les Landes alors que les prix de journée sont similaires ?

M. Francis Lacoste : En ce qui nous concerne, nous ne prenons pas le foncier en compte.

M. Pierre Morange, coprésident : Et quel est l'impact du prix du foncier ?

Mme Nadine Brulé : Il atteint 15 à 16 euros minimum, hors immobilier.

M. Francis Lacoste : Les collectivités locales apportent généralement le foncier viabilisé.

M. Pierre Morange, coprésident : Disposez-vous d'une visibilité sur la répartition des différents postes qui structurent le prix de journée ?

M. Francis Lacoste : Grossièrement, le personnel revient à 70 ou 75 % et l'immobilier à 10 ou 15 %.

Mme Nadine Brulé : Dans les Vosges, pour ce qui concerne l'hébergement, hors dépendance, les charges de personnel sont légèrement inférieures à 70 %. Je pourrai vous fournir la ventilation complète.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons effectivement besoin de chiffres très précis prenant en compte l'ensemble des paramètres.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Dans certains établissements de mon département, 25 à 30 % du prix de journée est consacré au remboursement des emprunts. Les Vosges et les Landes sont deux des départements où l'aide à la pierre est importante, mais qu'en est-il de l'aide sociale ?

M. Francis Lacoste : En 1997, l'aide sociale nous revenait à 14 millions d'euros. Le pic a été atteint en 2001 avec 16,8 millions d'euros. La création de l'APA, l'allocation personnalisée d'autonomie, a fait décroître les dépenses en 2002 et 2003. Toutefois, une nouvelle augmentation a été enregistrée dès 2004, avec 15,5 millions d'euros.

M. Georges Colombier : L'APA a été mise sur pied pour le maintien à domicile, l'incidence financière étant moins significative pour les personnes hébergées en établissement.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je note tout de même qu'elle a servi à faire diminuer la participation des départements au titre de l'aide sociale !

M. Francis Lacoste : Ce n'est qu'un poste budgétaire parmi d'autres...

Mme Dominique Beaumont : En 2004, nous avons dépensé 4,44 millions d'euros pour l'aide sociale à l'hébergement – c'est-à-dire hors APA –, au profit de 743 résidents.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Il convient de ramener ces chiffres à la population de personnes âgées. Mais les départements des Landes et des Vosges ne sont-ils pas de taille équivalente ?

M. Pierre Morange, coprésident : Si, et leurs structures démographiques sont analogues.

Mme Dominique Beaumont : Je précise que nous sommes passés en paiement net, ce qui signifie que nous n'encaissons plus de ressources.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : C'est-à-dire ?

Mme Dominique Beaumont : Soit le département règle la totalité du prix de journée puis encaisse les ressources de l'usager, soit l'établissement encaisse lui-même ces ressources, le département ne versant alors que la différence, ce qui est le cas dans les Vosges. La base de calcul est donc différente selon les départements.

M. Yves Schaeffer : Le département du Nord compte 293 établissements dont 82 logements-foyers, 21 300 lits et 8 000 personnes relevant de l'aide sociale, soit 30 % de la population considérée. La dépense brute d'aide sociale, en 2005, s'élèvera à quelque 92 millions d'euros, plus 180 millions d'euros au titre de l'APA.

Le prix de journée moyen est de 42,46 euros dans les EHPAD, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et de 47,60 euros dans les établissements de long séjour. Si l'on ajoute les GIR 5 et 6, ces montants grimpent respectivement à 46,62 et à 51,11 euros. Les écarts absolus sont très importants mais la dispersion est modérée – je pourrai vous fournir les chiffres exacts.

Nous menons depuis longtemps une politique de soutien à l'investissement, à hauteur de 40 %, ce qui facilite le bouclage du financement des créations et des restructurations d'établissements. Pour information, en matière d'accueil des personnes handicapées, nous ne prenons en charge que 10 % des investissements, mais les élus réfléchissent à une inflexion de leur politique.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment expliquez-vous les différences de tarifs avec les Landes et les Vosges ? Par le taux d'aide à l'investissement ? Par le fait que vos établissements sont implantés en zone urbaine ?

M. Yves Schaeffer : Le Nord est effectivement un département très urbanisé. Par ailleurs, nous menons un effort important en matière de création d'emplois et de taux d'encadrement.

L'instauration de l'APA a eu un impact de l'ordre de trois à cinq points sur le prix de l'hébergement mais le mouvement à la hausse est rapidement reparti, eu égard, en particulier, au renchérissement des coûts de personnel.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelle est la croissance tendancielle du prix de journée ?

M. Yves Schaeffer : Elle atteint un peu plus de 3 % par an.

Mme Nadine Brulé : Dans les Vosges, elle est de 2,8 %.

M. Francis Lacoste : Nous essayons nous aussi de nous tenir à ce taux.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les départements des Landes et du Nord prennent-ils également en charge une partie de l'animation ?

M. Francis Lacoste : L'animation est un volet important de notre politique. Des emplois jeunes ont été créés puis pérennisés dans ce secteur, un service public d'animation départemental jouant le rôle de centre de ressources et de coordinateur.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les animations sont-elles facturées dans le prix de journée ?

M. Francis Lacoste : Tout à fait.

M. Yves Schaeffer : Dans le Nord aussi. Le département encourage la création d'emplois aidés de façon à réduire les coûts.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le profil de l'évolution de la masse salariale ?

M. Yves Schaeffer : Les agents recrutés en emploi aidé ne sont pas toujours très stables. Lorsqu'ils s'en vont, nous avons la possibilité de procéder à un renouvellement de poste sur la même catégorie de contrat ou sur une autre.

J'indique par ailleurs que le département subventionne des actions spécifiques au titre de sa délégation culture ou de sa délégation personnes âgées.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quelle est la répartition entre secteurs public et privé ?

M. Yves Schaeffer : Nous avons conventionné 171 établissements publics et 101 privés, dont la majeure partie sont à but non lucratif, mais la formule du privé lucratif tend à se développer.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Selon vous, à quelle collectivité incombe la responsabilité de l'investissement ?

M. Pierre Morange, coprésident : Ce n'est pas une question piège, mais une question sur laquelle nous nous interrogeons.

Mme Dominique Beaumont : Cette compétence n'est ni réglementaire ni législative, mais volontaire : elle procède de la volonté d'offrir des conditions d'hébergement correctes tout en maintenant un coût à la charge des résidents raisonnable. Cela explique que certaines caisses de retraite participent au financement des établissements, avec pour contrepartie des réservations de chambres en faveur de leurs ayants droit.

M. Francis Lacoste : Je suis tout à fait d'accord.

M. Yves Schaeffer : C'est effectivement, pour l'essentiel, une politique volontariste.

M. Pierre Morange, coprésident : L'absence de norme réglementaire ou législative nous renvoie à la réforme de la prise en charge de la dépendance, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, les PRIAC. Quel regard portez-vous sur cette nouvelle organisation ?

M. Georges Colombier : Les associations de familles de résidents n'estiment-elles pas anormal de payer l'investissement, l'établissement n'étant pas destiné à leur appartenir un jour ? Les personnes de condition modeste, qui ont travaillé toute leur vie, y laissent toutes leurs économies, et, dans certains cas, leurs enfants aussi sont saignés. Les sportifs, eux, ne paient pas l'investissement du gymnase dans lequel ils s'entraînent !

M. Francis Lacoste : Nous ne sommes pas interpellés sur cet aspect en particulier. Le prix de journée, en moyenne, atteint 1 200 euros par mois, mais dans les départements ruraux, où les allocataires du minimum vieillesse sont nombreuses, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale est élevé.

M. Georges Colombier : Les familles considèrent que l'État ou les départements devraient aller plus loin dans le financement des investissements.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les conseils généraux qui accomplissent un gros effort au titre de l'aide à la pierre rognent-ils sur l'aide sociale ? Les départements ne remplissent-ils pas le vide créé par l'absence de détermination de la compétence ?

M. Yves Schaeffer : Si le département développe une politique d'aide à la pierre, c'est précisément pour essayer de maîtriser les tarifs. De fait, les élus reçoivent de plus en plus de critiques ou de questions à propos du coût d'hébergement, lequel, au demeurant, a évidemment un effet direct sur le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nous avons vraiment besoin d'informations sur vos politiques, notamment pour étudier l'évolution des aides.

Mme Cécile Gallez : Pourquoi tant de personnes âgées s'installent-elles dans des établissements belges ? Quelle est la différence de coût avec la France ?

M. Yves Schaeffer : Les tarifs d'hébergement sont certes un peu plus faibles en Belgique mais bon nombre de prestations y sont facturées en sus. La comparaison doit donc être effectuée de façon très fine, établissement par établissement. La question du prix ne me paraît pas décisive. Si les gens partent en Belgique, c'est aussi à cause du déficit de places d'accueil confortables dans le département du Nord, qui a connu et connaît encore des difficultés sociales et économiques très importantes, et s'est longtemps caractérisé par l'existence de nombreux hospices, notamment dans le secteur hospitalier.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quels sont le taux d'encadrement global et celui affecté au prix de journée ?

Mme Nadine Brulé : Il varie de 0,17 à 0,25 pour l'hébergement et de 0,12 à 0,15 pour la dépendance. Au total, avec les soins, nous arrivons à un ratio de 0,54.

M. Francis Lacoste : En moyenne, le taux est de 0,30 pour l'hébergement, de 0,14 pour la dépendance et de 0,15 à 0,17 pour les soins.

M. Yves Schaeffer : Les chiffres du Nord sont assez voisins ; je vous les communiquerai. Nous avons créé 800 équivalents temps plein dans le cadre des conventionnements.

M. Francis Lacoste : Paradoxalement, les relations avec la CNSA concernent davantage le secteur du handicap que celui des personnes âgées.

Mme Dominique Beaumont : Nous n'avons guère de contacts avec la CNSA, si ce n'est pour le financement de l'APA. Nous sommes en phase de transition.

M. Yves Schaeffer : Nous n'entretenons de relations suivies avec la CNSA qu'au sujet du handicap, notamment en vue de la création des Maisons du handicap.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Des PRIAC seront-ils élaborés dans vos régions ?

M. Francis Lacoste : Nous avons connaissance de la future mise en place du dispositif mais nous n'en savons pas davantage.

M. Yves Schaeffer : Le département du Nord continue à copiloter le schéma, malgré les évolutions de la loi. En retour, l'État va nous associer à l'élaboration de son PRIAC. Nous attendons de ce document une plus grande visibilité sur la programmation des crédits d'État.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Comment êtes-vous associés à la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) de troisième génération ?

Mme Dominique Beaumont : Dans les Vosges, nous avons participé à un groupe de travail sur la prise en charge des adultes handicapés vieillissants, dans le cadre du SROSS gériatrie.

M. Georges Colombier : À ce propos, disposez-vous de structures spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes ? Quelle est votre politique dans ce domaine ?

Mme Dominique Beaumont : Nous nous efforçons de proposer des formules le plus souples possible, qui puissent être adaptées à la situation de chacun. Les personnes handicapées restent dans leur structure d'accueil au-delà de soixante ans lorsque les services nécessaires y sont disponibles. Deux de nos établissements pour adultes handicapés ont également ouvert une section maison de retraite. Certaines personnes handicapées vieillissantes entrent directement en établissement traditionnel à leur sortie, par exemple, du CAT – centre d'aide par le travail. Enfin, des mamans âgées entrent en maison de retraite accompagnées de leur enfant handicapé, trisomique ou autre.

Ces populations requièrent une prise en charge adaptée, tout comme la catégorie des publics sortant de CHRS – centre d'hébergement et de réinsertion sociale – à l'âge de soixante ans. Le problème mérite une attention particulière car il va se développer.

M. Yves Schaeffer : Le conseil général du Nord a été associé aux différents volets du SROSS.

M. Francis Lacoste : Celui des Landes a été associé au volet gériatrie, mais pas au volet handicap.

M. Pierre Morange, coprésident : La frontière entre le secteur médico-social et celui des personnes âgées n'est pas toujours aisée à tracer, avec l'existence de financements croisés. Quelles zones de chevauchement doivent selon vous être clarifiées ?

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Avez-vous été associés, en particulier, à la réflexion sur l'évolution des HAD, les hospitalisations à domicile ?

Mme Dominique Beaumont : Nous en avons entendu parler lors de réunions de la filière gériatrique. Il semblerait que le taux d'infirmières libérales et de SSIAD, c'est-à-dire de services de soins infirmiers à domicile, dans les Vosges, soit relativement bas. Il conviendrait de commencer par renforcer les moyens des SSIAD afin de garantir la proximité.

M. Francis Lacoste : Nous avons été associés à la mise sur pied du nouveau système d'HAD mais ce dossier est plutôt d'initiative hospitalière.

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous le sentiment de financer des services qui devraient relever d'autres compétences, notamment dans le domaine médical ?

Mme Dominique Beaumont : Nous sommes surpris de constater que des personnes en situation de dépendance très forte, qui pourraient prétendre à des soins à domicile, ne bénéficient que d'aides très partielles. Jusqu'où peut aller le travail d'une aide à domicile ? Même si la souplesse permet de répondre à toutes les situations, l'absence de consignes strictes est préjudiciable et nous avons demandé aux CLIC, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique, de recenser ces situations difficiles, de manière à bien savoir qui fait quoi.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les informations données par les CLIC vous semblent-elles fiables ?

Mme Dominique Beaumont : Les CLIC sont bien utiles, en matière d'information comme de coordination.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Comment le travail sanitaire et social s'articule-t-il avec celui des médecins généralistes et des infirmières libérales ?

Mme Dominique Beaumont : Pour les infirmières libérales, cela fonctionne bien. Pour les médecins généralistes, les CLIC doivent prendre leur bâton de pèlerin et faire le tour de la totalité des médecins traitants.

M. Pierre Morange, coprésident : Mme la rapporteure reconnaît son bébé !

M. Francis Lacoste : Des efforts restent à faire du côté du financement du glissement du sanitaire vers le social. Les personnes âgées meurent de moins en moins à

l'hôpital et de plus en plus en maison de retraite, où il importe donc de disposer de moyens pour assurer l'accompagnement de fin de vie. Or les économies accomplies par le secteur sanitaire ne se retrouvent pas dans l'escarcelle du secteur social. De surcroît, un déficit en infirmières libérales risque de se faire bientôt sentir dans certaines zones, et la charge de travail sera reportée sur les aides-soignantes ou les auxiliaires de vie sociale.

M. Pierre Morange, coprésident : Disposez-vous de chiffres précis sur l'évolution du taux de décès dans les EHPAD et le nombre de jours d'hospitalisation pendant les six derniers mois de vie ?

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Cette question est très importante.

M. Francis Lacoste : Le taux de rotation moyen, si j'ose dire, excède 30 % : 1 300 des résidents de nos établissements décèdent chaque année. Dans certains établissements, le renouvellement approche même 50 %.

M. Yves Schaeffer : Dans le Nord, le taux de décès atteint 35 %.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les SROSS comportent tous un volet soins palliatifs. Les ARH – agences régionales de l'hospitalisation –, vous ont-elles sollicités sur cet aspect ?

Mme Cécile Gallez : Le nombre de places de jour ou temporaires évolue-t-il, en particulier à l'intention des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ?

M. Francis Lacoste : Ces deux types d'accueil progressent.

Mme Cécile Gallez : Dans quelles proportions ?

M. Francis Lacoste : Pas assez rapidement.

M. Yves Schaeffer : La prise en charge des soins, dans les EHPAD, reste insuffisante, alors que les durées de séjour à l'hôpital se réduisent et que les personnes de retour dans leur EHPAD ont besoin d'un suivi médical. Des glissements sont-ils opérés vers les volets hébergement et dépendance ? Je note que près de 60 % des GIR sont des GIR 4, essentiellement pour de l'aide ménagère améliorée. S'agissant du domicile, je ne constate pas de glissement au titre de l'APA.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Pouvez-vous nous donner des chiffres complets, y compris en dynamique, sur les quatre ou cinq années ?

Je retiens que vous êtes très peu associés aux travaux des ARH alors que les enjeux sont cruciaux. Une personne âgée n'est pas suivie de façon identique selon qu'elle termine sa vie à l'hôpital ou en maison de retraite. Du point de vue de la qualité de la prise en charge, les choses évoluent positivement mais, du point de vue financier, la personne hébergée en maison de retraite paie le prix de journée et non le forfait hospitalier : une vraie inégalité est donc en train de s'installer. Il serait intéressant, par exemple, de connaître le pourcentage de personnes qui décèdent à l'hôpital dans vos départements.

M. Georges Colombier : Il convient en effet de réajuster le tir dans la tarification, peut-être en réévaluant la part correspondant à la médicalisation.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Il serait utile que, dans le cadre des dispositions de la loi sur la fin de vie, l'ARH finance les soins palliatifs dans les

établissements de personnes âgées. Je regrette que vous n'ayez pas été consultés sur ce point, alors que les SROSS de troisième génération sont en cours d'élaboration.

M. Pierre Morange, coprésident : En tant que responsables de terrain, votre expérience vous inspire certainement des suggestions pour simplifier le fonctionnement opérationnel de la prise en charge de la dépendance et du handicap. N'hésitez pas à nous les faire parvenir pour aider le travail du législateur ; le cas échéant, nous pourrions en faire part au pouvoir exécutif en vue d'une mise en application réglementaire, voire leur donner une traduction législative.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le prêt social location accession, va-t-il réellement disparaître ?

M. Francis Lacoste : M. Borloo, si je ne me trompe, a laissé entendre qu'il ne supprimerait pas ce dispositif.

Mme Nadine Brulé : Dans notre département, plusieurs opérations sont en passe d'obtenir un PSLA.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je vous remercie pour ces témoignages d'acteurs de terrain, souvent plus instructifs que les analyses des responsables nationaux.

*

Audition de Mme Bernadette Coulon-Kiang, directrice générale du centre d'action sociale de la ville de Paris, de M. Alain Ananos, directeur général adjoint des services et directeur général du centre communal d'action sociale de la ville de Besançon, et de M. Pierre Benhamou, directeur du pôle senior et directeur général adjoint des actions gérontologiques du centre communal d'action sociale de la ville de Bordeaux

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaite la bienvenue à Mme Bernadette Coulon-Kiang, directrice générale du centre d'action sociale de la ville de Paris, à M. Alain Ananos, directeur général adjoint des services et directeur général du centre communal d'action sociale de la ville de Besançon, à Mme Marie-Pierre Petitot, directrice du pôle autonomie de la ville de Besançon, et à M. Pierre Benhamou, directeur du pôle senior et directeur général adjoint des actions gérontologiques du centre communal d'action sociale de la ville de Bordeaux.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Nous avons pour objectif d'étudier en profondeur le financement des dispositifs d'accueil de personnes âgées. À cet effet, nous souhaitons que vous nous présentiez vos analyses des flux financiers, des défauts du système et des difficultés que vous rencontrez. Pourquoi l'investissement revient-il si cher dans le prix d'hébergement ? Comment s'organise le lien entre les secteurs médico-social, social et sanitaire ? Comment vos investissements ont-ils évolué au cours des dernières années, en particulier sur la partie hébergement ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Le centre d'action social de la ville de Paris gère treize EHPAD – les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes – et cent vingt-cinq foyers-logements.

Nous avons lancé, en 2001, un plan pluriannuel d'investissement très lourd, d'environ 200 millions d'euros. Il était à l'origine orienté vers l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement dans les EHPAD, mais la sécurité incendie a pris le pas puisqu'elle absorbera au moins 70 % de l'enveloppe, compte tenu de la nécessité d'appliquer la norme J. Tous les EHPAD sont donc mis aux normes ou en cours de mise aux normes, et nous procédons dans le même temps à l'amélioration du bâti ainsi qu'à l'aménagement d'unités de vie protégée pour les malades d'Alzheimer : 350 nouveaux lits ont été créés en trois ans et notre objectif est d'atteindre 500 lits avant la fin de la mandature. L'âge d'entrée en maison de retraite étant de plus en plus tardif, cette modélisation – quinze ou vingt chambres autour de lieux de vie, rénovation des salles de bains aux normes handicapées, développement de la domotique – vaudra rapidement, me semble-t-il, pour l'ensemble des résidents.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Qui paie ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Le centre d'action sociale et la collectivité territoriale à hauteur d'un tiers chacun, le solde devant être obtenu par le biais de prêts dont la collectivité se porte garante.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quelle incidence y a-t-il sur le coût à la charge des personnes ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Tous ces travaux doivent être amortis sur trente ans environ ; cela suppose une répercussion sur le prix de journée, c'est-à-dire le prix d'hébergement : nous nous apprêtons à facturer une augmentation annuelle de 5 à 6 %, ce qui n'est pas sans poser de problèmes. Nous avons sollicité le ministère à plusieurs reprises pour qu'il accepte que les subventions de l'État, de la région et de la ville soient considérées comme transférables ou amortissables.

M. Pierre Morange, coprésident : À quel titre la région intervient-elle ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Le conseil régional, fin 2004, a pris une délibération pour s'associer aux travaux de rafraîchissement des lieux de vie, mais également aux travaux d'amélioration et de construction des résidences pour personnes âgées, dépendantes ou non.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le prix de journée actuel pour l'hébergement ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Il varie de 55 à 70 euros, le plafond concernant un établissement, appartenant à un bailleur social, que nous louons.

M. Pierre Morange, coprésident : Et quel sera l'impact de l'amortissement des investissements ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Il pèsera entre 15 et 30 %, selon les travaux.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela justifie-t-il une augmentation de 5 à 6 % par an ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Absolument. La masse salariale est relativement faible – 50 % environ, englobant le personnel d'entretien et médical –, mais s'y ajoutent les

frais de fonctionnement, notamment le plus gros de la restauration et de la lingerie, ainsi que de gestion et d'administration.

M. Pierre Morange, coprésident : Il serait intéressant que nous disposions d'éléments de comptabilité analytique sur le forfait d'hébergement pour être en mesure de dresser des comparaisons pertinentes à partir de paramètres communs.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Je vous ferai parvenir toutes ces données.

M. Pierre Morange, coprésident : Employez-vous du personnel médical ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Médical et médico-social : infirmiers, aides-soignants, médecins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et, sous forme de vacations, quelques psychiatres. Tout cela représente beaucoup de monde.

M. Pierre Morange, coprésident : Précisément, avez-vous dressé des profils de masse salariale pour déterminer les formules d'emploi les plus pertinentes ? Peut-être certains emplois devraient-ils relever d'une autre compétence.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : La masse salariale relative au forfait soins pèse également sur le forfait hébergement puisque nous en assumons la gestion.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quelle est la part du foncier dans l'amortissement ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Le foncier n'est pas amortissable.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : J'imagine cependant que vous en tenez compte. Comment se répercute-t-il financièrement ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Dans l'amortissement, nous ne répercutons que les travaux de construction et de restructuration.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Mais qui paie le foncier ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : La collectivité territoriale. La construction est entièrement amortissable et, à Paris, elle est très chère : de l'ordre de 15 à 20 % de plus qu'en province, soit 23 à 25 millions d'euros pour un EHPAD, tous frais confondus.

M. Pierre Benhamou : À Bordeaux, le coût de construction du lit s'élève à 100 000 euros, hors foncier.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : À Paris, c'est pratiquement le double.

M. Pierre Morange, coprésident : Pardonnez-moi d'insister lourdement mais ce rapport du simple au double me laisse perplexe car, même si les salaires de l'Île-de-France sont supérieurs à ceux des autres régions, les entreprises de province peuvent tout autant participer aux procédures d'appel d'offres.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Je vous rappelle que les appels d'offres sont même européens : les quatre grands groupes répondent, créent le marché et fixent les prix, de manière officieuse, notamment à Paris. Les différences tiennent à la difficulté d'implanter et de gérer les chantiers. Cela dit, dans le montant que je vous ai donné, je compte absolument tout : maîtrise d'œuvre, délégation de maîtrise d'ouvrage, révisions et mobilier de premier

équipement. Le coût des travaux seul fait tomber le montant à 17 millions d'euros, ce qui représente encore 50 % de plus qu'à Bordeaux.

Lorsque nous avons lancé le projet, nous ne pensions pas atteindre de telles sommes mais, lors du dépôt des permis de construire auprès de la préfecture de police, nous avons eu de très mauvaises surprises concernant l'interprétation de la norme J par la commission de sécurité parisienne.

M. Alain Ananos : À Besançon, l'application de la norme J représente 500 000 euros par établissement et équivaut à un point de fiscalité, sans réelle valeur ajoutée.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Qu'apporte la norme J ?

M. Alain Ananos : Elle sécurise le bâtiment mais n'apporte aucune valeur ajoutée en termes de politique du vieillissement et d'aide à la personne. Les investissements dans les logements-foyers liés à la norme J et aux travaux de confort, lorsqu'ils seront achevés, auront fait passer de 8 à 25 % la part de l'investissement dans la redevance acquittée par les résidents. Je précise que la ville et le conseil général interviennent respectivement à hauteur de 10 % et de 20 %, le reste étant obtenu par des prêts et d'autres interventions publiques.

M. Pierre Benhamou : Nous gérons trois EHPAD, seize résidences de personnes âgées – ou RPA – et un logement-foyer. Nous avons pour projet d'investissement principal de transférer à Bordeaux un établissement qui dépend de nous mais est situé sur une autre commune. Cet EHPAD comportera quatre-vingt-dix lits et des possibilités d'accueil de jour. Le volet foncier sera pris en charge par la ville. Pour le reste, le financement de l'opération sera assuré à 40 % par le conseil général, à 20 % par la ville et le CCAS, le centre communal d'action sociale, et à 40 % sous forme d'emprunts, dont les annuités seront répercutées sur le prix de journée, actuellement inférieur à celui de nos deux autres EHPAD – 34,98 euros contre 43 ou 45 euros.

La norme J porte essentiellement sur la sécurisation du bâti, la contrainte principale étant la présence de personnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ce qui n'est pas forcément justifié dans un établissement d'hébergement simple de personnes âgées valides et autonomes.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quel est le prix de journée dans les logements-foyers ?

Mme Marie-Pierre Petitot : Le prix de journée moyen de l'hébergement, à Besançon, est de 18,36 euros, sachant que s'ajoutent éventuellement les dépenses liées à la dépendance.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Comment expliquez-vous cette différence assez considérable entre les logements-foyers et les EHPAD ? Est-elle imputable au système de financement ou aux effectifs du personnel ?

M. Pierre Benhamou : Pour les logements-foyers, le taux d'encadrement moyen est de l'ordre de seize ETP pour cent places. Pour les EHPAD, il oscille entre cinquante-deux et cinquante-quatre ETP pour cent places. Le différentiel porte donc principalement sur les charges de personnel. Et les logements-foyers présentent la particularité de bénéficier d'une dotation forfaitaire pour les soins.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : À Paris, le taux d'encadrement est de vingt ETP pour cent places en logement-foyer et peut approcher quatre-vingts ETP pour cent places en EHPAD.

M. Alain Ananos : La disparition de la dotation forfait soins, actuellement en débat, conduirait à transférer un coût important sur la collectivité.

M. Pierre Morange, coprésident : Pourquoi le taux d'encadrement des EHPAD est-il supérieur à Paris ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : C'est certainement historique, puis ce taux a été acté et consolidé dans les conventions tripartites.

M. Pierre Morange, coprésident : Peut-être le poids respectif des différentes catégories de personnels – sociaux et médicaux – explique-t-il aussi cette différence.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Normalement, le coût du personnel chargé des soins ne peut être répercuté sur le prix d'hébergement. Quels sont exactement les effectifs affectés au tarif hébergement ?

M. Pierre Benhamou : Sur la partie soins, le personnel de l'établissement est complété par l'intervention de professionnels libéraux. Quant à la partie hébergement, elle recouvre principalement les ASH – les agents des services hospitaliers – et le personnel administratif.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Ainsi que tout le personnel de l'animation, qui pèse très lourdement chez nous, Paris ayant mis l'accent sur cette dimension.

M. Alain Ananos : L'hébergement supporte 70 % du personnel du logement-foyer. Par contre, les activités de prévention du vieillissement, d'ouverture sur le quartier et d'animation ne sont pas prises en charge sur la redevance mais sur le budget principal au titre du développement social.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Avez-vous une idée de ce que cela représente en termes de coût pour la collectivité ?

M. Alain Ananos : Nous avons identifié, dans notre comptabilité analytique, le coût de l'action intergénérationnelle, en rassemblant toutes les politiques publiques menées autour de la population âgée, mais une partie de ce coût est comptabilisée dans le volet « action territoriale », car nous nous efforçons aussi de reconstruire un parcours de vie. Pour répondre à votre question, il faudrait que nous consolidions les différents niveaux d'intervention.

Je note par ailleurs que nous sommes confrontés à de plus en plus de personnes âgées pauvres, pour lesquelles la question du prix de journée est délicate. Dans les logements-foyers, 45 % de la population déclare des revenus inférieurs à 1 000 euros et plus de 10 % perçoit moins que les minima sociaux. Plus de 10 % des accueils d'urgence concernent des personnes âgées, ce groupe étant le plus concerné après celui des jeunes de moins de vingt-cinq ans. La modernisation et l'adaptation des logements-foyers vont par conséquent se heurter aux contraintes de pouvoir d'achat. Nous rencontrons des situations extrêmement tendues qui nécessitent de demander des exonérations de redevance.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Les logements-foyers n'étant pas admissibles à l'aide sociale, la question de la pauvreté ne se pose pas de la même façon selon les deux types d'hébergement. Quels sont l'âge moyen et surtout le niveau de dépendance constatés dans les logements-foyers?

M. Pierre Morange, coprésident : Et la durée de séjour moyenne ?

M. Alain Ananos : L'âge moyen d'entrée en logement-foyer est maintenant de quatre-vingt-deux ans.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Et de quatre-vingt-six ans en EHPAD.

M. Alain Ananos : La durée moyenne de séjour des résidents en logement-foyer atteint sept ans mais, une fois entrés en établissement spécialisé, leur espérance de vie tombe à trois ou quatre ans.

Mme Marie-Pierre Petitot : Le degré de dépendance, qui se mesure au GIR moyen pondéré – le GMP – atteint 185.

M. Pierre Benhamou : À Bordeaux, 70 % des résidents des EHPAD sont à l'aide sociale. En RPA, l'âge moyen d'entrée est de soixante-seize ans et l'âge moyen de sortie est de quatre-vingt-cinq ans, le taux d'occupation s'élevant à 94 % dans nos seize établissements. Le GIR moyen pondéré va de 120 à 210. Dans les EHPAD, le GMP va de 700 à 740, ce qui explique également les écarts d'effectifs.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Nous constatons les mêmes tendances à Paris : la durée moyenne de résidence est au plus de trois ans, les personnes âgées entrant souvent au-delà de quatre-vingt-huit ans. Par ailleurs, 80 % des résidents sont à l'aide sociale, avec un GMP compris entre 750 et 950. En RPA, l'âge moyen est de soixante-dix ans, mais avec deux types de situations : beaucoup de personnes ayant atteint soixante ans, voire un peu plus jeunes, en situation difficile, anciens SDF, anciens résidents en chambre d'hôtel ou anciens concierges d'immeuble ; des personnes âgées qui arrivent à soixante-dix ou soixante-quinze ans et se sentent isolées. Dans les résidences médicalisées ou les logements-foyers avec section de cure médicale, les patients sont en très forte précarité et éligibles à l'aide sociale. La sortie de section de cure pose d'ailleurs un problème en matière de tarification.

M. Georges Colombier : Je suis surpris que 70 % des résidents relèvent de l'aide sociale alors que, dans l'Isère, nous ne recevons presque plus de dossiers de demandes. Vos résidents parviennent-ils à joindre les deux bouts et à régler la facture ?

M. Pierre Benhamou : Ce taux de 70 % correspond aux résidents des EHPAD éligibles à l'aide sociale, sachant que le prix de journée y est relativement élevé et que de plus en plus de personnes éprouvent par conséquent des difficultés à l'acquitter.

M. Alain Ananos : La précarisation des personnes âgées frappe nos résidents mais aussi les personnes âgées qui restent à domicile. C'est ce qui nous entraîne à mettre en œuvre une politique de développement social en direction du troisième âge en général. Dans les cinq logements-foyers de Besançon, nous commençons à enregistrer des impayés. Mais nous constatons aussi que les liens familiaux et sociaux restent puissants : les deux tiers des résidents reçoivent des visites familiales ; avec les amis et les bénévoles des associations, plus de 75 % de personnes sont entourées. Nous avons complété cette solidarité intergénérationnelle par la création de services de compagnie et de visites à domicile, ce qui

permet aussi de procéder à de la redistribution en entrant dans des logiques d'emploi et de développement.

M. Georges Colombier : Les résidents des logements-foyers sont-ils obligés de manger en restauration collective, ou peuvent-ils cuisiner dans leur appartement ?

M. Alain Ananos : Ils ont le choix. Pour la restauration collective, nous avons également dû mettre nos installations aux normes : nous avons créé une cuisine unique pour l'ensemble des logements-foyers, en adoptant une logique de circuit court et en travaillant avec les producteurs locaux, ce qui nous permet de réduire de douze à six les effectifs de cuisiniers, soit 150 000 à 200 000 euros susceptibles d'être redéployés sur la modernisation. Mais l'investissement supporté par la collectivité se chiffre tout de même à 300 000 euros.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Qui détient, selon vous, la compétence de l'investissement immobilier ?

Avez-vous été contactés par les ARH – Agences régionales de l'hospitalisation – à propos de l'élaboration des SROSS de troisième génération sur la gériatrie et les soins palliatifs ?

Les dispositifs d'aide au logement individuelle vous paraissent-ils au point ?

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles suggestions opérationnelles concernant les investissements ou le fonctionnement des maisons de retraite auriez-vous à cœur de voir se matérialiser, par voie réglementaire ou législative ?

M. Georges Colombier : Les résidents ou leurs familles critiquent-ils le fait qu'une grosse partie de l'investissement leur est facturée alors que l'établissement ne leur appartient pas ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : Si quelqu'un parvient à se retrouver dans le dédale du mode de financement des logements-foyers et des EHPAD, je lui saurai gré d'écrire un livre à ce sujet... Compte tenu du vieillissement de la population, il serait bon que l'État instaure un mode de financement propre pour nous aider à créer de nouveaux établissements et à améliorer les conditions de vie dans ceux déjà existants. D'autre part, je préconise une clarification du système de prêts pour nous aider à choisir la meilleure formule parmi toutes celles qui se superposent – PALULOS, PLUS et PSLA.

Je répète que nous essayons depuis un an d'obtenir la confirmation de la transférabilité des subventions. Cela permettrait de les inscrire en recettes dans le budget d'exploitation et ainsi de compenser le coût de l'amortissement. Il est en effet anormal que des citoyens paient en quelque sorte deux fois l'impôt. La transférabilité suppose toutefois que le financeur se réengage lorsque apparaît un nouveau besoin de financement – cela intéresse davantage les collectivités territoriales que l'État, mais celui-ci devrait au moins se sentir concerné.

À Paris, nos relations avec l'ARH ont été un peu assombries par la fermeture de lits d'unités de soins de longue durée, par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Nous souhaitons relancer, avec les services hospitaliers, des protocoles HAD et SSIAD pour constituer des plates-formes de soins et d'accompagnement dans les logements-foyers. En ce qui concerne l'hospitalier pur, nous éprouvons beaucoup de difficultés à appliquer les protocoles prévus par la loi dans le cadre du plan bleu, les hôpitaux buttant sur leur pénurie de moyens et de lits. Nous comprenons leur réticence à signer de conventions de réciprocité

car ils ne se sentent pas sûrs de les tenir, mais il serait tout de même utile que nous aboutissions.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le travail avec la DRASS – direction régionale de l'action sanitaire et sociale – dans le cadre du SROSS, est donc allé relativement loin. Quel est l'écho de l'ARH ?

Mme Bernadette Coulon-Kiang : L'écho est très favorable sur le principe.

Il faut au moins que les établissements deviennent éligibles à l'APL, l'aide personnalisée au logement, car l'ALS, l'allocation de logement social, est très insuffisante.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Il serait utile de calculer le montant total consacré aux personnes âgées par le secteur public, État et collectivités territoriales confondues.

Mme Bernadette Coulon-Kiang : En tout cas, les familles ne sont pas du tout d'accord pour subir des augmentations.

M. Pierre Benhamou : Je serais tenté de dire que la compétence sur le secteur public immobilier est exercée par les payeurs, c'est-à-dire le conseil général, la collectivité territoriale d'accueil et le public. En tout état de cause, la lisibilité est insuffisante pour que les projets avancent et aboutissent rapidement. Il existe par ailleurs une confusion et même un amalgame entre la problématique du logement social pour les personnes âgées et le problème de la pénurie de logements sociaux au sens large. Il me semble que l'État devrait reprendre la main sur le financement de ce type d'opérations, la multiplicité des sources de financement compliquant l'obtention de crédits. Pour s'insérer dans la programmation pluriannuelle de la DDE, la direction départementale de l'équipement, il faut s'y prendre très tôt. Parallèlement, le conseil général est chef de file sur les investissements et les créations de places. Il serait vraiment intéressant de renforcer la lisibilité du système.

Les relations que nous entretenons avec l'ARH sont uniquement de notre initiative. Nous travaillons essentiellement sur l'amélioration des sorties d'hospitalisation, très difficiles pour les personnes livrées à elles-mêmes. Pour éviter les incidents, les sorties d'hôpital doivent être combinées avec la mise en place de services à la personne, notamment pour la restauration. Le réseau ville-hôpital propose quelques embryons de fonctionnement mais rien de bien concret.

L'APL est absolument nécessaire. Nous faisons systématiquement passer sous ce régime les établissements réhabilités mais une démarche plus volontariste serait souhaitable. La pression sur la personne âgée est d'autant plus forte que le montant résiduel à sa charge est élevé. L'APL doit donc prendre le relais au niveau le plus bas possible.

Les résidents et même leurs familles connaissent relativement mal ce que recouvre le prix de journée. L'important, pour eux, est le montant à payer mais pas forcément sa ventilation. Les familles réclament essentiellement que leurs proches soient pris en charge de façon satisfaisante, avec le meilleur rapport qualité-prix.

M. Alain Ananos : Il serait nécessaire que l'État donne une impulsion pour clarifier le mode de financement de la construction et de l'adaptation du logement social. À Besançon, nous modifions les normes pour entrer dans une logique de développement durable et de services autour de la personne maintenue dans son lieu de vie, dans son quartier. Il faut dire que nous bénéficions de la présence d'un institut régional du

vieillesse et d'un maillage associatif très dense. Cela nous renvoie directement à la question de la mort de la personne âgée dans son habitat. L'inquiétude des familles porte en effet souvent sur la prise en charge de la fin de vie. J'ignore s'il s'agit d'investissement ou de fonctionnement mais, en tout cas, cela va dans le sens du lien, du vivre-ensemble et de la prévention du vieillissement. Aujourd'hui, tout est axé sur le curatif, avec une surmédicalisation, et l'individu est privé de la dimension vie collective.

Mme Marie-Pierre Petitot : Notre CCAS a relativement peu de relations avec l'ARH mais il a été associé aux travaux du SROSS de troisième génération. Nous avons apporté une contribution sur les signaux faibles. D'abord, les personnes en proie à des difficultés psychiques, qui se retrouvent désaffiliées socialement et en très grande précarité, sont très vite confrontées à un problème de logement car elles ne sont pas à leur place dans le parc social ordinaire ; elles entrent donc dans des logements sociaux de type CHRS, des logements-foyers ou des pensions de famille. Ensuite, les logements-foyers constituent également une bonne réponse à la montée de l'isolement social, dans la mesure où ils apportent une sécurité, pas forcément médicale mais sociale. Enfin, nous avons évoqué la nécessité de mettre sur pied des passerelles entre le sanitaire et le social, non seulement pour traiter les sorties d'hospitalisation mais également pour mener un travail au sujet des parcours de vie entre le domicile et le logement adapté.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Quel écho avez-vous reçu de l'ARH ?

Mme Marie-Pierre Petitot : Pour l'instant, aucun.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Je vous remercie pour la qualité de vos interventions ainsi que des documents que vous nous avez remis. Celui de la mairie de Paris, en particulier, nous sera d'un grand apport pour notre réflexion sur la problématique du financement du logement. Je vous prierais de nous apporter des réponses écrites sur les thèmes que nous venons d'aborder – notamment la décomposition des prix de journée d'hébergement, l'évolution des aides à la pierre et de la prise en charge par l'aide sociale, la progression du taux d'encadrement, l'application de la norme J, les durées moyennes de séjour et l'âge moyen d'entrée –, mais aussi pour décrire les fonctionnements du système et nous faire des propositions d'évolution.

AUDITIONS DU 17 NOVEMBRE 2005

Audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités

M. Pierre Morange, coprésident : La MECSS poursuit aujourd'hui ses auditions publiques sur le thème du financement des établissements d'hébergement des personnes âgées en accueillant tout d'abord M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités, accompagné de Mmes Sonia Beurier et Céline Lambert.

J'indique que M. Philippe Séguin, Premier Président de la Cour des comptes, viendra présenter à la mission le 1^{er} décembre prochain le rapport que la Cour vient de rendre public sur les personnes âgées dépendantes.

Je laisse la parole à notre rapporteure.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je commencerai par vous demander si vous disposez des outils permettant de recenser dans les comptes de la nation l'ensemble des financements consacrés aux personnes âgées.

Est-on par ailleurs capable d'apprécier le coût réel d'une place en établissement, quel qu'il soit, et de comprendre pourquoi ce qui reste à la charge des personnes âgées ou des familles est aussi important, et pourquoi il existe de tels écarts ?

M. Dominique Libault : Au sein de l'administration centrale, la direction de la sécurité sociale (DSS) n'est pas « leader » sur le dossier des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui relève plutôt de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Notre rôle est plutôt de veiller au respect de la loi de financement de la sécurité sociale, donc de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), en particulier de l'ONDAM médico-social, et à la cohérence des différents acteurs. En effet, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne doit pas faire oublier que d'autres acteurs concourent au financement public des actions en faveur des personnes âgées, notamment l'assurance maladie et l'assurance vieillesse. À ce titre, la DSS est donc également concernée.

Il est évident qu'on n'a pas une bonne connaissance des financements que la collectivité nationale consacre aux personnes âgées. C'est d'ailleurs pourquoi nous étions favorables à la création de la CNSA, dont nous attendons l'émergence d'un pilotage de l'ensemble du système, qui permettrait sans doute d'en améliorer la connaissance. Ce n'est pas chose aisée car il y a beaucoup d'intervenants : départements, caisses de sécurité sociale, CNSA. Si les financements dédiés peuvent être assez facilement repérés, l'exercice est beaucoup plus difficile pour les autres financements, en particulier pour les soins de ville et les personnes à domicile. En effet, l'assurance maladie suit les dépenses de soins de ville à partir du numéro de sécurité sociale, mais elle ignore si la personne est hébergée en établissement ou non. On comprend donc qu'on ait du mal à identifier les soins de ville pour les personnes hébergées. Or, pour optimiser les dépenses, on a bien besoin de les connaître.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment ne pas s'étonner d'une méconnaissance aussi flagrante alors que la dépendance croît ? Avez-vous des propositions à faire pour que la connaissance progresse ?

M. Dominique Libault : Dans son rapport sur les personnes âgées dépendantes, la Cour des comptes traite quand même la question des dépenses d'assurance maladie pour les plus de 75 ans. Elle estime à 7,8 milliards d'euros les dépenses de soins de ville et à 1,6 milliards d'euros celles de l'hospitalisation, soit un total de prestations d'assurance maladie de 9,4 milliards d'euros. On a donc des données, mais nous avons besoin d'un suivi régulier et c'est une des ambitions essentielles des conventions d'objectifs et de gestion (COG) que nous allons conclure avec la CNSA et avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pouvez-vous nous dire quelles dépenses provenant des soins de ville ont été affectées comme prévu à la réforme de la tarification ? Je n'ai pu obtenir aucun chiffre à ce jour.

Mme Sonia Beurrier : Il y avait eu une estimation au début de la réforme, mais nous n'en avons pas le montant exact, qui ne sera connu qu'a posteriori, par les remontées des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). On sait que sur le total des crédits affectés à la médicalisation, 190 millions d'euros concernent les soins de ville.

Mme Céline Lambert : L'estimation initiale était de 450 millions d'euros sur la totalité du plan de médicalisation des EHPAD. À mi-parcours, on peut donc dire que 20 % des crédits engagés au titre des conventions tripartites sont consacrés à des dépenses précédemment supportées par l'enveloppe soins de ville.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous une estimation du montant consacré à une personne âgée dépendante qui vit à domicile, par rapport à la dépense en établissement ?

M. Dominique Libault : On ne dispose que d'études très ponctuelles et je souhaite que ce sujet soit une priorité de celles que nous mènerons en 2006, en sachant que les montants engagés varient selon le niveau de dépendance et que nous avons besoin d'une typologie pour comparer les coûts réels. Il faudrait aussi, pour avoir une vue complète, agréger les soins de ville dispensés en établissement et les forfaits.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Faute de tels outils de connaissance et d'analyse, sur quelles bases se prennent les décisions ?

M. Dominique Libault : Les décisions se prennent plutôt en fonction de la volonté des personnes âgées et de leurs familles. Nous nous efforçons donc de nous adapter à la demande sociale. Mais je suis d'accord avec vous : pour éclairer les décideurs, il serait bon d'avoir plus d'éléments sur les conséquences des choix qui sont faits. Par exemple, s'il est vrai que, dans un grand nombre de cas, le maintien à domicile est moins coûteux, les choses sont moins évidentes pour les très fortes dépendances.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La mutualité sociale agricole (MSA) a mené un travail dans son réseau de soins gériatristes et elle dispose de chiffres.

M. Dominique Libault : Il appartiendrait plutôt à la CNAMTS de mener de telles études pour les salariés. Toutes les informations sont dans les caisses, mais, je le répète, la difficulté tient au fait qu'on est incapable de savoir si la personne se trouve ou non en établissement. Pour progresser, il faudrait des enquêtes très spécifiques, que nous pourrions prévoir dans le cadre de la COG.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Disposez-vous de chiffres qui prouvent que répondre au souhait des personnes âgées de rester chez elle coûte moins cher ?

Mme Céline Lambert : Tout dépend du degré de dépendance et du besoin de soins de la personne qu'on maintient à domicile. La CNAMTS pourrait vous donner, sur les dépenses cumulées en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des chiffres qui montrent que le coût moyen des soins est plus élevé qu'en EHPAD. Voilà qui relativise le sentiment général.

L'ancien Commissariat général au plan est en train de préparer, en complément de celui sur les besoins de créations de place un établissement, un rapport qui devrait s'interroger sur l'articulation entre offre à domicile et offre en établissement.

M. Jean-Luc Prével : Il y a une quinzaine d'années, une étude menée dans le Calvados avait montré que le coût global d'un hébergement en établissement était équivalent à celui d'un maintien à domicile. Le vrai problème c'est que le financement du maintien à domicile incombe pour une bonne partie au conseil général ou à la famille. De ce point de vue, cette usine à gaz que constitue la CNSA va simplement rendre les choses encore plus complexes. Il faudrait donc non seulement que le rapport que présentera la mission explique quels seront les besoins demain, mais aussi qu'il dise comment y répondre.

M. Dominique Libault : On a dit que les soins à domicile étaient difficiles à appréhender, mais pour les établissements non plus il n'y a pas un coût unique, et on a aussi besoin d'une typologie. On ne peut pas se situer dans la logique de la tarification à la DOMINIC + 35 – dotation minimum de convergence, plus 35 % – pour tout le monde.

Mme Cécile Gallez : Si une personne veut rester à domicile alors qu'elle est très handicapée, cela coûte aussi cher qu'en établissement. Vous avez donc raison : tout dépend du degré de dépendance.

M. Pierre Morange, coprésident : On distingue les grosses masses financières affectées actuellement à la prise en charge la dépendance, mais de quels éléments d'analyse disposez-vous à l'horizon de quinze ou de vingt ans ?

M. Dominique Libault : Le gouvernement avait demandé au Commissariat général au Plan d'évaluer les besoins en nombre de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Les données fournies dans le rapport qu'il a remis sont les dernières dont nous disposons, mais les fourchettes étant assez larges, elles comportent donc une importante marge d'incertitude. Cela tient à la difficulté à appréhender les conditions de vieillissement de la population. Jusqu'ici, l'espérance de vie sans dépendance a crû beaucoup plus vite que la dépendance, mais les choses peuvent évoluer. Des actions de prévention de la dépendance sont prévues dans la COG de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), et on peut donc penser qu'il sera possible de maintenir plus longtemps les personnes à domicile, d'autant que cela correspond à la demande. À l'inverse, la rénovation des établissements peut aider à vaincre la répugnance des familles à y placer leurs anciens. Tout cela s'inscrit dans les efforts du ministre pour offrir une palette de solutions qui réponde le mieux possible aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.

M. Pierre Morange, coprésident : À l'occasion d'une précédente audition, Mme Bernadette Coulon-Kiang, directrice générale du Centre d'action sociale de la ville de Paris nous a dit qu'en dehors même du problème du foncier, la construction d'une place en

EHPAD revenait deux fois plus cher en région parisienne qu'en province. Comment peut-on expliquer une telle différence ?

M. Dominique Libault : Jusqu'à la lecture du compte rendu de cette audition, je n'avais jamais entendu parler d'un écart aussi important et je n'ai pas d'explication. Peut-être faudrait-il adapter la stratégie d'implantation.

J'observe pour ma part qu'on a bien du mal à parvenir à une tarification homogène entre les établissements, pour des raisons qui sont parfois compréhensibles mais pas toujours. Or cela pose un véritable problème pour faire respecter l'ONDAM médico-social voté par le Parlement. Cette hétérogénéité des coûts, qui ne s'explique en effet pas uniquement par le foncier ou par les différents publics accueillis, est inquiétante.

M. Pierre Morange, coprésident : Qui serait habilité à effectuer une étude sur ce point ?

M. Dominique Libault : La CNSA, qui est désormais pilote en la matière. Mais elle n'est pas seule : il y a beaucoup de données à ce propos dans les caisses.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous aimerions aussi avoir votre analyse des conventions tripartites, de leur évolution et de leur devenir.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Estimez-vous qu'il serait nécessaire de les faire évoluer et sur quels points ?

M. Dominique Libault : Cette fois, le pilote est la direction générale de l'action sociale (DGAS) et je sais que vous avez déjà auditionné son directeur, M. Jean-Jacques Trégoat.

Je constate qu'on s'émancipe quelque peu des règles du jeu qui avaient été fixées au départ. Sans doute étaient-elles trop rigides au regard de la complexité du sujet, mais à aller trop loin dans ce sens on risque d'arriver à un dispositif trop hétérogène.

Je n'ai pas d'explication sur les écarts observés sur le territoire en ce qui concerne la signature de ces conventions. Je sais qu'un certain nombre de conseils généraux sont réticents et que les établissements qui gagnent à adopter la nouvelle tarification sont logiquement les premiers à signer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Incluez-vous dans la COG conclue avec la CNSA des dispositions visant à établir une comparaison entre le champ du handicap lourd et celui des personnes âgées lourdement handicapés ?

M. Dominique Libault : Cela semble indispensable car la CNSA doit avoir une vision globale des personnes âgées et des personnes handicapées, afin de pouvoir faire des comparaisons qui n'ont pas été possibles jusqu'ici.

Pour autant, je ne veux pas prendre d'engagement pour la prochaine COG, car il s'agit d'un sujet très complexe. En effet, le financement des maisons d'accueil spécialisé (MAS), pour lesquelles l'assurance maladie finance tout, y compris l'hébergement, n'est pas comparable à celui des EHPAD. La première étape sera donc de parvenir à une meilleure connaissance afin d'envisager ultérieurement des comparaisons.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Si je vous comprends bien, mieux vaut avoir un accident vasculaire grave à 50 ans, quand tout est pris en charge, qu'à 90 ans, quand on doit payer soi-même une grande partie de l'hébergement.

M. Dominique Libault : Mieux vaut ne jamais avoir un tel accident.

M. Jean-Luc Prél : Une question très naïve : aujourd'hui les conventions tripartites sont signées par l'État, le conseil général et l'établissement ; puisque la CNSA constituera demain la référence et disposera d'une certaine autonomie, ne serait qu'il pas plus logique que ce soit elle qui signe les conventions en lieu et place de l'État ?

M. Dominique Libault : Cette idée d'autonomie n'a rien d'original puisqu'on reprend ce qui existe déjà dans le champ de la sécurité sociale pour la maladie, la vieillesse ou les allocations familiales. Pour ma part, je défends ce système dans lequel l'État détermine les politiques et les caisses gèrent le dispositif. Et, pour être plus naïf encore, je me demanderai pourquoi ce n'est pas l'assurance maladie qui signe ces conventions puisque c'est son argent qui est engagé.

On a d'ailleurs réfléchi à une éventuelle modification des règles du jeu au moment de la création de la CNSA, mais on a considéré qu'il y avait suffisamment d'acteurs dans le système pour ne pas déstabiliser l'organisation des conventions tripartites, ce qui aurait rendu les choses encore plus complexes. J'ajoute que la CNSA n'a pas d'implantation dans les départements, qu'elle s'appuie donc sur les services déconcentrés et qu'il ne paraît vraiment pas utile qu'elle dispose de services propres.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Y aura-t-il un lien direct entre la CNSA et les services déconcentrés, ou continuera-t-on à passer par la DGAS ?

M. Dominique Libault : Des relations directes pourront s'instaurer, mais le ministre restera le garant de la cohérence de ce qui est demandé à ses services déconcentrés. Ce sera un point de la convention qui sera conclue entre l'État et la CNSA.

M. Pierre Morange, coprésident : M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, a annoncé un plan de modernisation de 350 millions d'euros pour les EHPAD et de 150 millions pour les établissements d'accueil des personnes handicapées. Pouvez-vous nous donner des détails concernant les objectifs de ce plan ?

J'aimerais également que vous nous indiquiez le canevas de la future COG de la CNSA.

M. Dominique Libault : La DSS n'a en rien la responsabilité de gérer ce plan, et je ne puis donc vous donner d'information supplémentaire.

La première COG sera très méthodologique, afin de bien cerner le rôle de chacun, de se mettre d'accord sur les chantiers prioritaires, de préciser qui fait quoi et comment sont organisés les services déconcentrés, les études, le suivi financier. Aujourd'hui, faute d'un véritable pilotage financier de cet ensemble, je n'ai pas de visibilité de l'exécution de l'ONDAM médico-social pour 2005.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais quels seront les objectifs de la COG ?

M. Dominique Libault : Pour l'heure, il s'agit plus de mettre en place des outils que de définir des politiques publiques.

Je rappelle qu'une réforme importante est intervenue dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale afin d'offrir plus de souplesse dans la création de places. Jusqu'ici, il fallait que les crédits soient disponibles en totalité sur les douze mois de l'année dans l'ONDAM médico-social afin d'éviter que ce dernier soit dépassé. Cette rigidité retardait les réalisations et les crédits étaient sous consommés. L'assouplissement s'accompagnera d'une programmation très précise pour éviter le dépassement.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous souhaiterions avoir le projet de COG de la CNSA.

M. Dominique Libault : Je rappelle que les discussions en cours sont pilotées par la DGAS, mais cela ne devrait poser aucun problème.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je reviens sur le plan de modernisation des établissements qui prévoit 500 millions d'euros : le directeur de la CNSA nous a dit qu'ils étaient pris sur les recettes non dépensées du jour férié. Or, il me semblait que le total 2004-2005-2006 était plus important. Pouvez-vous préciser les chiffres ?

Par ailleurs, on constate que la prise en charge sanitaire d'une personne âgée dépendante est assurée par l'assurance maladie et l'ONDAM soins de ville si elle fait appel à une infirmière libérale, et par l'ONDAM médico-social si elle fait appel à un SSIAD ou si elle est en établissement. Une telle hétérogénéité, qui n'est pas sans conséquence, vous paraît-elle normale ?

La durée de séjour est en train de diminuer et, en dehors de la maladie d'Alzheimer, on a de plus en plus recours aux établissements pour la fin de vie. Les conseils généraux ont donc plutôt intérêt à privilégier l'hospitalisation à domicile car c'est la sécurité sociale qui prendra tout en charge, alors qu'en établissement c'est à eux ou à la famille qu'incombera le financement. Il y a là une vraie inégalité. Avez-vous travaillé sur ce sujet ?

M. Dominique Libault : S'agissant de votre première question, je précise que les 500 millions d'euros correspondent uniquement au montant des réserves non dépensées sur l'exercice 2005.

On a créé la double tarification dans les établissements parce qu'historiquement il y avait une part sociale importante à côté de la part sanitaire. Dans la mesure où ils accueillent de plus en plus des gens très dépendants, voire en fin de vie, on en arrive à ce que des situations assez proches soient prises en charge de façon très différente.

Des solutions peuvent être recherchées. Il paraît difficile d'envisager un transfert total des EHPAD vers l'assurance maladie. Ce n'est d'ailleurs pas le choix des collectivités locales qui sont attachées à la possibilité de mener une politique globale de proximité en direction des personnes âgées. Mais on peut aussi considérer qu'il n'y a aucune raison que les familles soient exonérées de toute participation dans le cadre de l'hôpital. Pour ma part, une participation forfaitaire ne me paraîtrait pas anormale.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaite la bienvenue à M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ainsi qu'à M. Jean-Marc Aubert, directeur de l'organisation et de la gestion des soins à la CNAMTS.

Je rappelle que M. Philippe Séguin, Premier Président de la Cour des comptes, viendra présenter à la mission, le 1^{er} décembre prochain, le rapport public particulier de la Cour concernant les personnes âgées dépendantes, mais notre mission souhaiterait déjà connaître votre sentiment sur l'évaluation de la dépense de soins de ville en faveur des personnes âgées.

M. Frédéric Van Roekeghem : Comme vous le savez, le sujet est d'une rare complexité, mais je m'efforcerai de clarifier ce qui peut l'être, non sans avoir rappelé avant toute chose que si l'assurance maladie obligatoire est le financeur principal des interventions auprès des personnes âgées dépendantes, elle n'est pas le gestionnaire principal du dispositif, puisque les décisions sont prises soit par les départements, soit par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), soit par les directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) dans le cadre du conventionnement.

Le rapport de la Cour des comptes auquel vous avez fait référence évalue à quelque 9,5 milliards d'euros le financement par l'assurance maladie des sommes consacrées aux personnes âgées dépendantes en 2003, sur un total de 15,5 milliards. L'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM permet de constater que les dépenses liées aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) se sont élevées cette année-là à 3,3 milliards d'euros, dotation en augmentation de 10 % par rapport à l'année précédente. S'y ajoute un montant estimé par la Cour à 2,2 milliards d'euros entre forfaits pour les unités de soins de longue durée (USLD) et subventions indirectes des hôpitaux aux établissements d'hébergement rattachés. Doivent aussi être prises en compte les dépenses de soins de ville, évaluées à 2,33 milliards d'euros – dont 1,1 milliard de soins infirmiers libéraux, 398 millions de médicaments, 239 millions de produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursés et 212 millions de soins de masseurs-kinésithérapeutes. Viennent enfin les prestations hospitalières, pour 1,612 milliard d'euros. Le cumul des forfaits EHPAD, des crédits SSIAD et des dépenses pour soins de ville et hospitalisation conduit donc la Cour à estimer à plus de 9,4 milliards d'euros les dépenses de l'assurance maladie bénéficiant aux personnes âgées dépendantes.

La Cour déplore que la réforme de la tarification ne se soit pas accompagnée d'une clarification de la répartition des charges. Il s'agit là de l'organisation générale du système, dans laquelle, je le redis, l'assurance maladie, organisme financeur, intervient assez peu, sinon par le biais de quelques outils de conseil et en négociant avec les fournisseurs de soins que sont les professionnels libéraux.

Il ressort du paysage brossé par la Cour des comptes que l'action publique a été très orientée vers les offreurs de soins et assez peu vers les personnes, ce qui explique sans doute en partie pourquoi l'on éprouve tant de mal à distinguer ce qui relève du financement par l'assurance maladie et du financement de la dépendance. Il y a d'évidence une continuité dans la vie des individus, et ce n'est pas parce que l'on devient dépendant que l'on n'a plus besoin de soins !

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelle connaissance réelle a-t-on du financement des soins de ville ? La réforme de la tarification prévoyait un transfert de ces dépenses vers l'ONDAM médico-social ; avez-vous les moyens d'identifier les dépenses qui doivent être ainsi réaffectées ? Plus généralement, comment pourrait-on mieux distinguer ce qui relève de la dépendance et ce qui relève de l'assurance maladie ? Les soins infirmiers sont-ils réglés par l'assurance maladie ou par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ? Quand peut-on dire d'un individu qu'il n'est plus malade mais dépendant ? Où placer la frontière entre maladie et dépendance ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Nos financements étant principalement fléchés en fonction des modalités d'intervention de l'offre, nos interventions ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire ; on constate, par exemple, qu'il y a beaucoup plus d'infirmières libérales dans le sud de la France qu'au Nord. Ce n'est pas sans incidence sur l'offre de soins.

M. Jean-Marc Aubert : De fait, dans le Midi, de 80 % à 90 % de l'activité des infirmières est consacrée aux soins aux personnes, pour 10 à 15 % seulement dans le nord du pays.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est que l'héliotropisme entraîne une grande concentration de personnes âgées au sud de la France.

M. Jean-Marc Aubert : La demande de soins techniques ou de soins aux personnes s'organise manifestement en fonction de la disponibilité des infirmières. Dans les départements où l'on ne compte que 40 infirmières pour 100 000 habitants, on ne recense que des demandes de soins techniques, mais là où elles sont 250 pour le même nombre d'habitants, l'essentiel de leur activité consiste en des soins médico-sociaux et non en des soins médico-techniques. C'est un exemple de répartition du financement liée à l'offre de soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : A-t-on constaté que dans les départements où les infirmières libérales sont les plus nombreuses, il y a moins de services de soins à domicile ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Le lien est relativement faible car le manque de coordination est manifeste entre les interventions des personnels relevant du financement au titre des établissements d'hébergement et celles des professionnels libéraux. Dans le domaine médico-social particulièrement, il est nécessaire et urgent de mieux mettre en regard médecine en établissement et médecine de ville, d'autant qu'il y a une continuité évidente entre domaine médical et domaine médico-social.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous liez donc les disparités régionales constatées à la disparité de l'offre de soins. Cela étant, si les infirmières se concentrent sur les actes techniques, les actes de soins sont effectués par les aides-soignantes, qui deviennent alors des sortes d'infirmières « bis ». On ne peut donc pas dire que l'offre de soins génère la demande.

M. Frédéric Van Roekeghem : Partout où l'offre de soins infirmiers augmente, on constate une modification de la nature des actes, dont la plus grande partie est alors consacrée aux soins. De ce fait, actuellement, la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire parce que la répartition des infirmières libérales ne l'est pas. Si on pense qu'il faut veiller à l'égalité de traitement, on doit constater qu'elle n'est pas assurée aujourd'hui.

M. Pierre Morange, coprésident : Si je vous ai bien entendu, l'affectation des enveloppes budgétaires est structurée en fonction de l'offre de soins et non en fonction des besoins des patients. À quelles recommandations vous conduit ce constat ? Comment améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins des personnes dépendantes ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Si la CNAMTS se réorganise, c'est précisément pour se réorienter vers ses assurés. Il convient en premier lieu de procéder à une meilleure analyse médico-économique de la consommation de soins selon les pathologies pour tenter de rationaliser l'offre de soins. Il faut aussi favoriser l'accompagnement à domicile ou la création de structures légères lorsque c'est possible, pour pouvoir, à terme, mieux spécialiser les établissements.

M. Pierre Morange, coprésident : Quand procéderez-vous à l'analyse médico-économique que vous présentez comme le préalable indispensable à toute rationalisation ?

M. Frédéric Van Roekeghem : La création de la CNSA conduira à définir qui est le pilote. Ce sera une bonne chose car la multiplication des intervenants nuit à l'efficacité générale des dispositifs. Selon moi, priorité doit être donnée au développement de la connaissance médico-économique de la partie des dépenses consacrée aux soins.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous en sommes bien d'accord, mais comment comptez-vous vous y prendre ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Une étude complète ayant été menée à ce sujet dans la région Midi-Pyrénées, nous savons quels sont les coûts globaux et la répartition des dépenses en fonction des grandes pathologies. Nous avons obtenu de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) l'autorisation d'étendre cette étude à l'ensemble du territoire ; elle sera entreprise au 1^{er} trimestre 2006. Nous vous transmettrons ces deux études.

M. Pierre Morange, coprésident : Il nous serait utile de prendre connaissance de la première étude. Est-elle d'ordre statistique ?

M. Frédéric Van Roekeghem : C'est une photographie. Mais le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie nous incite à évoluer en ce qui concerne la dépendance.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous aurez compris que nos questions tendent à évaluer les moyens qu'il faudra mettre en œuvre, avec l'implication que cela aura sur l'assiette du financement.

M. Frédéric Van Roekeghem : Le problème est qu'actuellement, peu nombreux sont ceux qui se préoccupent de croiser la question de l'accompagnement des personnes malades ou dépendantes et celle de l'optimisation des moyens financiers collectifs. C'est ce que nous souhaitons faire. Nous nous inspirerons des travaux du Haut-Conseil – et vous savez sans doute que Mme Dominique Polton a été récemment nommée directrice de la stratégie des études et des statistiques de la CNAMTS. Il s'agit de construire une vision prospective intégrant à la fois l'évolution du nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge au titre de la dépendance et celle des traitements médicaux. Ce sont des travaux de long terme indispensables, car l'assurance maladie doit recentrer sa réflexion sur ses assurés et gérer de manière beaucoup plus active les protocoles de soins. C'est ainsi que j'envisage le pilotage général.

Lorsque des personnes sont en établissement, elles sont prises en charge globalement. Mais lorsqu'elles restent à leur domicile, de nombreux services interviennent, dont le coût repose pour beaucoup sur les familles. Pourtant, à domicile comme en établissement, les personnes âgées veulent des aides soignantes lorsqu'elles en ont besoin, des soins par un kinésithérapeute si nécessaire et, le cas échéant, la visite de leur médecin traitant. On peut légitimement s'interroger pour savoir si la distinction des sources de financement, aussi nécessaire soit-elle par souci de clarification, a un sens pour la personne elle-même.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Votre réflexion a-t-elle porté sur l'évolution des dépenses rapportée à celle de la qualité de la prise en charge ? La mutualité sociale agricole (MSA) a fait une étude poussée à ce sujet ; qu'en est-il de la CNAMTS ? Sur un autre plan, la durée moyenne de séjour dans les maisons de retraite diminue et le nombre des décès augmente dans les EHPAD, ce qui signifie que les établissements ont, de plus en plus, la charge de la fin de vie. Certaines des dépenses engagées dans ce contexte ne devraient-elles pas être prises en charge par l'assurance maladie ?

M. Jean-Marc Aubert : La CNAMTS n'a pas réalisé d'étude équivalente à celle de la MSA car nous avons centré nos travaux sur d'autres sujets pour éviter les redondances.

M. Frédéric Van Roekeghem : J'ajoute qu'étant donné l'âge de la population qu'elle couvre et son implantation, la MSA est particulièrement bien placée pour réaliser une telle étude.

Pour ce qui est de la durée moyenne de séjour en établissements, il est exact que les EHPAD accueillent une proportion croissante de personnes âgées classées en GIR 4. C'est logique puisque les gens, souhaitant rester chez eux le plus longtemps possible, intègrent les établissements de plus en plus tard. Il est vrai que de ce fait le problème du suivi de la fin de vie se pose, mais l'assurance maladie n'est pas la mieux à même de juger si les financements accordés aux EHPAD sont adaptés à cette évolution. Tout ce que je puis dire, c'est que l'effort de la collectivité a augmenté dans de très fortes proportions : les crédits destinés aux EHPAD ont augmenté de plus de 10 % entre 2003 et 2004, et ce rythme sera tenu, voire amplifié, en 2005. Mais cet effort très important est-il pour autant globalement efficace ? Puisque l'on connaît le souhait des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible, l'offre de soins qui leur est proposée est-elle appropriée ? On constate que certains pays étrangers privilégient nettement l'hospitalisation à domicile plutôt que l'hébergement dans un établissement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comment se répartissent les charges de personnel dans les établissements pour personnes âgées entre l'assurance maladie, ce qui relève de la dépendance et ce qui est couvert par la personne elle-même ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Comme vous le savez, des clés forfaitaires ont été instituées. Il reste à savoir si les établissements disposent d'une comptabilité analytique suffisamment précise pour vérifier si les dépenses ainsi définies correspondent aux dépenses réelles. Aucune consolidation nationale n'a été faite à ce sujet, mais je me renseignerai pour savoir si certains établissements se sont livrés à une telle analyse.

Mme Cécile Gallez : S'agissant des soins à domicile, exige-t-on toujours une forte part de soins infirmiers et de kinésithérapie pour intervenir ? Par ailleurs, quelle est la répartition des coûts selon qu'il s'agit de logements-foyers ou d'EHPAD ?

M. Jean-Marc Aubert : L'assurance maladie n'a pas un rôle de gestionnaire. Ces données relevaient de la direction générale de l'action sociale (DGAS) jusqu'au 1^{er} janvier dernier ; elles relèvent désormais de la CNSA.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Plusieurs responsables de centres communaux d'action sociale (CCAS) s'interrogent sur les modalités de financement des logements-foyers, se demandant ce qui est préférable, du forfait soins ou du recours aux professionnels libéraux. On sait que plusieurs pays étrangers préfèrent faire appel aux professionnels libéraux et n'ont pas de personnel à demeure. Quelle est votre opinion ? Le sujet est-il débattu dans les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ?

M. Frédéric Van Roekeghem : On peut effectivement se poser la question des modalités de financement des logements-foyers au regard de la nouvelle tarification et des besoins de médicalisation – bien que les résidents des logements-foyers ne soient pas dans le même état de dépendance que ceux qui intègrent les EHPAD. Je n'ai connaissance d'aucune étude à ce sujet.

M. Jean-Marc Aubert : Le problème est celui de la coordination des soins. Pour les personnes faiblement dépendantes, il faudrait faire évoluer les choses pour privilégier un système de santé mieux coordonné, comme par exemple en Angleterre, pays dans lequel le médecin traitant se charge de l'ensemble du suivi de son patient, les pathologies les plus lourdes mises à part. La généralisation du médecin coordonnateur est une bonne chose, mais il est aussi nécessaire de renforcer le rôle du médecin traitant, autrement dit, de privilégier la coordination des soins dans le cadre ordinaire.

M. Frédéric Van Roekeghem : La création de la CNSA répondait au besoin qu'un organisme couvre ce champ-là, mais il faut une interface. On en revient à la question initiale : le système n'est-il pas trop orienté vers l'offre de soins et insuffisamment vers l'accompagnement des personnes, qu'elles dépendent de l'assurance maladie ou du financement par les départements ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Certaines unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont étudié la consommation médicamenteuse des personnes âgées dans les EHPAD. Quel bilan pouvez-vous dresser à ce sujet ?

M. Frédéric Van Roekeghem : C'est un dossier prioritaire car, en matière de prévention, nous avons deux objectifs : la lutte contre le risque iatrogène et la vaccination antigrippale. Nous sommes en cours d'élaboration, avec nos médecins conseils, d'un plan d'amélioration de la consommation médicamenteuse par les personnes âgées dans les établissements d'hébergement. L'aide des médecins traitants sera nécessaire ; ce sera donc l'un des thèmes de la prochaine négociation conventionnelle. Les médecins coordonnateurs peuvent mieux réguler la consommation médicale dans chaque EHPAD.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : L'institution des médecins coordonnateurs a-t-elle permis de mieux maîtriser la consommation de médicaments ?

M. Jean-Marc Aubert : Nous ne disposons d'aucune étude nationale à ce sujet, mais peut-être certaines URCAM ont-elles réalisé des travaux spécifiques.

M. Frédéric Van Roekeghem : Nous vous transmettrons, si vous le souhaitez, les conclusions du groupe de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

conduit par M. Pierre Deloménie sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. Il se dit en particulier favorable à la réintégration d'une partie des dispositifs médicaux dans le forfait soins.

M. Pierre Morange, coprésident : Une des conséquences des conventions tripartites est que les professionnels libéraux ont quitté en masse les EHPAD où ils exerçaient auparavant. Comment expliquez-vous cela ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Certains médecins libéraux se plaignent que les conventions ont favorisé le salariat plus que leurs interventions, ce qui n'est pas totalement faux.

M. Jean-Marc Aubert : Nous n'avons pas de connaissances précises sur la manière dont les soins sont assurés dans les établissements : une fois le forfait alloué, nous ne savons pas s'il financera des salariés ou des libéraux. Mais le phénomène que vous avez décrit nous a été rapporté.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est même un phénomène massif, et le procédé n'est pas très élégant envers des professionnels qui accomplissaient jusqu'alors un travail remarquable. Il serait d'ailleurs bon de pouvoir comparer les deux périodes pour savoir si le nouveau système est aussi rationnel qu'on le pensait en l'instituant. L'assurance maladie a-t-elle gagné à la réforme ? Surtout, le patient bénéficie-t-il d'une qualité de soins égale ?

M. Jean-Marc Aubert : Nous n'avons constaté aucune rupture dans l'évolution des dépenses de soins.

M. Pierre Morange, coprésident : Selon certaines informations qui nous sont parvenues, depuis que les forfaits ont été institués, des actes infirmiers sont effectués par des aides-soignantes qui n'en ont pas la compétence. Est-ce exact ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La présence, dans les EHPAD, de différentes catégories de personnels de santé est source d'incohérence dans la qualité des soins et dans la consommation médicamenteuse. La présence d'un médecin coordinateur devait permettre d'améliorer cette situation. Dans ce domaine, la plus grande prudence est de rigueur.

M. Frédéric Van Roekeghem : Je le redis : l'assurance maladie n'a aucun pouvoir de tutelle sur les établissements médico-sociaux, et c'est seulement en raison de nos relations avec nos partenaires libéraux que nous savons qu'ils se plaignent de la substitution du salariat à leurs interventions. Quant à savoir si le nouveau système est efficace, c'est à la DGAS qu'il revient de le dire, car nous n'avons aucune légitimité pour conduire de telles études. L'État dispose des données nécessaires, c'est à lui de les produire. L'assurance maladie n'a aucun moyen de savoir comment les dépenses se répartissent au sein des établissements ; seuls leurs gestionnaires le savent.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le problème est que de plus en plus d'agents de service hospitalier (ASH) font des actes infirmiers. Avez-vous des éléments permettant de confirmer que des actes infirmiers sont réalisés par des gens qui ne sont pas formés pour cela ?

M. Jean-Marc Aubert : L'assurance maladie ne dispose pas d'informations à ce sujet et n'a pas la compétence légale qui lui permettrait d'en avoir.

M. Pierre Morange, coprésident : Il serait toutefois intéressant de comparer les prescriptions au cours des deux périodes pour savoir si les actes prescrits sont effectivement réalisés par des personnels compétents, qu'ils soient salariés ou libéraux.

M. Frédéric Van Roekeghem : Je partage sans réserve votre préoccupation mais, contrairement à la DGAS, nous n'avons ni la compétence requise pour procéder à la comparaison que vous souhaitez, ni de pouvoir de tutelle sur le contrôle des actes, ni de données sur la répartition entre infirmières et aides soignantes et entre intervenants salariés et intervenants extérieurs.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous interrogerons donc la DGAS.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Combien de personnes travaillent sur l'accompagnement des personnes âgées à la CNAMTS, au niveau national ?

M. Jean-Marc Aubert : Deux ou trois personnes, si l'on est optimiste.

M. Frédéric Van Roekeghem : La réorganisation en cours tend à corriger la disparité entre les priorités et la répartition des moyens dans les établissements de tête. L'assurance maladie dispose de ressources humaines importantes, mais elles doivent être réorientées vers les assurés plutôt que vers les offreurs de soins.

M. Pierre Morange, coprésident : À quel stade en êtes-vous de l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie ? Les recommandations de la MECSS y seront-elles bien reprises ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Le conseil de la CNAMTS fixera, en décembre ou janvier, ses orientations pour la négociation de la COG qui aboutira en mars. Nous avons pris connaissance des recommandations de votre mission. Actuellement, nous consultons les directeurs de caisse primaire pour recueillir leurs propositions sur l'évolution du réseau afin de préparer le projet d'orientation qui sera prêt le mois prochain. Nous tiendrons compte de vos recommandations dans l'élaboration de ce projet.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous souhaitons que le délai de réponse de deux mois à nos recommandations soit respecté. Notre mission ne se réunit pas uniquement pour auditionner : elle souhaite voir déclinées les mesures issues de sa réflexion tendant à améliorer le système de sécurité sociale français. Nous le voulons d'autant plus que nos recommandations ont été adoptées à l'unanimité par la mission. Nous souhaitons donc qu'elles constituent l'ossature de votre COG.

M. Frédéric Van Roekeghem : Le délai de deux mois sera respecté et nous vous répondrons par écrit avant que les négociations s'engagent avec les partenaires sociaux.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

Audition de MM. Michel Peltier, directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France, Christian Meurin, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Finistère, et Michel Dmuchowski, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Garonne

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite à tous la bienvenue et je donne immédiatement la parole à notre rapporteure.

Mme Paulette Guinchar, coprésidente et rapporteure : L'objet de notre mission est d'abord de bien comprendre le financement de l'ensemble du dispositif médico-social et sanitaire en faveur des personnes âgées. Nous cherchons en particulier à approfondir la question du coût de l'hébergement en établissement et nous nous demandons si les personnes âgées et les familles vont pouvoir continuer à le supporter. J'aimerais comprendre pourquoi on est arrivé à de tels montants, en dépit de la réforme de la tarification.

Je commencerai par quelques questions :

– Comment analysez-vous votre rôle de DRASS et de DDASS en matière d'hébergement des personnes âgées ?

– Quels sont, au sein de vos directions, les effectifs affectés à la prise en charge de la dépendance ?

– Quel est l'état des lieux, dans vos territoires respectifs, en ce qui concerne le nombre et la qualité des places d'hébergement pour personnes âgées ?

– Est-il possible de connaître le montant des financements affectés à la prise en charge de la dépendance ?

– Quels moyens mettez-vous en oeuvre pour améliorer la connaissance dans le champ sanitaire comme dans celui des établissements médico-sociaux ?

– Quelle est votre politique en matière d'amélioration des taux d'équipement en maisons de retraite dans vos régions respectives ?

M. Michel Peltier : La DRASS a d'abord un rôle de répartition de l'enveloppe régionale des crédits de l'assurance maladie en enveloppes départementales. Cette répartition doit s'appuyer sur une connaissance des besoins et sur une logique de programmation. La connaissance des besoins est assez difficile, les paramètres démographiques étant les plus accessibles.

En Île-de-France, nous avons un important effort de rattrapage à faire, notre taux d'équipement étant sensiblement inférieur à la moyenne nationale. Si nous voulions que notre région soit équipée selon le même standard que l'ensemble des régions françaises, il nous faudrait créer 8 000 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unités de soins de longue durée (USLD). Et, si on considère que le nombre de personnes âgées doublera d'ici 2030 et que le nombre des personnes dépendantes augmentera dans une proportion moins importante, ce sont au total 21 000 places qui seront nécessaires.

On observe par ailleurs que le taux d'équipement varie du simple au double entre le centre et la périphérie, essentiellement en raison du coût du foncier. Certains départements se

sont beaucoup investis, d'autres moins. Le rôle de la région est d'essayer d'équilibrer les réponses sans se contenter de suivre l'initiative des promoteurs, d'autant qu'on observe que les projets de création sont plus nombreux dans les départements qui sont déjà les mieux équipés.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Certains départements versent-ils une aide à la pierre importante ?

M. Michel Peltier : Je l'ignore. Ces dernières années, les moyens ont beaucoup augmenté : de 2002 à 2005, l'enveloppe médico-sociale en Île-de-France a progressé de 52 %. Sur les crédits de l'assurance maladie, l'investissement en faveur des personnes âgées a été très important.

Nous allons disposer, grâce à la loi récente sur le handicap, d'un outil essentiel : le programme interdépartemental pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées (PRIAC). Ce travail de programmation sera effectué en étroite concertation avec les collectivités territoriales et les autres acteurs, notamment les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), afin de renforcer la synergie entre ce qui se fait dans le champ hospitalier et dans le champ médico-social. Il permettra de densifier l'offre, de la rééquilibrer territorialement et de l'adapter aux besoins des personnes âgées.

Si on suit la tendance des promoteurs, on a des projets situés majoritairement dans les départements les mieux équipés, tournés plus vers la prise en charge de la dépendance moyenne – alors que nous souhaiterions orienter les prises en charge institutionnelles vers la dépendance lourde – et concernant en majeure partie le secteur privé à but lucratif sans habilitation à l'aide sociale, ce qui risque de poser des problèmes d'accès aux établissements pour certaines personnes âgées.

Nous avons aussi la volonté d'accompagner les évolutions de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui a pour objectifs de se recentrer sur les soins et de moderniser ses unités de soins de longue durée. Et nous sommes engagés dans un programme de création de places pour compenser les pertes de capacités que vont entraîner ces restructurations. Des mouvements de crédits sont déjà en cours entre l'enveloppe AP-HP et l'enveloppe médico-sociale d'Île-de-France. Le ministre de la santé a nommé une chargée de mission, Mme Hélène Gisserot, afin de mettre en œuvre concrètement cette stratégie de compensation.

Pour répondre à une autre de vos questions, j'indique qu'au sein de la DRASS d'Île-de-France, sur un total de 300 personnes, 3,5 à 4 équivalents temps plein s'occupent du secteur des personnes âgées.

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous pu, à l'occasion de la compensation des suppressions de lits à l'AP-HP, établir une comparaison entre le coût d'une reconversion est celui d'une création *ex nihilo* ?

M. Michel Peltier : D'un point de vue budgétaire, nous entendons aller au-delà de la stricte compensation de la fermeture de lits. C'est la taille même de la structure AP-HP qui conduit à un niveau de tarification assez élevé et, avec les montants transférés, nous devrions pouvoir créer 1 200 à 1 500 lits pour 800 suppressions. Mais il m'est difficile d'être plus précis car nous ne sommes qu'au début du processus.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les EHPAD seront appelés à supporter les charges de personnels jusqu'ici assumées par l'assurance maladie.

Cela signifie qu'il y aura moins de personnel pour accompagner les personnes âgées car sinon le budget sera insuffisant, sauf à considérer que l'AP-HP est vraiment très mal gérée. En fait, je crains que ces charges supplémentaires n'incombent aux conseils généraux et aux personnes âgées elles-mêmes, alors que le coût d'hébergement est déjà très élevé en région parisienne. Dans ces conditions, vous pourrez facilement créer de nombreuses places...

M. Pierre Morange, coprésident : C'est un sujet important car, avec l'évolution du parc hospitalier, l'investissement va être de plus en plus à la charge des patients.

M. Michel Peltier : Je pense qu'on peut optimiser les moyens dans des unités plus petites. J'ajoute que l'AP-HP ne se désintéressera pas de ce qui va être créé et que les nouvelles structures pourront s'appuyer sur son plateau technique. Il est également possible qu'elle mette des terrains et des locaux à leur disposition.

Je souhaite aussi que nous nous inscrivions dans une logique d'appels à projets communs avec les conseils généraux.

Mme Cécile Gallez : Vous dites que la répartition des établissements n'est pas équilibrée au sein de votre région. Dans mon département, le conseil général a lancé un plan gérontologique dans lequel il n'accepte de créations de lits que dans les secteurs les plus défavorisés. En Île-de-France, le financement est-il immédiatement disponible dès que la création a été reçue un avis favorable du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) ?

M. Michel Peltier : Non, car sur les crédits d'assurance maladie on ne fonctionne pas à guichets ouverts mais en enveloppe annuelle répartie. Cela étant, nous essayons de répartir l'offre et de compenser un écart de taux d'équipement qui va de 35 à 124 pour 1 000 selon les départements. La programmation régionale cherche à privilégier les départements les moins équipés et tous les projets ne sont pas financés de la même façon. Des départements sont très en-dessous de la moyenne d'équipements, Paris et la Seine-Saint-Denis, tandis que la Seine-et-Marne est très au-dessus.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je souhaite également savoir quelles sont les difficultés que rencontrent actuellement les établissements en matière de financement, pour l'investissement comme pour le fonctionnement. Quelles seraient selon vous les évolutions nécessaires pour faciliter la réalisation des investissements et le financement des dépenses de fonctionnement ?

Pouvez-vous par ailleurs nous dire comment les DDASS ont-elles été associées à la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, pour la partie personnes âgées et dépendance ?

J'aimerais aussi que chacun réponde à ma question sur les effectifs.

M. Christian Meurin : A la répartition globale des ressources au niveau régional fait suite une répartition entre les établissements. Des conventions tripartites sont instruites depuis 2001 pour faire entrer les établissements dans la réforme de la tarification. Dans le Finistère, un peu moins de la moitié des établissements sont aujourd'hui conventionnés et les premières conventions, conclues pour trois ans, commenceront à être renouvelées l'an prochain.

Sur 120 agents, à peu près cinq équivalents temps pleins sont consacrés à ce thème, dont un et demi seulement en catégorie A, et pour partie sous statut contractuel depuis le lancement de la réforme.

Nous avons aussi une mission de planification car nous préparons la troisième génération du schéma départemental, le deuxième couvrant la période 1999-2005. Sur les 630 créations de places prévues, seulement 230 ont été réalisées en raison de notre incapacité à médicaliser toutes les places supplémentaires inscrites dans ce schéma. Arrêté conjointement par le préfet et par le président du conseil général, il s'agissait d'un outil opposable, dans lequel devaient s'inscrire les créations de places. Cette mission nous mobilise fortement. Pour sa part, le conseil général emploie cinq attachés pour le secteur des personnes âgées, qui englobe la tarification des services de soins infirmiers à domicile.

Nous avons 11 800 places d'hébergement en établissement, en grande majorité éligibles à la réforme de la tarification, réparties dans près de 120 établissements, dont la moitié sont conventionnés. Avec 153 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, notre taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale, qui est de 171 pour 1 000. L'importance du parc d'hébergement collectif varie beaucoup d'un département à l'autre, de même que celle de la partie médicalisée de ce parc. Les Côtes-d'Armor et le Finistère sont les plus défavorisés, alors que ce sont aussi les départements où l'évolution démographique est la plus forte. De même, le Finistère a le taux le plus faible de services de soins infirmiers à domicile, avec 17,5 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, alors que le taux régional de 18 pour 1 000 est supérieur à la moyenne nationale. On peut donc regretter que les places soient réparties en tenant compte du taux régional et non des variations entre les départements.

S'agissant du financement, nous rencontrons des difficultés à passer des conventions tripartites en raison du plafond de la norme DOMINIC + 35 – dotation minimum de convergence, plus 35 %. En effet, au début de la réforme, le Finistère était déjà pour les forfaits de soins, en raison d'un effet mécanique important, à la DOMINIC + 29. Les établissements avaient donc très peu voire pas du tout à attendre de la réforme de la tarification. Même s'il n'existe pas de normes en matière d'encadrement, depuis l'entrée en vigueur de la réforme, nous avons été obligés d'adopter une approche normative pour être équitables dans l'instruction des conventions.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous pensez que des normes précises pourraient vous aider.

M. Christian Meurin : Oui, d'autant que de nouvelles réglementations sont intervenues. Ainsi, il nous faut désormais tenir compte également du statut des médecins coordonnateurs et de leur rémunération, qui ne figuraient pas dans beaucoup des anciens forfaits de soins. Le fait d'avoir repoussé à plusieurs reprises les délais de conventionnement incite les établissements qui sont en dépassement à ne pas passer de convention. L'absence de normes est un facteur d'inéquité entre les établissements en ce qui concerne l'encadrement en personnel de soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Existe-t-il des normes pour les personnes handicapées ?

M. Christian Meurin : Oui, pour certains établissements, en particulier les maisons d'accueil spécialisé (MAS). Elles ne sont qu'indicatives mais elles sont respectées.

La différence de statut entre les établissements et les écarts de coûts du personnel soignant sont des obstacles au conventionnement. Ces différences s'observent en particulier entre la fonction publique territoriale et les établissements sous gestion associative, qui représentent 40 % des établissements dans mon département. Pour ce dernier, le coût d'un poste infirmier est de 50 000 euros toutes charges comprises, contre 36 000 euros dans la fonction publique territoriale.

En outre, le fait d'ignorer ce que sera l'avenir des USLD pousse les établissements hospitaliers qui en sont gestionnaires à la plus grande prudence, même si les taux de dépendance sont parfois supérieurs dans certains EHPAD.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Disposez-vous de chiffres à ce propos ?

M. Christian Meurin : Nous pouvons vous fournir les taux de dépendance comparés par établissement. Cela renvoie à la mesure de la charge de travail : si la grille AGGIR nous permet de l'apprécier pour la dépendance, tel n'est pas le cas en matière de soins. C'est aussi ce qui dissuade les gestionnaires des USLD d'entrer dans la réforme de la tarification.

Un autre frein à la conclusion des conventions tripartites et à la clarification du financement est l'intérêt des établissements, mais aussi des infirmiers eux-mêmes dans mon département, à maintenir les interventions d'infirmiers libéraux dans l'enveloppe des soins de ville.

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous la capacité de vérifier si, dans les maisons de retraite, les actes médicaux sont accomplis par des personnels qui ont la compétence pour cela et non par des agents de service hospitalier (ASH) ?

M. Christian Meurin : Oui, en particulier quand nous sommes saisis sur plainte des familles et en cas de signalement, mais aussi dans un cadre médico-légal, en associant médecin du conseil général et médecin conseil de l'assurance maladie. Mais nous n'avons pas les moyens de mener un travail plus systématique.

La volonté du département est de ne pas favoriser le parc privé à but lucratif mais de rendre possible quand cela devient nécessaire un accès à un hébergement collectif de proximité, par une répartition plus équitable, en fonction des taux d'équipement par territoire. C'est aussi dans ce cadre que s'inscrit notre politique de médicalisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La réforme de la tarification a-t-elle permis de faire diminuer le coût moyen de l'hébergement ?

M. Christian Meurin : Non. Les opérations « sincérité des comptes » ont mis en évidence des transferts de charges et montré notamment que le secteur hospitalier supportait des charges d'hôtellerie, qui étaient indûment imputées sur des dotations de soins de l'assurance maladie. On a vu aussi des postes d'aides-soignantes imputés sur des sections d'hébergement. Tout cela faisait obstacle à une clarification des enveloppes entre l'hébergement, la dépendance et les soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Votre département a-t-il une politique d'aide à la pierre ?

M. Christian Meurin : Oui, le conseil général subventionne les opérations autour de 20 %. Il accompagne l'État dans les opérations inscrites au contrat de plan et va au-delà, avec une politique pluriannuelle. Le schéma de 1999 prévoyait 630 créations de places et nous en avons ouvert 240.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous des propositions à nous faire pour réduire la part qui reste à la charge des personnes âgées ou de leur famille ?

M. Christian Meurin : Il me semble qu'on pourrait agir sur la partie dépendance, grâce à une majoration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous nous interrogeons surtout sur les questions d'investissement. Avez-vous mené un travail sur la part de l'amortissement dans le tarif d'hébergement ?

M. Christian Meurin : Non, nous nous sommes d'abord consacrés à la médicalisation et à la prise en charge des soins. Nous savons que le conseil général a adopté un plafond de tarification à 45 euros par jour, mais cette question n'est pas de la compétence des services déconcentrés de l'État.

M. Michel Dmuchowski : Le département de la Haute-Garonne compte 1,1 million d'habitants mais l'on pourrait presque, en en parlant, évoquer « Toulouse et le désert haut-garonnais », puisque 750 000 habitants se concentrent dans la ville et son agglomération. De surcroît, l'agglomération toulousaine accueille chaque année de 12 000 à 13 000 nouveaux habitants, et l'on prévoit qu'il en arrivera 20 000 par an au cours des cinq prochaines années en raison du développement de l'industrie aéronautique. Jusqu'à présent, la population du département était relativement jeune mais, en Haute-Garonne comme ailleurs, les gens vieillissent ; de plus, beaucoup de personnes âgées viennent rejoindre leurs familles qui s'installent dans le département.

Or, la Haute-Garonne, et l'agglomération toulousaine particulièrement, souffrent d'un manque flagrant d'établissements pour personnes âgées. En outre, les établissements existants sont inadaptés. Plus d'un tiers sont gérés par le secteur privé lucratif, 40 % par le secteur associatif et 20 % seulement par le secteur public – encore ne s'agit-il pas d'établissements autonomes, mais de logements-foyers ou de maisons de retraite, gérés par les CCAS. La Haute-Garonne compte 150 établissements et, sur un effectif de 140 personnes, la DDAS affecte au suivi des maisons de retraite deux cadres A – y compris une contractuelle dont l'avenir n'est pas assuré – et un cadre B ; un autre cadre B est chargé du suivi du maintien à domicile. Un chef de service chapeaute cette équipe très réduite – ce que l'on ne manque pas de me faire remarquer lorsqu'il s'agit de fixer les objectifs en début d'année.

Je ne répéterai pas ce qu'a dit mon collègue du Finistère à propos des tâches qui sont les nôtres mais j'insisterai sur notre rôle de planification, tout en soulignant que le schéma gérontologique départemental n'est pas encore établi. Les choses n'avancent pas assez vite ; or, nous devons présenter les dossiers au CROSMS et, dans un département tel que le nôtre, ces dossiers concernent également des créations d'établissements. Faute de schéma, ces créations se font sans références, ce qui n'est pas satisfaisant.

Notre mission d'inspection et de contrôle est très poussée dans le département. Il nous a en effet fallu conduire un très important travail relatif aux établissements « clandestins » – lesquels, autrement dit, fonctionnaient sans autorisation. Nous en avons

agréé, comme ils auraient dû l'avoir été initialement, lorsque cela était possible mais, dans une dizaine de cas, nous avons engagé des procédures judiciaires et, avec l'aide du parquet et du conseil général, nous avons été amenés à transférer des personnes âgées dans d'autres structures. Les responsables de sept de ces établissements ont été condamnés – pour certains lourdement – par le tribunal correctionnel en décembre dernier ; deux instructions sont encore en cours.

Mais l'existence de ces établissements est, d'une certaine manière, la conséquence de l'insuffisance de places disponibles, notamment à Toulouse et dans son agglomération. Elle tient aussi à ce que de nombreux établissements privés à but lucratif pratiquent des prix de journée très élevés, si bien qu'ils ne font pas tous le plein. Les familles, dans l'urgence, se tournent vers ce qu'elles trouvent. Nous avons été obligés de mettre fin à ce système.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Qui a compétence sur le financement des investissements pour les établissements ?

M. Michel Dmuchowski : Juridiquement, personne ! C'est une question de volontarisme politique de la part de chaque conseil général. Pour ce qui le concerne, le département de la Haute-Garonne n'a pas décidé d'aide à la pierre ; pourtant, une politique d'aide à la pierre dynamique et dotée de moyens significatifs permettrait de limiter les coûts. Dans la pratique, les établissements « se débrouillent » car, le parc étant vétuste, il faut bien procéder aux travaux d'entretien et de sécurité nécessaires.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La question du coût de l'hébergement est-elle abordée dans les comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA) ? Y évoque-t-on des cas de maltraitance ?

M. Michel Dmuchowski : Depuis le 1^{er} janvier, le CODERPA a basculé au conseil général mais son utilité ne se dément pas. Une question y est évoquée de manière récurrente : celle du coût de la prise en charge en établissement, et singulièrement de la part restant à la charge de la personne âgée. C'est une des questions que nous souhaitons voir abordée dans le cadre du schéma gérontologique.

M. Christian Meurin : L'insuffisance de l'encadrement et du personnel soignant est, elle aussi, fréquemment évoquée.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Qu'en est-il de la maltraitance ?

M. Christian Meurin : La question n'est pas abordée en ces termes. En fait, on pourrait presque parler d'une « maltraitance institutionnelle » due à l'insuffisance de personnel.

M. Michel Peltier : En Île-de-France, où près de 120 inspections sur sites ont eu lieu, de 80 à 90 % ont été déclenchées par des plaintes.

S'agissant de l'investissement, je rappelle que les contrats de plan État-région comprenaient un volet « aide à l'investissement », plutôt envisagé sous l'angle de l'amélioration de la qualité des établissements existants. Mais, comme vous le savez, ces contrats ont du mal à être tenus en raison des difficultés de financement par l'État. Ainsi, pour la région Île-de-France, la moitié seulement des engagements auront été honorés fin 2005, alors que le contrat prend fin en 2006.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il serait intéressant d'interroger toutes les DRASS sur l'application des contrats de plan.

M. Michel Dmuchowski : Dans notre département, l'augmentation du nombre de plaintes et de saisines est manifeste. Elles n'ont pas trait à des maltraitances mais aux prix de journée, jugés trop élevés au regard des prestations servies. Les plaintes se multiplient parce que les familles se préoccupent bien davantage de cette question qu'il y a vingt ans et parce qu'elles savent désormais à qui s'adresser. Mais elles traduisent aussi la situation de certains établissements où l'insuffisance en personnel est criante. Je ne citerai qu'un cas, celui de cet établissement de quatre-vingt places où le service de nuit est assuré par une aide-soignante et un agent de service hospitalier, sans infirmière, alors que certains résidents relèveraient bien davantage d'une unité de long séjour que d'un EHPAD.

M. Christian Meurin : Les plaintes tiennent aussi à la pénurie de places, si bien qu'elles sont plus nombreuses dans les zones urbaines. Mais nous n'avons pas connaissance de plaintes pour maltraitance en tant que telles.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : On peut s'interroger sur le niveau d'investissement nécessaire pour parvenir à une maîtrise d'une offre de qualité. Il serait sans doute intéressant de faire le lien entre l'aide à la pierre et la présence du secteur privé. Le Commissariat général au plan doit avoir analysé cela.

M. Michel Dmuchowski : En Haute-Garonne, il n'y a pas d'aide à la pierre, les promoteurs qui veulent créer un établissement se débrouillent et c'est donc logiquement que les établissements à but lucratif sont les mieux placés. Il me semble que si on aidait les investissements, dans le cadre d'une politique départementale et nationale, on maîtriserait bien mieux l'équilibre de l'offre d'hébergement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelles sont vos relations avec la CNSA ?

M. Michel Dmuchowski : Nous n'avons pas de relations particulières pour le moment. La priorité doit selon nous être donnée à la mise en place de la maison départementale des personnes handicapées.

M. Christian Meurin : Le département du Finistère est fortement mobilisé sur les enjeux de répartition, dont on ne connaît pas les nouvelles règles. On sait que la CNSA assurera le suivi national pour les personnes handicapées. Le conseil général imagine qu'il en ira de même pour les personnes âgées et il souhaite faire bénéficier le département d'un rattrapage en taux d'équipement, en s'adressant à la CNSA et en nous associant à cette démarche.

M. Michel Peltier : Nos relations avec la CNSA sont bonnes et étroites, depuis son installation. La démarche de programmation est prévue par la loi sur le handicap et les programmes départementaux de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées sont menés en totale concertation entre la CNSA et les services déconcentrés. Un travail expérimental a été mené dans quelques régions, dont l'Île-de-France, pour mettre au point la programmation, qui permettra de déterminer les enveloppes régionales et départementales mais aussi la façon dont la caisse s'alimentera en informations.

La CNSA vient de distribuer dans les régions des crédits d'investissement pour les personnes âgées, prenant ainsi le relais des contrats de plan.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : On mobilise donc les réserves de la CNSA pour honorer les contrats de plan.

Je vous remercie et je vous invite à nous faire remonter toutes les informations que vous jugerez utile sur les coûts, la répartition et les moyens des établissements.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie également et je vous rappelle qu'au delà de sa mission de contrôle et d'évaluation, la MECSS est ouverte à toutes les suggestions qui permettraient d'améliorer les choses, en matière législative comme réglementaire.

AUDITIONS DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2005

Audition de MM. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, Jean-François Carrez, président de la cinquième chambre, Georges Capdeboscq, conseiller maître à la cinquième chambre, Jean-Pierre Bayle, conseiller maître à la cinquième chambre, Jean-Louis Beaud de Brive, conseiller maître, président de la Chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, de Mme Rolande Ruellan, conseillère maître, présidente de la 1^{ère} section de la sixième chambre, de M. Noël Diricq, conseiller maître à la sixième chambre, et de Mme Marine Camiade, auditrice à la cinquième chambre

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir et l'honneur de recevoir, pour cette première audition de la matinée, M. Philippe Séguin, Premier Président de la Cour des comptes, M. Jean-François Carrez, président de la 5^e chambre, MM. Georges Capdeboscq et Jean-Pierre Bayle, conseillers maîtres à la 5^e chambre, M. Jean-Louis Beaud de Brive, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, Mme Rolande Ruellan, conseillère maître, présidente de la 1^{ère} section de la 6^e chambre, M. Noël Diricq, conseiller maître à la 6^e chambre, et Mme Marine Camiade, auditrice à la 5^e chambre.

Je donne tout de suite la parole à M. le Premier Président, pour qu'il nous fasse part des analyses de la Cour sur la problématique des personnes âgées dépendantes.

M. Philippe Séguin : Les préoccupations qui ont été de celles de la Cour ces derniers mois rejoignent en partie celles qui sont les vôtres aujourd'hui, et je suis heureux de pouvoir présenter devant vous les grandes lignes de notre travail sur les personnes âgées dépendantes.

Notre société vieillit, et de plus en plus de familles sont désormais confrontées à des situations de dépendance et à la question de leur prise en charge. Le problème est tout sauf théorique, et constitue pour chacun de nous un défi considérable sur le plan matériel et financier, à titre individuel comme à titre collectif.

Le défi est de taille : comme vous le savez, le nombre de personnes âgées dépendantes est appelé à progresser de 50 à 70 % d'ici 2040. De 800 000 en 2000, ce nombre pourrait en effet passer à 1 000 000 en 2020 et à 1 300 000 en 2040. Les maladies entraînant des troubles psychiques pourraient, quant à elles, toucher plus de 135 000 nouvelles personnes par an.

C'est à la fois pour mieux mesurer l'enjeu et pour évaluer les réponses qu'ont commencé à y apporter les pouvoirs publics que la Cour a décidé de se saisir de ce sujet et d'y consacrer un rapport public particulier. Ce document nous a demandé deux ans de travail et nous a conduits à mener notre enquête tant au niveau national, auprès des ministères notamment, qu'au niveau local, dans les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, les conseils généraux et les établissements publics d'hébergement. Nos investigations ont mobilisé deux chambres de la Cour, la 5^e et la 6^e, ainsi que 13 chambres régionales des comptes, ce qui nous a donné un échantillon très représentatif.

Les travaux de votre Mission se concentrent sur les questions plus particulières de financement de l'investissement en établissement. C'est un sujet que la Cour a abordé aussi, mais indirectement. Son angle d'attaque a été plus global et elle a cherché à dresser un

tableau d'ensemble des modalités de prise en charge, à domicile et en établissement, des financements et de l'organisation institutionnelle actuels.

Première question posée, celle de l'offre de services : celle-ci est-elle suffisante, adaptée et bien répartie ? Quel a été l'impact des réformes récentes comme la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la réforme de la tarification ?

Le désir profond des personnes est de rester le plus longtemps possible chez elles. L'aide à domicile était déjà à ce titre l'objectif prioritaire dans le rapport Laroque de 1962. Des progrès ont été réalisés depuis avec la mise en œuvre de l'APA ou le développement des services de soins à domicile. Néanmoins, l'offre reste trop dispersée et encore bien inférieure aux besoins. Les personnels sont très peu qualifiés et le secteur est peu attractif du fait de conditions de travail difficiles et d'une faible rémunération.

Les besoins de modernisation du secteur sont donc importants, mais l'État peine à y répondre. Il n'a pas su arbitrer entre un objectif qualitatif privilégiant les interventions de personnels qualifiés et un objectif quantitatif qui le conduit à ouvrir largement le secteur à des personnes en difficulté et en demande d'emploi quel que soit leur niveau de qualification.

Autre paradoxe : alors que les associations d'aide à domicile sont soumises à tout un ensemble d'exigences administratives, d'agrément et d'autorisations, la qualité de leurs prestations n'est finalement presque jamais contrôlée et les départements commencent tout juste à vérifier si les intervenants à domicile financés par l'APA viennent effectivement apporter l'aide prévue.

Si l'objectif est effectivement de permettre aux personnes de rester le plus longtemps possible chez elles, il devient aujourd'hui urgent d'accélérer la modernisation du secteur de l'aide à domicile. La Cour dessine en ce sens plusieurs voies : désigner un interlocuteur unique de la personne âgée, promouvoir des services intégrés polyvalents - à la fois services de soins infirmiers à domicile et services d'aide à domicile -, développer la formation et orienter les personnes âgées les plus fragiles vers les personnels les plus qualifiés - alors qu'il se passe souvent le contraire aujourd'hui.

Enfin, on aurait tout intérêt à reconsidérer et à mieux soutenir le rôle de l'entourage en faisant de l'« aide aux aidants » un volet du plan d'aide APA et en développant des structures d'accueil temporaire pour procurer aux familles des temps de « répit ». Ce dernier point est important : aider un peu plus l'entourage peut avoir un fort « effet de levier » et permettre à l'ensemble du dispositif de maintien à domicile de tenir.

Néanmoins, il faut bien convenir que le maintien à domicile a ses limites, notamment pour les personnes les plus dépendantes et celles atteintes de troubles psychiques. Dans certains cas, l'entrée en institution apparaît comme la solution la mieux adaptée.

La Cour s'est également penchée sur les conditions d'hébergement en institution et s'est à cet égard posé deux types de questions : celle de la capacité du parc existant à accueillir un nombre croissant de personnes âgées et celle de l'adaptation des structures à des résidents de plus en plus âgés et dépendants.

En termes de capacité, les situations sont très hétérogènes d'un département à l'autre mais on note une baisse globale du taux d'équipement, le rythme de création de places étant inférieur à la croissance du nombre des personnes âgées. Cette baisse est d'autant plus

préoccupante que les besoins à venir sont évalués d'ici 2010 entre 36 000 et 100 000 lits. Si on y ajoute les besoins en investissement pour la mise aux normes et la réhabilitation qu'exigent 20 à 30 % des places, les besoins d'investissement pourraient atteindre 10 à 30 milliards d'euros dans les vingt prochaines années.

Par ailleurs, les établissements d'hébergement sont confrontés à des enjeux d'un nouvel ordre : le résident d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celui d'hier. Plus âgé, plus fragile, il nécessite plus de soins et d'aide, tandis que les exigences en matière de qualité, de confort, ou d'animation se font également plus pressantes.

La réforme de la tarification des établissements et la campagne de conventionnement, lancées en 1997, avaient précisément pour ambition d'accroître la médicalisation et la qualité de l'accueil et de favoriser la convergence entre établissements. De fait, les établissements conventionnés ont effectivement bénéficié de moyens supplémentaires, en effectifs soignants notamment. La prestation spécifique dépendance puis l'APA ont permis de mieux prendre en charge les frais liés à la dépendance.

Malgré tout, la Cour dresse un bilan mitigé de la réforme. Elle déplore notamment sa grande complexité et l'instabilité réglementaire qui a constitué, à elle seule, un véritable défi pour les gestionnaires d'établissements et pour les autorités chargées du suivi de la réforme. Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre retenues n'ont permis d'atteindre l'objectif de convergence que partiellement, et l'avenir de certaines catégories d'établissements n'est toujours ni défini ni assuré.

On constate également que le programme de médicalisation est en quelque sorte « rattrapé » par l'accroissement du niveau de dépendance des personnes nouvellement accueillies. La médicalisation et les taux d'encadrement restent insuffisants, même dans les établissements conventionnés.

Les autorités pilotant la réforme n'ont su mesurer ni l'évolution de la qualité ni celle des tarifs d'hébergement à la charge des résidents, autant de sujets qui intéressent pourtant au premier chef les familles. Face à des charges de fonctionnement croissantes et à de forts besoins d'investissement, les tarifs d'hébergement tendent à augmenter alors qu'actuellement ils sont déjà difficilement assumés par les personnes les plus modestes.

Ainsi, la réforme n'a atteint que partiellement ses objectifs. En outre, elle n'a pas été un exemple d'efficacité. Les crédits alloués n'ont pas été véritablement encadrés, et l'assurance maladie est à ce jour dans l'incapacité de chiffrer le coût de la réforme, notamment le coût des soins de ville dont peuvent bénéficier les résidents en sus des forfaits de soins déjà attribués.

De ce bilan en demi-teinte, la Cour tire plusieurs recommandations ; elle estime notamment nécessaire de revoir les modalités de la réforme de la tarification, en supprimant progressivement les dispositifs entravant la convergence et en assurant un meilleur encadrement des crédits d'assurance maladie.

Il paraît également indispensable que l'administration se dote d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement et des effets de la réforme sur la qualité des installations et des services rendus.

Enfin, pour répondre à la très grande dépendance ou aux situations nécessitant une forte médicalisation, la Cour recommande la redéfinition du rôle des unités de soins de

longue durée pour qu'il existe une catégorie de services permettant la proximité d'un plateau technique et une surveillance médicale continue.

Si je devais résumer d'un mot cette première série de constats sur l'offre de services, je dirais qu'avant même l'arrivée de la vague annoncée de nouveaux cas de dépendance, le système paraît déjà débordé et mal adapté. Et il n'est pas certain que, dans sa configuration actuelle, il puisse faire face aux besoins à venir. Deux questions se posent tout particulièrement : celle de son financement et celle de son organisation institutionnelle.

La Cour s'est livrée pour la première fois à un travail de chiffrage, au terme duquel elle a estimé les dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes à 15 milliards d'euros environ, dont 60 % sont pris en charge par l'assurance maladie, 10 % par les autres risques, 20 % par les départements et 10 % par l'État. Ce montant est appelé à augmenter fortement sous l'effet du vieillissement, mais aussi sous celui d'exigences accrues en matière de qualité des prestations, qui impliquent l'accroissement des besoins en personnels, notamment qualifiés, et la modernisation des structures d'accueil.

On a déjà évoqué le rôle déterminant des familles. Néanmoins, face à la vague attendue du vieillissement et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, on ne peut pas escompter des familles un soutien croissant, d'une part parce que le nombre des aidants potentiels va progresser moins vite que celui des personnes âgées dépendantes, et d'autre part parce que l'évolution des modes de vie rend difficile l'organisation de l'entraide familiale.

La collectivité est donc appelée à prendre en charge une part croissante du coût de la dépendance.

Mais il faut avoir à l'esprit que, même en comptant les recettes créées en 2004 avec la suppression d'un jour férié, les ressources actuelles ne suffiront pas à faire face à l'enjeu financier à venir. Les recettes de la journée de solidarité apporteront chaque année un peu plus d'un milliard d'euros alors que d'ici une quinzaine d'années, l'APA et les prestations d'assurance maladie demanderont à elles seules, selon les estimations de la Cour, entre 6 et 9 milliards d'euros supplémentaires. Et que dire du besoin d'investissement, qui pourrait quant à lui atteindre entre 10 et 30 milliards d'euros alors que les dispositifs d'aide publique en la matière restent marginaux ?

La Cour ne veut pas dire que l'effort soit insurmontable, mais elle souligne que, sans anticipation, le défi financier ne pourra pas être relevé. Or les travaux de projection sont encore trop rares. Le plan « Vieillesse et solidarités » mis en œuvre à la suite de la canicule de l'été 2003 ne concerne que le très court terme et ne dresse aucune perspective au-delà de 2007. Nous insistons donc à plusieurs reprises dans le rapport sur la nécessité de mieux chiffrer les besoins et de mieux préparer l'effort financier à venir.

Il faudra dépenser plus, sans doute, mais il faudrait aussi dépenser mieux et faire des choix. Nous avons ainsi voulu montrer que les ressources actuelles ne sont pas utilisées de façon optimale. Certaines dépenses, notamment les dépenses fiscales, sont globalement très importantes, mais ne bénéficient qu'en minorité aux personnes qui sont dans les situations les plus difficiles. C'est pourquoi la Cour recommande de cibler davantage les aides sur les personnes présentant les plus hauts niveaux de dépendance et percevant les plus bas revenus.

Le dernier point à souligner au sujet du financement - et qui permet de faire la transition avec les remarques sur l'organisation institutionnelle qui suivent - concerne la complexité du système, qui a atteint un tel degré que l'on ne parvient que difficilement à

savoir qui paye quoi et qui va être appelé à payer plus. Cette complexité se retrouve dans l'organisation institutionnelle, marquée aujourd'hui par un enchevêtrement extrême des responsabilités et des compétences.

Si le département joue désormais un rôle central dans la politique en faveur des personnes âgées, la décentralisation n'a pas été poussée à son terme. Le département continue à partager bon nombre de compétences avec l'État, l'assurance maladie et les caisses de retraite.

Il aurait pourtant été possible d'organiser la prise en charge de la dépendance de manière plus simple, et plus cohérente. Deux voies étaient envisageables : la voie d'une décentralisation accrue qui aurait fait des départements le point d'accès unique aux prestations de dépendance, y compris les prestations d'assurance maladie ; ou la voie de la création d'un cinquième risque confiant aux caisses de sécurité sociale la prise en charge globale de la dépendance. Cette seconde voie aurait notamment eu l'avantage de permettre une meilleure intégration des préoccupations sanitaires et médico-sociales, qui sont, dans les situations de dépendance, fortement imbriquées.

Il est assez remarquable de constater que les gouvernements successifs ont systématiquement évité de faire ce choix. Il est vrai que, dans les deux cas, les transferts de charges entre acteurs auraient été massifs et auraient modifié profondément les rapports de force qu'ils entretiennent. Un tel choix aurait pourtant eu bien des vertus et aurait marqué une refondation de la prise en charge de la dépendance. A cet égard, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), institution hybride entre l'agence et la caisse, illustre une nouvelle fois cette posture d'évitement.

La CNSA apporte bien sûr un certain nombre d'avancées : lieu d'expertise et d'animation de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées comme des personnes handicapées, elle s'attachera également à mieux connaître l'état de l'offre et des besoins et à mieux répartir les crédits entre établissements et services. Malheureusement, elle ne simplifie en rien le système et ne remet en cause ni l'hétérogénéité des financements ni la dispersion des décideurs.

La complexité du système ne serait pas vraiment condamnable si elle ne concernait que les administrations parisiennes. Mais elle a des conséquences concrètes et immédiatement mesurables pour les personnes âgées et leurs familles, qui sont de ce fait confrontées à une multitude d'intervenants peu ou mal coordonnés. Ce schéma maintient des cloisonnements d'inspiration très administrative, pour ne pas dire technocratique, là où la personne dépendante ressent un besoin global, qui inclut les soins et une aide médico-sociale.

Face à ces difficultés, on peut toujours recommander que les différents acteurs travaillent ensemble ; on peut toujours encourager une meilleure coordination, une plus grande concertation. On peut également développer des commissions dédiées à ces convergences, mais au-delà du fait que cela exige une énergie considérable, il n'est pas certain que cela suffise à répondre à l'enjeu posé.

C'est pourquoi la Cour a voulu insister sur la nécessité de faire des choix, institutionnels notamment ; il faut choisir un pilote, et cesser de démultiplier les systèmes co-financés et co-gérés, qui, il faut bien le dire sont monnaie courante dans le secteur social et médico-social.

M. Pierre Morange, coprésident : Avant de donner la parole à Mme la Rapporteuse, j'ai une première question : étant donné que le coût de l'hébergement est de plus en plus difficilement assumé par les familles et que la part de la contribution sociale généralisée (CSG) reversée à la CNSA est affectée à la prise en charge de la dépendance, c'est-à-dire à la médicalisation, à quelle nouvelle ressource pourrait-on recourir pour faire diminuer le coût de l'hébergement payé par l'utilisateur ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les travaux de la Cour des comptes fournissent une base solide à notre réflexion, mais je m'interroge sur certains points. Je me demande en particulier sur quels éléments objectifs reposent les projections, concernant par exemple le nombre de personnes qui seront atteintes de démence sénile, de troubles psychiques ou du comportement. Infirmière psychiatrique de profession, je me souviens que nombre de maladies étaient naguère considérées comme de graves problèmes de santé publique et ne le sont plus aujourd'hui, car on sait les traiter. Aussi m'interrogé-je quand je lis qu'on prévoit 125 000 nouveaux cas d'Alzheimer par an. La Cour insiste sur la nécessité de se donner de meilleurs outils de connaissance et de prospective, mais quels dispositifs précis préconise-t-elle à cette fin ?

M. Philippe Séguin : Le président Carrez va vous répondre, mais vous aurez observé la largeur et donc la prudence des fourchettes que nous donnons. J'ajoute, qu'à la demande du gouvernement, la Cour examine, en temps réel, les six premiers mois de fonctionnement de la CNSA et les modalités d'affectation des premières ressources collectées. Elle publiera un rapport sur ce point au mois de janvier prochain.

M. Jean-François Carrez : La Cour n'a évidemment pas la capacité de produire elles-mêmes des données ou analyses épidémiologiques. Ce qui nous a frappés, cependant, c'est à quel point on manque d'évaluations précises, y compris du point de vue médical, de la situation et de l'évolution des personnes. La dépendance est un sujet largement sous-exploré, et les fourchettes sont effectivement très larges : on estime ainsi le nombre de nouveaux cas d'Alzheimer entre 100 000 et 165 000 par an, sans que cela s'appuie sur des données très solides. Il faut espérer que la CNSA favorisera la production d'informations plus fiables.

Plusieurs organismes, dont le Commissariat général du Plan, essaient de mieux estimer l'ampleur des phénomènes et l'évolution des coûts, mais nous avons parfois l'impression que, pris de peur devant les chiffres qu'on découvre, ils ont tendance à privilégier l'hypothèse la plus optimiste. Notre intuition est au contraire que les estimations pèchent par modestie. C'est ainsi que certaines hypothèses que l'INSEE avait faites sur l'évolution de l'APA à l'horizon 2020 ou 2040 ont été dépassées, notre rapport le montre, dès 2005 !

Pour répondre à votre question sur les nouvelles ressources, il est certain que celles dont dispose la CNSA pour les personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire 1,2 milliard d'euros, sont insuffisantes à couvrir des besoins estimés d'ici 2020, selon le rapport de la Cour, à 6 ou 7 milliards d'euros dans le meilleur des cas et à 10 ou 11 milliards d'euros dans l'hypothèse la plus haute. Même si l'on suppose que l'assurance maladie serait capable de suivre la progression pour la partie qui la concerne, et même si la contribution des familles est appelée à s'accroître, le problème ne sera pas résolu sans financement supplémentaire : soit par l'impôt, national ou départemental, soit par les cotisations sociales, soit par les familles.

S'agissant de l'aide à l'investissement pour l'hébergement, la logique du système actuel est d'amortir les coûts dans le prix de journée, étant entendu qu'il y a des dispositifs

départementaux d'aide à la pierre, les villes apportant éventuellement un complément. Mais cela suffit à peine à rénover ou mettre aux normes le parc existant, sans même parler de l'augmentation des capacités, sur laquelle on a fait quelque peu l'impasse. A la différence du secteur privé commercial, qui arrive sans trop de difficulté, en sélectionnant fortement sa clientèle, à intégrer le coût des investissements dans le prix de journée, le public et le privé non lucratif ont un faible volume de constructions. Le rapport de la Cour montre que l'impact du coût de la rénovation sur le prix de journée est important, même s'il y a eu une légère atténuation au moment de la création de l'APA, et même si les investissements ne représentent qu'entre 10 et 30 % des dépenses. Si l'on ne trouve pas un nouveau mode d'aide au financement de ces investissements, on n'y arrivera pas.

M. Jean-Marie Le Guen : Quel est le poids du foncier ?

M. Jean-François Carrez : Il est faible quand les collectivités l'apportent ou le mettent à disposition, auquel cas il ne s'amortit pas dans le prix de journée. Mais à Paris, le prix d'un lit est prohibitif à cause, justement, du foncier : il est de 100 000 à 200 000 euros. Il y a donc des cas où le problème est quasi résolu, d'autres où il est très loin de l'être.

M. Pierre Morange, coprésident : Un représentant du centre communal d'action sociale de Paris nous a dit que le coût de la construction varie du simple au double entre la province et Paris, et ce même sans inclure le foncier, ce qui est proprement stupéfiant ! Il faudrait rechercher les explications de ce phénomène, qui n'est sûrement pas réductible à la seule complexité du tissu urbain parisien.

Avez-vous des idées particulières sur les nouvelles ressources auxquelles l'on pourrait recourir pour financer la prise en charge de la dépendance ? Vous me direz que c'est au politique qu'il revient d'arbitrer entre les trois sources possibles de financement que vous évoquiez, mais il n'est pas interdit aux magistrats de la Cour des comptes d'avoir un avis.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vais poser la question de façon plus directe encore. Vous dites clairement qu'il faudra passer à un dispositif de taux d'encadrement, prévu par la loi de 1975 pour l'ensemble des établissements mais jamais appliqué. Pensez-vous vraiment que la solution réside dans un encadrement clair ? Et si l'on veut éviter que le coût de l'investissement ne se répercute sur le prix de journée, quel est le meilleur système ? Allocation logement ou aide à la pierre ? Et dans le cas de l'aide à la pierre, à quel niveau doit-il intervenir ? Départemental ? National ?

M. Jean-Louis Beaud de Brive : En matière de tarifs d'hébergement, quelle est la situation actuelle ? Dans la nouvelle tarification ternaire, il y a une section d'hébergement dans les établissements, et ceux-ci doivent, de par les textes, inclure l'amortissement dans la section d'investissement. Dans certains, qui sont anciens, tout est déjà amorti ; dans d'autres, qui viennent d'être construits ou rénovés, l'amortissement est élevé et a un fort impact sur le prix de journée. S'imputent également les frais financiers si l'établissement a emprunté pour investir, et il aura d'autant plus recouru à l'emprunt que le taux de subvention du départements est faible. Tout cela explique que la situation soit relativement hétérogène d'un établissement et d'un département à l'autre.

M. Jean-Marie Le Guen : N'est-il pas aberrant que l'impact soit direct sur le prix de journée ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : C'est moi qui ai signé le décret.

M. Jean-Louis Beaud de Brive : C'est le principe de la tarification ternaire introduite en 1999 : une section soins financée par l'assurance maladie, une section dépendance financée en majorité par l'APA et un peu par les personnes, une section hébergement financée par les résidents.

M. Pierre Morange, coprésident : Quand on voit que l'écart des coûts de prise en charge va de un à trois, on peut douter que cela s'explique uniquement par des facteurs comme ceux que nous venons d'aborder, même si le taux de subvention apporté par le département peut varier entre zéro et 40 %.

M. Jean-Louis Beaud de Brive : Nous avons fait une étude, portant sur dix départements, pour connaître le prix moyen de journée dans les structures publiques et privées non lucratives. Il en ressort que le taux de dispersion est assez élevé. A Paris, le coût de la construction est deux fois plus élevé qu'ailleurs, mais cette différence ne se retrouve pas dans le prix de journée, qui n'est que de 40 à 50 % supérieur. Cette situation de grande dispersion est cependant à nuancer du fait des différentes politiques d'aide sociale menées par les conseils généraux, et qui peuvent avoir pour effet d'atténuer le coût de la prise en charge. Chaque année, les établissements doivent soumettre au conseil général leur budget et leur tarification, qui sont l'objet d'une négociation, compte tenu, justement, des aides sociales à l'hébergement, dont le total, à l'échelle de la France, représente un milliard d'euros.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il faut poser la question de la clarification des tarifs d'hébergement, car un jour quelqu'un finira par déposer plainte pour discrimination. En long séjour, par exemple, on est confronté à la question de la fin de vie : sa prise en charge relève-t-elle de la dépendance ou du sanitaire ? La solution réside peut-être dans un forfait spécifique, du type forfait hospitalier, avec encadrement accru des aides au logement et identification plus forte de la compétence d'investissement. Jusqu'où êtes-vous allés dans vos réflexions sur ce point ?

Mme Rolande Ruellan : Il ne faut jamais perdre de vue qu'il y a, derrière tout cela, des fonds publics. La CNSA fera sans doute des études détaillées, mais actuellement, on n'a pas une vision très claire de ce que doit être la bonne répartition des personnes âgées entre les unités de soins de longue durée, les maisons de retraite et les services de gérontologie des hôpitaux - où se trouvent des personnes en fin de vie qui ne sont pas en état d'être transportées ailleurs. Mais je ne suis pas sûre que l'on puisse poser en principe, compte tenu de l'état des finances publiques et sociales, que toutes les personnes qui sont en train de finir leurs jours en maison de retraite, et qui n'ont pas forcément besoin de soins considérables, doivent être exonérées, au motif qu'à l'hôpital elles ne paieraient rien – sauf le forfait hospitalier, qui a régulièrement augmenté ces dernières années, mais que les mutuelles prennent en charge, alors que seules les assurances privées prennent en charge les forfaits en établissement.

Il faut réfléchir sur les limites de l'effort global de la collectivité. La Cour a pointé l'insuffisance du ciblage des avantages fiscaux. Un meilleur ciblage permettrait de récupérer de l'argent, mais encore faudrait-il avoir la certitude que les gens sont dans des formules d'hébergement qui correspondent à leur état. Actuellement, la pénurie est telle que les familles n'ont guère le choix et que les hôpitaux ne peuvent pas se débarrasser d'une personne qui n'a pas d'autre hébergement ailleurs. C'est toute la répartition des dépenses publiques, y compris fiscales, qui doit être repensée.

M. Jean-Louis Beaud de Brive : Nous avons, dans notre travail de chiffrage, évalué à 300 millions d'euros l'aide personnalisée au logement versée aux personnes âgées

dépendantes en institution. Reste à savoir ce que cela représente, pour les bénéficiaires, au regard du coût de l'hébergement. Notre rapport, d'autre part, appelle l'attention, sans d'ailleurs proposer de solutions, sur l'ampleur des investissements à réaliser dans les prochaines années. Il faudra corriger l'imputation sur le prix de journée afin que la contribution des familles ne s'alourdisse pas de façon excessive.

M. Jean-François Carrez : Il n'y a pas de solution à écarter *a priori*, pas même celle qui consisterait à faire supporter le coût par l'assurance maladie. Il n'est pas absurde que le prix de journée payé par le résident comporte une part de l'amortissement de la construction dans laquelle il est logé. Toute la question est de savoir jusqu'à quel niveau c'est supportable et au-delà de quel niveau il faut introduire une régulation. La logique voudrait plutôt que cette régulation intervienne sous forme d'une aide à la pierre, mais on peut explorer la piste des aides au logement, qui ont davantage cours dans les logements-foyers que dans les maisons de retraite proprement dites.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le choix du système de financement est lié à celui du niveau de compétence : doit-il être national, départemental ? Les responsables de la CNSA se sont bien rendus compte que l'on ne peut pas séparer la problématique sanitaire, gérée par les agences régionales de l'hospitalisation, de la problématique médico-sociale, qui relève des départements, et c'est pourquoi l'une des premières choses qu'ils ont faites a été de lancer les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La question de savoir si l'on prend en charge du sanitaire ou du médico-social est capitale, que ce soit dans le domaine du handicap, des personnes âgées ou, maintenant, de la fin de vie - car la durée moyenne de séjour en établissement des personnes âgées dépendantes est de plus en plus courte. Est-ce que celle-ci doit être prise en charge par l'assurance maladie ou par un dispositif spécifique ? Est-ce qu'elle doit l'être différemment selon l'âge, selon qu'on a, par exemple, plus ou moins de soixante ans ? Ce sont des questions qui ne sont jamais abordées, mais auxquelles il faudra bien répondre le jour où nous serons attaqués devant la Cour européenne de justice pour discrimination.

M. Pierre Morange, coprésident : Le Premier Président a bien résumé les choses en disant qu'on n'a jamais tranché le débat entre la création d'un cinquième risque et une logique de décentralisation plus poussée. Il est illusoire de chercher à établir à tout prix une frontière entre le médical et le médico-social. C'est le fond du problème.

Mme Rolande Ruellan : Il ne revient pas à la Cour, sur des sujets aussi politiques, de choisir entre des options, mais d'ouvrir la réflexion. Cela dit, on peut naturellement envisager une autre répartition des contributions financières, et mon sentiment, à titre personnel, est que le tabou de la décentralisation a fait obstacle à la mise en place, s'agissant des personnes âgées, d'un système cohérent. On a voulu, au nom de l'égalité, offrir sur tout le territoire des prestations définies au plan national, mais qui sont des prestations d'aide sociale financées par les départements, de sorte qu'il a fallu établir une péréquation entre eux. Toute cela parce qu'on n'a pas voulu remettre en cause la compétence départementale comme on l'a fait pour l'aide médicale, maintenant assumée par la couverture maladie universelle. Faut-il nationaliser la partie soins et la partie dépendance, financer l'APA par un dispositif de type cinquième risque et laisser aux collectivités l'aide sociale à l'hébergement et les subventions aux investissements des établissements ? En tout cas, il faut définir plus clairement qui paye quoi.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les contrôles opérés sur les finances des maisons de retraite font-ils apparaître l'existence d'une comptabilité analytique digne de ce nom dans ces établissements ?

M. Jean-Louis Beaud de Brive : Nous avons travaillé sur un échantillon d'une cinquantaine d'établissements, et la synthèse que nous avons faite traduit des situations très contrastées. La qualification des personnels, y compris de direction, est très inégale : certains établissements voient les directeurs intérimaires se succéder à un rythme rapproché, d'autres ont heureusement des gestionnaires très qualifiés. La capacité à maîtriser la comptabilité analytique est donc extrêmement variable, et dans certains cas les comptes étaient loin d'être fiables et sincères, comme nous l'avons d'ailleurs écrit.

M. Jean-Marie Le Guen : La difficulté ne tient pas seulement au manque de connaissances, mais aussi à la différence dans les stratégies d'approche face à la dépendance et aux maladies neuro-dégénératives. Selon l'énergie, en effet, que l'on mettra à développer les actions de prévention à l'approche du grand âge, actions qui demandent d'ailleurs moins de médical que de social, l'impact en aval sera plus ou moins fort. Actuellement, ce ne sont pas les mêmes personnes qui ont la responsabilité de la prévention de la dépendance et celle de sa prise en charge, ce qui aboutit à une aberration financière et humaine, dans la mesure où les premiers, n'ayant d'autre stimulation à réussir que leur conscience et leur surmoi, peuvent être tentés de s'en remettre aux seconds, tout en créant parallèlement un goulet d'étranglement au niveau de la prise en charge dans le but de protéger l'hôpital. Les querelles sur les chiffres recouvrent en fait des politiques de prévention et de prise en charge extrêmement différentes, entre lesquelles il faudrait arbitrer, de même qu'il faudrait arbitrer entre médicalisation et socialisation de la problématique de la dépendance, ainsi que de celle de la fin de vie. L'idéal serait d'avoir à la fois une unité de commandement et un système récompensant les bonnes pratiques, mais un tel volontarisme signifierait un profond bouleversement de notre offre de soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'ai été frappée de ce que dit le rapport de la Cour sur l'absence de contrôle de la qualité du service rendu, tant à domicile qu'en hébergement, alors même que la nouvelle tarification devait permettre de mieux prendre en compte cette dimension. Plus de coordination est évidemment souhaitable, et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont beaucoup apporté, de ce point de vue, dans certains endroits – mais pas dans tous. Peut-on utiliser l'arme de la fiscalité pour aider à l'organisation du secteur ? Peut-être, mais la loi Borloo, qui vise à multiplier les emplois de services, va encore compliquer les choses, car il y a ambiguïté, voire contradiction entre le développement de ces emplois et la recherche de la qualité. Vous l'aviez d'ailleurs bien vu, M. le Premier Président, quand vous étiez ministre des affaires sociales, et l'étude d'exemples étrangers nous serait utile.

Il y a également une question plus technique, que la Cour a soulevée et que nous devons relayer. Une partie de la réforme de la tarification est liée au glissement financier d'une partie des soins de ville vers la médicalisation des établissements, mais nous n'avons aucune information précise là-dessus. Avec le recul, je me demande si c'était, du point de vue de la qualité de la prise en charge, une très bonne idée.

Mme Rolande Ruellan : Il y a sans doute aussi des économies à faire. Or, on a fait, je le dis comme je le pense, divers cadeaux aux groupes de pression, sur le forfait global et le forfait partiel, ou du fait que les médicaments ne sont pas compris dans le forfait lorsqu'il n'y a pas de pharmacie à usage intérieur. C'est en partie à cause de petites choses comme celle-là que les dépenses d'assurance maladie ont dérapé par rapport à ce qui était prévu.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Sans doute, mais dans certaines maisons de retraite, la prise en charge de certains traitements très coûteux est difficile en cas de forfait global. Il faudrait d'ailleurs aborder plus franchement le problème de la consommation de médicaments par les personnes âgées, surtout à la lumière des chiffres fournis par le rapport de la Cour, qui indiquent qu'entre 10 000 et 18 000 personnes, âgées ou non, meurent chaque année d'une surconsommation ou d'une erreur de prescription – et ce aussi bien à domicile qu'en hébergement, en dépit de la présence de médecins et de soignants !

M. Jean-Marie Le Guen : En dépit de cette présence ou à cause d'elle.

M. Pierre Morange, coprésident : Le médicament sera l'un des thèmes d'étude de la MECSS en 2007, et nous analyserons notamment les comportements des consommateurs comme des prescripteurs.

Sans vouloir déflorer le rapport que la Cour rendra public en janvier, quelle impression d'ensemble retire-t-elle des débuts du fonctionnement de la CNSA ?

M. Philippe Séguin : Formellement, le Premier ministre nous a demandé de vérifier que l'argent du lundi de Pentecôte était bien parvenu jusqu'à la Caisse. Il semble que tel soit bien le cas. Pour le reste, le rapport est en cours d'élaboration, et je m'interdis d'aller plus loin.

Pour apporter une petite touche d'exotisme, je voudrais dire un mot du rapport, déjà paru, de la Cour sur l'immigration. Les décennies qui viennent seront marquées par une très forte poussée de l'immigration de main-d'œuvre, répondant à des besoins exprimés de façon pressante par la quasi-totalité des pays de l'Union européenne, et se chiffrant en dizaines de millions de personnes. La question que la Cour s'est posée, et à laquelle a réfléchi la 5^e chambre présidée par M. Carrez, est celle de savoir si cette ponction sur les pays d'origine est compatible avec le maintien de leur capacité de développement. Il y a de nouvelles formes de coopération à inventer, auxquels les pays en question, ceux du Maghreb notamment, réfléchissent d'ailleurs de leur côté, et l'une des choses qu'ils prévoient très expressément, par exemple, est d'accueillir sur leur sol une partie de nos personnes âgées dépendantes, dans la mesure où ils ont un système médico-social relativement développé et où leurs coûts sont sans commune mesure avec ceux que nous pratiquons. C'est une dimension dont il nous faudra tenir compte.

M. Jean-Marie Le Guen : La France siphonne à son profit les deux tiers des médecins d'Afrique francophone, ce qui entrave fortement le développement du système de santé dans ces pays.

Mme Rolande Ruellan : Pour répondre à Mme la Rapporteure, la Cour a travaillé, il y a plusieurs années, sur la consommation médicamenteuse des personnes âgées et a relevé que les laboratoires ne font pas d'essais sur des patients âgés, de sorte que certains produits sont potentiellement dangereux pour eux.

M. Jean-Louis Beaud de Brive : Il y a un acteur de la prévention dont on n'a presque pas parlé : c'est la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). Or elle en fait de plus en plus, notamment en direction des personnes en GIR 5 et 6, qui sont les moins dépendantes.

M. Pierre Morange, coprésident : Il est démontré qu'une vraie politique de prévention des maladies cardio-vasculaires recule l'âge d'entrée en établissement et raccourcit les durées de prise en charge.

M. Jean-Marie Le Guen : Le rôle de la CNAVTS est-il d'être un nouvel acteur des politiques de prévention ?

M. Philippe Séguin : Cela n'améliorerait pas forcément la lisibilité du système.

M. Pierre Morange, coprésident : Une des préconisations de notre premier rapport était de spécialiser chacun des acteurs dans son domaine de compétences, en tablant sur la mutualisation des énergies pour obtenir une optimisation du résultat.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je reviens sur la proposition de la Cour de créer le véritable outil de prospective qui, actuellement, n'existe pas. J'avais proposé, dans mon rapport au Premier ministre, la création d'un institut national du vieillissement, ayant vocation à faire de la prospective à la fois dans le champ médical, dans le champ financier, dans celui de la prise en charge sur le terrain, etc. Ce sont les scientifiques et le ministère de la recherche qui s'y sont opposés, car ils voulaient tout centrer sur la génétique. Et l'on voit bien le mal qu'ont eu et qu'ont encore les gériatres pour se faire une place dans les CHU ! Il faut souhaiter que la CNSA sera un lieu où l'on pourra réfléchir à l'ensemble de ces questions, mais je crains un peu qu'elle ne privilégie l'organisationnel plutôt que la prospective.

M. Jean-Marie Le Guen : Il faut certes une recherche transversale associant sciences sociales et sciences biologiques, mais attention à ne pas empiler sans cesse de nouvelles structures ! Sommes-nous capables de créer une sorte de « tour de contrôle », un organisme de mission capable de susciter et de financer des actions de recherche sans se transformer à brève échéance, comme c'est souvent le cas en France, en un organisme gestionnaire ?

M. Pierre Morange, coprésident : Mesdames, messieurs, je vous remercie. Je remercie notamment M. le Premier Président d'avoir évoqué cette perspective de coopération Nord-Sud, qui permettrait peut-être d'en finir avec un cercle vicieux mortifère pour le continent africain.

*

Audition de M. François Carayon, sous-directeur de la 6^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. François Carayon, sous-directeur de la 6^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, à M. Guillaume Gaubert, chef du bureau comptes sociaux et santé, et à M. Pierre Houpiqian, administrateur civil au même bureau.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pouvez-vous préciser la fiscalité - taxe sur les salaires, taxe professionnelle, TVA, taxe foncière, taxe d'habitation, impôt sur les sociétés – actuellement applicable aux établissements, selon le type d'établissement ? Pouvez-vous d'autre part nous dire de quels moyens vous disposez pour évaluer si l'ensemble des ressources affectées à la dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes est effectivement orienté vers son objet ?

M. François Carayon : Je pense utile de rappeler que la direction du budget n'est qu'une des directions du ministère des finances et qu'elle a une approche globale des dépenses. Cette direction, qui n'est pas un service gestionnaire, n'a pas la tutelle de premier rang sur les établissements – celle-ci appartient au ministère de la santé – et pas davantage de service statistique. Enfin, ses attributions sont différentes de celles de la direction de la législation fiscale et de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

S'agissant des masses financières en jeu, nous vous avons transmis des tableaux de synthèse. Je saisis l'occasion qui m'est donnée pour saluer le travail accompli par la Cour des comptes. La Cour a évalué à 15 milliards d'euros les dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes en 2003, et le poids de la dépense fiscale en faveur des personnes âgées dépendantes ou non à 6,7 milliards d'euros cette année-là. Toutefois, ni l'abattement correspondant aux impôts locaux, ni celui relatif à la redevance télévisuelle, ne sont inclus dans ce montant. Autrement dit, seule est envisagée la dépense fiscale de l'État, ce qui est une vision restreinte.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : À quoi correspond concrètement la dépense fiscale de l'État ?

M. François Carayon : Aux exonérations liées à l'emploi d'un salarié à domicile, au taux réduit de TVA sur les équipements et à la réduction d'impôt particulière pour les établissements spécialisés. Nous avons recensé une grande partie des dépenses dans la mission « Solidarité et intégration » du projet de loi de finances pour 2006. Ce recensement recoupe pour une large partie celui de la Cour des comptes, en actualisant les données. Toutefois, le périmètre choisi par la Cour est un peu plus large que le nôtre. Je suis certain que nos collègues de la direction de la législation fiscale seraient en mesure de vous répondre de manière plus précise que je ne le puis, mais je n'éluderai pas votre question de fond, qui porte sur l'appréciation globale du dispositif. La Cour des comptes, s'interrogeant sur le point de savoir si ces dépenses fiscales bénéficient bien aux personnes âgées dépendantes, remarque à bon droit que le bénéfice de la dépense va à l'ensemble des personnes âgées sans ciblage précis des personnes dépendantes et souligne d'autre part que, puisque la dépense fiscale se traduit par un abattement, il n'y a pas non plus de fléchage vers les personnes à faibles revenus. Toutefois, une évolution s'est dessinée avec l'exonération de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de l'impôt sur les revenus et l'instauration, dans le cadre de la loi Borloo du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, d'un crédit d'impôt au titre des aides financières versées par les comités d'entreprise pour les emplois à domicile. L'analyse de la Cour n'en demeure pas moins incontestable : il n'y a pas de ciblage majoritairement dirigé vers la dépendance. S'agissant de la dépense fiscale, nous ne disposons ni d'indicateur d'efficacité, ni de mesure d'impact sinon au cas par cas, dans le cadre d'études. Sur ce point également, votre mission pourrait se tourner avec profit vers la direction de la législation fiscale.

M. Pierre Morange, coprésident : Je retiens de vos propos l'insuffisance des outils de mesure, ce qui contredit la philosophie de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Il faudra manifestement progresser sur ce point.

M. François Carayon : L'apport essentiel de l'analyse de la Cour des comptes est son approche transversale, dont l'intérêt est autrement plus marqué que lorsque l'on doit se contenter d'études compartimentées.

M. Pierre Morange, coprésident : La Cour a cependant pointé l'absence d'évaluation. J'aimerais connaître votre sentiment sur les suggestions faites par la Fédération

hospitalière de France devant notre mission, relatives à l'exonération de la taxe sur les salaires et à la pérennisation du taux de TVA réduit pour les travaux de rénovation. Cela relève bien sûr d'une décision politique, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez sur le plan strictement technique.

M. François Carayon : L'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 tend à affecter 95 % de la taxe sur les salaires aux régimes sociaux pour compenser les allègements de cotisations. On assiste donc au retour vers la sécurité sociale de la quasi-intégralité du produit de cette taxe, ce qui doit être souligné. Je rappelle d'autre part que, dans une logique d'équité, cette taxe est payée par les établissements qui ne sont pas soumis à la TVA. Et comme c'est une ressource extrêmement importante pour les organismes publics, on voit mal la collectivité nationale s'en priver d'autant que, comme je l'ai rappelé, son produit revient dans la sphère sociale.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Votre direction s'est-elle penchée sur les moyens de clarifier les compétences en matière d'investissement ? Quels dispositifs fiscaux pourrait-on concevoir pour alléger la part de l'investissement dans le prix de journée ?

M. François Carayon : La Cour des comptes a en effet constaté la dispersion des compétences, d'autant plus marquée dans ce domaine que coexistent les champs médico-social et sanitaire. L'approche retenue pour la prise en charge des personnes âgées étant de partir des besoins de la personne et de procéder à une évaluation au plus près, il s'en est suivi des cloisonnements.

Deux schémas sont donc possibles. Le premier consiste à distinguer le médico-social du sanitaire et à tracer la frontière la plus étanche possible, le second de considérer l'ensemble du parc comme une offre médico-sociale et sanitaire globale. Se pose alors la question de la responsabilité et de la place respective des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des préfets. Les pouvoirs publics se sont efforcés, à juste titre, de rapprocher ces différents acteurs, car on ne peut qu'être frappé par le constat de l'assurance maladie selon lequel 18 % des journées d'hospitalisation en lits de médecine concernent des personnes qui relèvent bien davantage du secteur médico-social. Autant dire que cet hébergement ne devrait pas être fait à l'hôpital, au prix de journée de l'hôpital. Il y a là une très importante marge de redéploiement des moyens, qui devrait tendre à créer des lits adaptés aux besoins des personnes âgées tout en faisant face au défi financier de la médicalisation. La nécessaire restructuration du parc signifie qu'une meilleure coopération entre les agences régionales de l'hospitalisation et les préfets doit être de rigueur. Dans cette optique, on pourrait même tout faire pour accroître le poids des ARH, afin d'intéresser l'ensemble des acteurs concernés à la transformation des lits d'hospitalisation soit en lits médicalisés soit en soins de suite. Par « acteurs intéressés », j'entends les patients, les établissements, les collectivités et les personnels ; tous y gagneraient.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ces propositions figurent-elles dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) en cours de négociation avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ? Existe-t-il par ailleurs, au ministère du budget, un groupe de travail sur les questions de fiscalité et d'investissement des établissements ?

M. François Carayon : On peut, effectivement, utiliser la COG comme levier pour réaffecter les moyens, en accroissant l'intervention de l'assurance maladie. Mais cela passe par la réorganisation de l'administration sanitaire et sociale. Je fais partie du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et je suis frappé de constater que les parlementaires qui

y siègent souhaitent que l'on travaille sur l'ensemble du champ hospitalier. On en arrivera rapidement à s'interroger sur l'interaction avec le domaine médico-social.

M. Pierre Morange, coprésident : Si je vous entends bien, la COG en cours de négociation ne contient à ce jour aucune mesure précise concernant la nécessaire réaffectation de 18 % des journées d'hospitalisation. Quelles sont donc les orientations privilégiées dans une COG qui devrait constituer un ensemble de mesures concrètes ?

M. François Carayon : Le projet de COG de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est entièrement consacré au médico-social, mais des liens sont prévus avec la CNAMTS pour favoriser les échanges d'informations relatives au suivi médico-social. Il est exact qu'à ce jour, rien n'est dit des lits d'hospitalisation occupés pour un autre objet que celui qui devrait être le leur.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais qui élabore donc les critères de la COG ? Il me semblerait pour le moins curieux que l'organisme sous tutelle détermine ses propres orientations !

M. François Carayon : La négociation d'une COG se fait en plusieurs étapes. Elle commence par une discussion entre l'organisme considéré et notre direction sur la méthodologie et les axes stratégiques et se poursuit par la rédaction d'un projet de convention par l'organisme concerné, projet auquel nous réagissons. En l'espèce, nous avons réagi au projet qui nous a été présenté au conseil d'administration du 11 octobre dernier en écrivant à la CNSA que cette première version devait être complétée.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela signifie-t-il que vous avez formulé des recommandations tendant à enrichir ou à réorienter ce projet ?

M. François Carayon : Les échanges que nous avons aujourd'hui devraient nous permettre de l'enrichir.

M. Pierre Morange, coprésident : Sans doute, mais quels sont les axes directeurs actuels du projet de COG en cours de négociation ?

M. François Carayon : De notre point de vue, la COG doit porter sur le pilotage financier des établissements, sur l'accompagnement des départements dans la mise en œuvre de la politique de l'autonomie - qu'il s'agisse des normes ou de la définition des enveloppes - et sur la diffusion des bonnes pratiques de gestion et de prise en charge dans le cadre de la décentralisation.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela vous amène-t-il à réfléchir sur les moyens de dégager des marges de manœuvre budgétaire et sur les gisements d'économies possibles, avec l'objectif d'accroître le ratio coût/efficacité pour réaffecter les sommes ainsi débloquées en faveur des plus défavorisés ?

M. François Carayon : Il est vrai que des indicateurs pointant les écarts, qu'il s'agisse du nombre de places créées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par euro dépensé, ou du coût de revient en investissement ou en fonctionnement - tout en tenant compte des spécificités locales -, ne manqueraient pas d'intérêt, aussi bien pour les gestionnaires d'établissements que pour ceux qui les contrôlent. La CNSA collecte ces données et les fera apparaître. Le quatrième axe qui doit se traduire dans la COG est précisément la mise en place par la CNSA d'un système d'information. Il y a là un vaste champ d'action qui montre tout l'intérêt du rôle de coordination dévolu à la Caisse.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Si l'on demande trop à la CNSA, elle va craquer ! Étant donné les gigantesques sommes en jeu, je suis surprise qu'aucun service du ministère des finances ne soit chargé d'accompagner les départements. Il y a pourtant là une responsabilité collective de l'administration et des politiques. Il ne me semblerait pas cohérent que la CNSA se trouve chargée d'établir un dispositif statistique qui, de par sa nature même, pourrait être pris en charge par les différents ministères intéressés.

M. François Carayon : Chacun est frappé par le grand nombre d'acteurs du dispositif institutionnel. Si chacun travaille dans son coin, il a peu de moyens propres. Tout l'intérêt de la CNSA est qu'elle peut être utilisée comme un outil pivot pour faire remonter les informations et contribuer ainsi aux choix stratégiques. Mais cela suppose en effet la coordination des administrations. A cet égard, le groupe de travail constitué dans le cadre de ce qui était encore le Commissariat général du Plan sera d'une aide très précieuse, car tous les acteurs y sont représentés pour traiter des perspectives démographiques et des modalités de prise en charge. Mais c'est là un travail de fond qui diffère du travail quotidien.

Mme Paulette Guinchard, rapporteure : Le ministre a annoncé que 180 millions d'euros du budget de la CNSA pour 2006 seraient affectés aux réserves au lieu d'être dépensés. Pourquoi ?

M. François Carayon : Le budget primitif de la CNSA est parfaitement transparent. Compte tenu de la programmation pluriannuelle de créations de places, nous pouvons profiter que des sommes ne soient pas affectées pour définir à quoi elles serviront au cours des années à venir. Il n'est pas choquant que la dépense n'ait pas lieu en 2006 si elle est faite plus tard puisque, chaque année, il faudra créer des places supplémentaires, en fonction de ce qui aura été défini dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social. Mais je n'ai pas qualité pour interpréter les déclarations du ministre.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je ne suis pas convaincue par le bien fondé de l'accumulation de réserves alors que des besoins précis sont insatisfaits et que les personnes âgées concernées ne vivront pas longtemps.

M. François Carayon : On ne peut nous reprocher une approche financière tendant à assurer la montée en charge de la dépense dans la durée.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Notre mission recommandera que chaque ministère concerné se dote d'une unité de prospective relative aux personnes âgées. La France n'est pas préparée à prendre en charge sa population vieillissante ; le constat de la Cour des comptes à ce sujet est très juste.

M. François Carayon : J'insiste à nouveau sur la nécessité de la collégialité ; chaque ministère ne doit pas travailler dans son coin, tous doivent travailler ensemble. À cet égard, je tiens à souligner que nous n'entendons aucunement nous substituer au ministère des affaires sociales, qui a la compétence technique.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie. Sachez que notre mission est très attentive à toute suggestion visant à rationaliser la dépense, à optimiser les moyens, à repérer les gisements d'économies latentes et à simplifier le dispositif.

M. François Carayon : Dans cette optique, nous souhaitons que la négociation de la prochaine COG de la CNAMTS soit l'occasion de faire prendre à cet organisme des engagements précis quant à son mode de travail avec la CNSA. C'est un élément

déterminant, car tous les exemples étrangers montrent qu'il faut parvenir à dépasser le clivage entre domaine sanitaire et domaine médico-social.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous en sommes convaincus.

*

Audition de Mme Myriam Revel, sous-directrice en charge de l'organisation du système de soins à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des solidarités

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à Mme Myriam Revel, sous-directrice en charge de l'organisation du système de soins à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère de la santé et des solidarités, à M. Michel Gentile, chef du bureau de l'organisation de l'offre régionale de soins et des publics spécifiques, et à M. Marc Bourquin, responsable du pôle « allocation budgétaire » du département des établissements et services médico-sociaux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. M. Marc Bourquin, auparavant chef du pôle « personnes âgées » à la sous-direction des finances de la direction de l'hospitalisation, assure la transition entre la DHOS et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Qu'en est-il de la conception et de la définition des soins de longue durée après que la loi du 11 février 2005 a chargé la CNSA de la répartition des dotations aux unités de soins de longue durée (USLD) ? Peut-on évaluer la proportion respective des personnes âgées en unité de soins de longue durée qui relèvent de soins médicaux au long cours et de celles relevant d'une prise en charge médico-sociale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Dans quelle mesure les USLD peuvent-elles devenir des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et être soumises aux mêmes règles tarifaires ? Les USLD peuvent-elles conserver leur statut sanitaire en choisissant le conventionnement ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comment distinguer les besoins respectifs des personnes à accueillir en USLD et de celles qui vont en maison de retraite ? Combien d'agents de la DHOS sont chargés du dossier des personnes âgées ?

Mme Myriam Revel : Je vous transmets les excuses de M. Jean Castex, directeur de la DHOS, empêché. La prise en charge des personnes âgées et son intégration dans l'organisation des soins est, pour la DHOS, le premier des enjeux. A l'organisation des soins, on trouve M. Michel Gentile et une directrice d'hôpital. À la sous-direction financière, le poste qu'occupait M. Marc Bourquin n'est pas pourvu à ce jour ; d'autres agents travaillent sur cette question, mais pas à plein temps ; ils traitent aussi, par exemple, de la tarification à l'activité. Mais une mission de « suivi de la politique gériatrique » confiée aux professeurs Claude Jeandel et Pierre Pfitzenmeyer et à M. Philippe Vigouroux a été installée auprès du ministre. C'est pour nous un renfort de qualité, tout comme celui que nous apporte M. Dominique Deroubaix. Nous travaillons également avec des gériatres et des directeurs d'hôpital.

Par ailleurs, pour accompagner la redéfinition des USLD votée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avec un calendrier très contraint, l'Inspection générale des affaires sociales a confié à M. Michel Thierry mission de coordonner l'administration et les organismes – CNSA et CNAMTS –, ce qui nous permettra de faire le partage entre les établissements qui seront transformés en établissements

médico-sociaux au vu des besoins des personnes qui y sont accueillies et ceux qui doivent pour partie garder une USLD sanitaire pour prendre en charge les patients dont l'état de santé requiert une surveillance médicale permanente. Il s'agit d'une mission d'accompagnement d'un an. Le groupe de travail placé sous l'autorité de M. Michel Thierry élabore le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comment, donc, distinguer les besoins respectifs des personnes qui doivent être accueillies en USLD et de celles qui vont en maison de retraite ?

M. Michel Gentile : C'est un peu compliqué, car il faut tenir compte à la fois de la dépendance et de l'éventualité d'une polypathologie chronique susceptible de décompensation, mais l'on parvient très bien à faire la distinction en s'appuyant sur la base de données nationale ERNEST. Il va sans dire que le choix des critères et des outils ne sont pas neutres dans la définition de la répartition entre USLD et EHPAD.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il m'intéresserait de savoir comment les autres pays ont fait la part de ce qui relève du sanitaire et de ce qui relève de la dépendance, car j'ai le sentiment profond que nous sommes en train de monter une usine à gaz et que, selon les critères retenus, les enjeux de financement seront très différents pour les personnes âgées, l'assurance maladie et les départements.

Mme Myriam Revel : Le financement relève de l'assurance maladie pour la partie « soins », quelque soit le statut de l'établissement. On souhaite maintenir le conventionnement tripartite ; on souhaite aussi que la redéfinition soit neutre pour les personnes concernées et leur entourage.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Qu'en sera-t-il de la prise en charge des personnes âgées de moins de soixante ans atteintes de polyopathologies et qui se trouvent dans un état de fragilité extrême ?

Mme Myriam Revel : La redéfinition tiendra compte des personnes âgées de moins de soixante ans qui ont besoin de soins lourds.

M. Michel Gentile : Il s'agit le plus souvent des séquelles de traumatismes crâniens et du décours des affections neurologiques. La redéfinition prendra en compte les pathologies instables ou potentiellement instables. Il faut savoir que la France ne compte que 1 500 médecins généralistes ayant la capacité de gériatrie et moins de 100 gériatres. C'est très peu. On les trouve pour quelques-uns installés en ville, mais ils exercent essentiellement dans les hôpitaux. Aussi les EHPAD éprouveront-ils des difficultés dans la prise en charge des patients à pathologies lourdes avec un risque de décompensation, qui requiert un plateau technique minimum. C'est tout l'intérêt de la mission Thierry, chargée de définir des coupes transversales.

M. Marc Bourquin : La séparation entre le volet sanitaire et le volet médico-social simplifiera le financement. Elle est nécessaire car le paramétrage actuel des ressources ne permet pas la prise en charge des pathologies à risque de décompensation. Pour répondre à la question de M. le Président, oui, les USLD peuvent conserver leur statut sanitaire en choisissant le conventionnement. À ce jour, 50 % sont conventionnés et une petite fraction seulement a choisi, à l'occasion du conventionnement, la fusion avec les maisons de retraite gérées par les hôpitaux : cela concerne 5 000 places sur 37 000 places conventionnées.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont-elles accompagné le mouvement ?

M. Marc Bourquin : C'est très variable selon les régions.

Mme Myriam Revel : Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération ont précisément pour mandat de resserrer les liens.

M. Pierre Morange, coprésident : En théorie, certes, mais la pratique reste à démontrer. Il est proposé de rapprocher la population qui a vocation à être en EHPAD et celle qui doit être accueillie en USLD renforcée. Puisqu'elles sont dans l'enceinte hospitalière, ne peut-on envisager une réflexion sur l'organisation des hôpitaux, avec des services de médecine interne plus polyvalents et ayant une compétence gérontologique ? Des USLD pourraient ainsi être transformés en EHPAD hospitaliers. De telles passerelles permettraient de prendre en charge la polypathologie tout en tenant compte des contraintes financières.

Mme Myriam Revel : L'un des nouveaux points les plus intéressants du dispositif est que la répartition entre EHPAD et USLD requiert la décision conjointe du préfet et de l'ARH, ce qui suppose le diagnostic commun de l'organisation de la gradation de la prise en charge. Préfets et directeurs d'ARH n'auront donc pas le choix : ils devront travailler ensemble sur la base de coupes transversales et se mettre d'accord. Pour ce qui est de la polyvalence, le choix a été fait de développer les courts séjours dans les établissements hospitaliers ; c'est un choix fort.

Deux hypothèses étaient concevables : augmenter les services de médecine polyvalente où accueillir les personnes âgées, ou bien renforcer la gériatrie en constituant des équipes mobiles devant pouvoir s'appuyer sur des services de court séjour gériatrique. C'est celle qui a été retenue, et la dynamique progresse. Là où l'on ne pourra créer de tels services faute de gérontologues en nombre suffisant, il faudra absolument que des gériatres extérieurs puissent venir faire des consultations et former les équipes. Il faut donc raisonner à l'échelle des territoires de santé, ce qui est l'enjeu des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, pour faire le lien entre le médico-social et le sanitaire. La dotation nationale de développement des réseaux finance déjà 61 réseaux mais le recul manque pour une première évaluation. Nous élaborons avec le professeur Claude Jeandel « le cahier des charges de la prise en charge », et le recours à la compétence gériatrique est au cœur de ce projet. La direction générale de l'action sociale (DGAS) est associée à tous ces travaux.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La Cour des comptes ayant dressé, pour la première fois, un bilan complet de la situation, elle fait des constats très durs et donne des pistes de réflexion, observant qu'il faut en passer par un niveau d'encadrement, ce qui n'est pas le cas à ce jour. Cela sera-t-il fait ? Par ailleurs, dans le cadre de la redéfinition, pensez-vous nécessaire de faire évoluer le dispositif d'investissement concernant les EHPAD ? De qui, selon vous, relève la compétence en ce domaine ? Travaillez-vous à une autre répartition de la dépense ?

M. Marc Bourquin : De fait, dans le prix de l'hébergement, la dépense d'investissement pèse pour 92 % sur l'utilisateur ou ses obligés alimentaires, proportion particulièrement élevée si on la compare à ce qui se pratique à l'étranger. Ainsi, le prix de journée moyen est de 30 euros en Belgique et de 55 euros en France.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Des éléments de comparaison plus fournis avec les autres pays européens nous seraient utiles.

M. Pierre Morange, coprésident : À quoi attribuez-vous cette différence ? Au coût du travail ? Aux aides publiques à l'investissement ?

M. Marc Bourquin : La définition des tâches n'est pas tout à fait la même. Je rappelle par ailleurs que, dans la configuration française actuelle, lorsque l'hébergement suppose une aide sociale, c'est le département qui est en première ligne.

J'étais déjà dans la salle lorsque vous auditionniez M. François Carayon, et je vous ai entendus l'interroger sur les déclarations du ministre relatives aux réserves de la CNSA en 2006. Je précise à ce sujet qu'en raison d'un décalage purement conjoncturel, la CNSA ne pourra dépenser les 800 millions d'euros qui reviennent aux personnes âgées. 500 millions d'euros de réserves ont déjà été affectés par le plan de M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, à raison de 350 millions pour les personnes âgées et de 150 millions pour les personnes handicapées. Ces montants, importants au regard de ce qui était prévu dans les contrats de plan – dix fois moins – seront affectés aux établissements agréés à l'aide sociale, l'objectif étant de susciter l'effet de levier le plus important possible et de faire ce qui, sans cela, ne se serait pas fait.

La réflexion doit donc porter sur le périmètre et sur les clefs de répartition. D'ailleurs, l'un des problèmes qui ont conduit à la réforme de la tarification, c'est que l'allocation pour soins se fait en fonction du niveau de dépendance et non du besoin de soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je demeure perplexe devant ce que je considère être l'édification d'une usine à gaz. Je sais que le choix des dispositifs de mesure se pose partout mais les nôtres sont remarquables par leur complexité et leur lourdeur ! Avez-vous évalué les besoins en matière d'investissement et de taux d'encadrement à venir, tous éléments qui ont une incidence sur le montant du « reste à charge » ?

M. Marc Bourquin : Il n'existe pas d'étude globale sur le coût d'une place en établissement, dont on sait qu'il est évalué à 120 000 euros en Île-de-France et à 80 000 euros ailleurs. S'agissant du taux d'encadrement, il est très difficile de l'imaginer uniforme. En effet, dans un EHPAD classique où vivent des personnes âgées certes dépendantes mais qui n'ont que peu de troubles psychiques, on peut accepter un taux d'encadrement plus faible que si la population concernée est majoritairement atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quels outils ont utilisé les autres pays européens ?

M. Marc Bourquin : On peut les rassembler en plusieurs groupes. Dans les pays du Sud, le maintien à domicile a un très grand rôle. Dans les pays scandinaves, où l'approche est très institutionnelle, les ressources de l'assurance maladie ont été très fortement accrues et l'on compte presque un agent par personne en établissement, ce qui se retrouve dans les comptes publics.

La complexité de la réforme s'explique par l'approche retenue, qui était de n'avoir que des gagnants. Si des « béquilles » sont venues compliquer le dispositif, c'est pour éviter qu'aucun établissement ne perde des ressources. J'observe que le conventionnement tripartite a permis d'accroître de 40 % en moyenne le taux d'encadrement par la création de

6,5 postes de personnel soignant, en moyenne toujours. Ce n'est pas assez, mais ce n'est pas négligeable, d'autant que c'est là où les ressources étaient les plus faibles que les créations sont les plus nombreuses.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Faites-nous savoir quels types d'établissement ont le plus profité de la réforme.

M. Marc Bourquin : Nous vous le dirons.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quel sentiment vous inspirent le rapport de la Cour des comptes et les critiques qu'il contient ?

Mme Myriam Revel : Ces critiques sont, pour la plupart, liées au mode de financement des EHPAD.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Elles portent aussi sur la qualité du service rendu à domicile.

Mme Myriam Revel : C'est un problème majeur qui est soulevé là, et qui relève plutôt de la DGAS. Mais nous en tenons compte par la création des réseaux. C'est une réponse en soi, puisqu'il s'agit d'éviter l'isolement des intervenants et d'améliorer la qualité de la prise en charge par des formations qui augmentent leur niveau de compétence.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La Cour pose clairement la question de la coordination.

Mme Myriam Revel : Au centre local d'information et de coordination (CLIC) de Plaisir, on note une très forte implication du conseil général. Cela a eu une incidence flagrante sur la gestion des effets de la canicule ; tous les intervenants se connaissant, une coordination parfaite s'est mise en place. Il faut donc prévoir des temps de travail en commun et des cahiers de synthèse laissés au domicile des personnes suivies. Sans aucun doute, les choses sont compliquées par l'entrecroisement des compétences entre l'assurance maladie et le département, mais des exemples existent qui montrent que cela peut fonctionner. À nous de travailler pour faciliter la tâche des différents acteurs ; si une volonté conjointe se manifeste, cela doit pouvoir se faire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je partage votre point de vue, mais force est de constater que notre système de décision ne tient pas compte de ces questions de fond.

S'agissant du lien entre volet médico-social et volet sanitaire, quel rôle jouent les établissements médico-sociaux ?

Mme Myriam Revel : A Plaisir, l'EHPAD est associé au CLIC, ce qui devrait être la norme puisque, comme la loi en dispose, les SROS de troisième génération prévoient des conférences sanitaires rassemblant élus, usagers, établissements de santé, professionnels libéraux et personnels médico-sociaux.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie. Sachez que notre mission examine avec intérêt toutes les suggestions qui lui sont faites.

AUDITIONS DU 15 DÉCEMBRE 2005

Audition de M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), accompagné de M. Jacques Portier, directeur de la santé à la CCMSA, de M. Gérard Soumet, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes à la CCMSA et de Mme Maryse Aïo, directrice adjointe de la Coopérative d'échange de ressources en ingénierie sociale (CERIS)

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avant de commencer les auditions sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, j'indique, qu'en application de l'article LO 111-9-3 du code de la sécurité sociale, les préconisations de la MECSS, figurant dans le rapport présenté par M. Jean-Pierre Door, sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale ont été notifiées, le 24 novembre dernier, par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, les coprésidents de la MECSS et le rapporteur, au Gouvernement, et plus précisément à MM. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Thierry Breton, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et Jean-François Copé, ministre délégué au budget et à la réforme de l'État, porte-parole du gouvernement.

En application du même article, les préconisations de la MECSS ont été également notifiées aux présidents des conseils d'administration et directeurs des caisses et organismes nationaux du régime général de sécurité sociale, c'est-à-dire la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF, l'ACOSS et l'UCANSS.

Les différents destinataires sont tenus d'y répondre dans un délai de deux mois. Il a été demandé à chacun d'entre eux de fournir, pour chacune des préconisations de la MECSS, des réponses précises, avec indication, le cas échéant, des moyens et du calendrier de mise en œuvre.

La MECSS, qui a une mission de contrôle permanent, sera très attentive aux réponses qui seront apportées.

Par ailleurs, je rappelle que, dans sa réunion du 7 décembre 2005, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a, sur proposition de la MECSS, retenu trois thèmes d'étude pour la Mission en 2007 :

1. La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ;
2. Les affections de longue durée ;
3. Le bilan et les perspectives du régime général d'assurance vieillesse.

Dans cette perspective et en application de l'article 47-1 de la Constitution, une demande d'enquêtes préalables sur ces trois sujets a été adressée à la Cour des comptes. Il lui a été en particulier demandé de procéder à des comparaisons internationales afin d'identifier les meilleures pratiques.

Enfin, j'indique qu'en raison de la période de suspension des travaux de l'Assemblée nationale à l'occasion des fêtes de fin d'année et de la nouvelle année – que je souhaite bonnes à toutes et à tous –, les prochaines auditions publiques de la MECSS auront

lieu le 19 janvier 2006. Nous poursuivrons nos travaux sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées.

J'ai maintenant le plaisir d'accueillir M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), que la MECSS a déjà entendu le 12 mai dernier sur son premier thème d'étude.

Je souhaite également la bienvenue aux collaborateurs qui l'accompagnent :

– M. Jacques Portier, directeur de la santé à la CCMSA,

– M. Gérard Soumet, directeur de l'action sanitaire et sociale et des et des services aux personnes à la CCMSA,

– et Mme Maryse Aïo, directrice adjointe de la Coopérative d'échange de ressources en ingénierie sociale (CERIS) qui fédère le réseau d'associations – créé par la MSA – qui interviennent dans le champ social et médico-social.

Je vous remercie pour les documents que vous nous avez fournis, que nous avons étudiés avec intérêt. Je vous rappelle que nous travaillons plus particulièrement sur le coût de l'hébergement, et plus précisément sur le reste à charge des personnes âgées, et sur la qualité de l'hébergement. Nous nous posons notamment la question du lien entre social, médico-social et sanitaire et il semble que vous puissiez nous aider dans notre réflexion à ce propos. Peut-être nous sera-t-il également possible de nous intéresser à la qualité et aux formes de prise en charge que vous privilégiez.

Je commencerai donc par vous poser quatre questions.

Premièrement, les études externes que la MSA a fait réaliser montrent que la durée de séjour dans les maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) est plus élevée que dans d'autres structures d'accueil. Les personnes âgées peuvent-elles rester et restent-elles dans ces structures jusqu'à la fin de leur vie ?

Deuxièmement, le principe assumé par la MSA selon lequel les MARPA ne sont pas médicalisées ne vaut-il pas que pour des résidents dont le niveau de dépendance est relativement faible ? Qu'en est-il des personnes désorientées, atteintes de troubles cognitifs ? Avez-vous envisagé de créer des MARPA spécialisées ?

Troisièmement, pouvez-vous préciser dans quel contexte certains conseils généraux appliquent la réglementation « APA (allocation personnalisée d'autonomie) en établissement » plutôt qu'« APA à domicile » ?

Enfin, pouvez-vous nous préciser les contraintes auxquelles vous faites référence en ce qui concerne une éventuelle habilitation à l'aide sociale des MARPA ?

M. Yves Humez : Je vous remercie pour votre invitation. Je me suis entouré de spécialistes qui apporteront des réponses précises à vos questions.

Je rappelle que nous sommes particulièrement intéressés par la réflexion que vous menez, d'autant que la structure d'âge de notre public nous amène peut-être à rencontrer des difficultés plus rapidement que les autres établissements.

Nous comptons désormais 117 MARPA, et une soixantaine de projets sont en cours. Ces maisons illustrent parfaitement notre souci permanent de ne pas lancer les choses d'en haut mais de répondre à la demande qui nous vient du bas.

M. Gérard Soumet : Nous suivons avec une attention particulière la question de la fin de vie dans les MARPA, dans le cadre d'une action que nous avons engagée depuis plusieurs années et qui consiste à les mettre en réseau au fur et à mesure de leur création. C'est ainsi qu'a été constituée la CERIS, la coopérative nationale dont Mme Maryse Aïo assure l'animation. Cela permet aux MARPA de partager les informations sur des questions aussi fondamentales que la coordination et l'évolution des structures dans le temps.

Nous constatons en effet que beaucoup de personnes âgées finissent leur vie dans les MARPA et nous avons même des statistiques sur les décès. Le fait qu'on meure dans ces établissements s'explique d'abord parce que leur vocation première est d'être des structures de proximité, adaptées au milieu rural et où les personnes âgées entrent donc souvent à un âge avancé, avec des problèmes de dépendance et de perte d'autonomie variables. Toutefois, les MARPA ne sont pas des structures spécialisées pour les grands dépendants.

Vous savez bien, Madame la présidente, que dans un département comme le Doubs, une personne âgée qui vit dans un village peut vouloir quitter son domicile parce qu'elle se sent seule, parce qu'elle n'est pas en sécurité ou parce qu'elle n'a pas d'entourage. Cela explique que la population des MARPA est assez diverse. En général, quand une personne âgée devient dépendante, nous avons la capacité de la garder jusqu'au bout. Il y a toutefois un certain nombre de situations auxquelles nous ne pouvons pas faire face, en particulier quand la personne devient extrêmement dépendante psychologiquement. Nous cherchons alors, avec l'accord des familles, des solutions d'hébergement dans des structures mieux adaptées.

Mme Maryse Aïo : Chaque MARPA résulte d'un projet de développement social local. Avant la création, une étude des besoins mobilise les professionnels de santé ainsi que les représentants des personnes âgées et des collectivités locales. C'est ce qui permet, dès le départ, une appropriation du concept par les différents acteurs qui sont parties prenantes au projet et prêts à s'investir ensuite. C'est primordial. Les premières MARPA ayant fonctionné en milieu rural très isolé, nous avons à chaque fois regardé s'il y avait des services de soins infirmiers à domicile. Car il ne saurait y avoir de MARPA sans un maillage avec les professionnels. À l'inverse, dans certains territoires, leur création a permis de revitaliser les relations, en particulier avec les services infirmiers et les professionnels de santé.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les MARPA figurent-elles au sein d'un réseau de soins gérontologiques ?

Mme Maryse Aïo : Elles en sont proches, mais ne sont pas à l'intérieur. Cela fait partie de nos projets, avec le développement des réseaux.

M. Yves Humez : Dans le cadre de notre réflexion sur un projet global de maillage et sur les différentes solutions de proximité, nous prenons en compte les hôpitaux locaux et les maisons médicales de demain. Mais pour avancer, il faudrait que nous soyons entendus partout or, si certains conseils généraux portent nos projets, ailleurs le concept n'est pas accepté.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourquoi ?

M. Gérard Soumet : A cause de la question de la médicalisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous nous dites que les gens décèdent souvent dans les MARPA, mais avez-vous des études sur le niveau de dépendance juste avant la mort ?

Par ailleurs, pour les personnes les plus lourdement handicapées, en particulier celles qui présentent des troubles du comportement très importants et que vous ne pouvez garder, parvenez-vous à une prise en charge par le réseau sanitaire du secteur ?

M. Gérard Soumet : Nos statistiques annuelles montrent que les deux tiers des sorties sont dues aux décès, le reste allant essentiellement vers l'hôpital car, comme pour les personnes restant à domicile, il est fréquent que la fin de vie coïncide avec une période aiguë de maladie conduisant à l'hospitalisation.

Grâce aux médecins et aux services de soins infirmiers, nous arrivons à faire beaucoup de choses comme à domicile, mais c'est sans doute parce qu'on prend davantage soin des personnes dans les MARPA qu'elles y restent jusqu'à la fin de leur vie.

Toutefois, quand une personne arrive avec un GIR pondéré moyen important, la MARPA n'est sans doute pas totalement adaptée, car la qualité du projet de vie y est essentielle, les maisons étant destinées à l'accompagnement non pas d'une structure mais de la personne. Ainsi, quand, dans une petite unité d'une vingtaine de personnes, on a plusieurs cas de dépendance lourde, cela pose problème et on est parfois obligé d'envisager le placement dans un autre établissement.

M. Jean-Luc Prétel : À l'origine, j'ai trouvé très intéressant le concept de toutes petites structures réservées aux valides, avec un projet social, et tenues par une maîtresse de maison, chacun participant à l'activité de la maison.

Mais je me suis tout de suite demandé, dans la mesure où chacun souhaite aujourd'hui rester à domicile et où on développe des services pour cela, à qui s'adresseraient les MARPA et comment serait prise en charge la dépendance, car une fois qu'on est entré, il est rare que les choses s'améliorent et l'évolution naturelle tend plutôt à une dépendance sans cesse accrue. Je vois donc mal comment des petites structures pourraient être adaptées à cette prise en charge de la dépendance, et il ne faudrait pas que la médicalisation des MARPA détourne les services de soins infirmiers (SSIAD) de leur activité de soins à domicile.

M. Jacques Portier : Le fait d'avoir dans ces petites structures un petit nombre de personnes âgées, avec un personnel qui assure un suivi et un accompagnement de tous les instants, conduit à une plus lente dégradation de l'autonomie.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : C'est ce que vous dites souvent, mais disposez-vous d'études qui étayent cette affirmation ?

M. Jacques Portier : Tout à fait ! Nous menons un travail important sur les conditions de prise en charge de la santé des personnes hébergées dans ces structures. La société spécialisée à laquelle nous avons fait appel dresse actuellement un état des lieux, avant d'en venir ultérieurement aux préconisations. Il semble bien que la prise en charge soit meilleure qu'à domicile et que dans les grandes structures et que la dégradation de l'état de santé soit plus lente. Je crois aussi que les conditions de prise en charge une fois que la dépendance s'est installée, avec effectivement des structures externes comme les services de soins infirmiers à domicile, mais aussi les associations d'aides ménagères, permettent un meilleur accompagnement.

Mme Maryse Aïo : Des observations ont aussi été réalisées par des médecins de conseils généraux, qui croyaient peu à la viabilité économique des MARPA et à leur capacité à accompagner les personnes, mais qui, constatant que la durée moyenne de séjour était plus longue, ont cherché à comprendre pourquoi. Parce qu'il s'agit d'un projet ouvert, moins stigmatisant que l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), situé à proximité des centres bourgs, avec des échanges avec l'extérieur, où la personne est intégrée dans un projet, accueillie, où on prend en compte sa trajectoire de vie dont on lui permet de connaître une nouvelle étape, la MARPA est aussi un moyen de stimuler la personne. Certaines récupèrent d'ailleurs des capacités lorsqu'elles y arrivent.

Si nous avons conduit, avec l'appui de la Fondation de France, de la MSA et des caisses de retraite complémentaire qui financent les MARPA, cette étude sur la qualité et la continuité des soins, c'est parce que nos observations empiriques, mais aussi notre écoute de ce que nous disent les responsables des maisons sur leurs difficultés à accueillir plus de personnes âgées et les personnes âgées plus dépendantes, nous y poussaient. C'est aussi pour connaître les meilleures conditions de fonctionnement que nous avons besoin de clarifier les choses.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comme l'a dit M. Jean-Luc Préel, ce sont soit les services de soins à domicile soit les infirmiers libéraux qui interviennent. Vous êtes-vous demandé si vous mobilisiez l'ensemble de leurs capacités ?

Mme Maryse Aïo : Tel n'est pas le cas. Quand la MARPA mobilise beaucoup ces services, c'est au plus pour sept résidents sur vingt, et jamais de façon permanente. J'ajoute que les services de soins infirmiers à domicile sont très attentifs à la répartition équitable des soins sur un territoire et que la collaboration avec les infirmiers libéraux est très efficace sur le terrain.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous constaté, avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie, une évolution des demandes d'entrée dans les MARPA ? Je suis pour ma part surprise de la forte diminution de la durée moyenne en long séjour et je me demande si ce n'est pas l'APA à domicile qui pousse les gens à rester plus longtemps chez eux et à ne venir dans les structures qu'au dernier moment.

M. Yves Humez : Nous n'avons pas de données précises, mais cela fait partie des sujets sur lesquels des études seront conduites. Notre concept est celui d'un substitut du domicile et nous entendons qu'il le reste. Quiconque visite une MARPA y constate la bonne qualité de vie.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous défendez en effet un concept fondé sur le substitut au domicile et la non-médicalisation. Savez-vous si cela se fait aussi à l'étranger, et y avez-vous des contacts ? Participez-vous, en France, à un travail avec ceux qui se posent les mêmes questions que vous ?

Mme Maryse Aïo : À l'étranger encore trop peu, bien que cela figure dans nos projets car nous n'ignorons pas l'existence de réseaux européens. En France, oui : nous travaillons avec la Fondation de France, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), car nos sujets sont proches.

La Fédération nationale des MARPA jouit également d'une certaine reconnaissance parce qu'on parle de plus en plus de services rendus localement et que nous sommes souvent

appelés par des petites unités de vie (PUV), qui sont proches des MARPA et qui ont besoin de conseils.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : À l'occasion du travail réalisé par l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur la maladie d'Alzheimer, nous avons visité aux Pays-Bas, à Haarlem, une petite structure pour personnes atteintes de cette maladie, avec une médicalisation venant de l'extérieur et dont le concept était très proche du vôtre.

Avez-vous des expériences en dehors du milieu rural ?

Pouvez-vous également nous dire comment sont dirigées les maisons ? Je crois qu'il n'y a pas de président mais une maîtresse de maison.

Mme Maryse Aïo : Avec le concept d'origine, qui prévoyait une maîtresse de maison dans une petite unité de vie accueillant au maximum seize résidents, l'exigence de professionnalisme était moindre. Il y a eu depuis des avancées en matière d'action sociale et de gérontologie. Les besoins en gestion des établissements, en pilotage, en partenariats, font que les responsables d'établissements sont désormais recrutés au minimum à « bac plus 2 ». La filière des conseillères en économie sociale et familiale paraît excellente pour préparer des personnes présentant ce profil. Certains professionnels qui cherchent à quitter le secteur sanitaire s'intéressent aussi aux MARPA, parce qu'elles donnent plus de sens à leur activité.

M. Gérard Soumet : Nous nous sommes impliqués dans la conception de structures qui nous semblent adaptées au milieu rural, en particulier à la capacité d'investissement des communes, mais aussi aux caractéristiques de vie des personnes. Nous ne nous sommes toutefois pas préoccupés uniquement du concept, mais aussi de ce que devenaient les maisons au fur et à mesure de leur ouverture. C'est ce qui nous a permis d'évoluer. Nous sommes partis d'une organisation avec une maîtresse de maison et un encadrement assez léger de trois personnes et nous sommes maintenant passés à un responsable d'établissement plus professionnel et à un encadrement de 6,5 équivalents temps plein pour 24 résidents, en application de la loi 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, qui a donné un statut aux petites unités de vie.

Notre accompagnement vise à éviter que, dès la création, les collectivités territoriales et les promoteurs locaux ne se trompent sur un certain nombre d'aspects importants, mais aussi à accompagner la vie de chacune des résidences, par exemple en proposant systématiquement des formations et des lieux de rencontre à leurs responsables.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Utilisez-vous le Fonds de modernisation du maintien à domicile pour la formation de vos directeurs ?

Mme Maryse Aïo : Non, au départ c'est la Fédération nationale des MARPA qui a beaucoup investi dans la formation. Maintenant, nous concevons les formations, mais ce sont les maisons elles-mêmes qui les financent puisqu'elles contribuent aux plans de formation. Nous souhaitons d'ailleurs développer la formation de l'ensemble des personnels et nous inscrire dans les règles ordinaires de fonctionnement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourquoi avez-vous doublé la présence de personnel ?

M. Gérard Soumet : La première MARPA date de 1987, depuis lors nous avons été amenés à renforcer le personnel destiné à prendre soin des personnes âgées, qui entrent chez nous de plus en plus tard, en moyenne à 84 ans, et chez lesquelles la dépendance est de plus en plus importante. Les EHPAD, qui sont censés accueillir des personnes lourdement dépendantes, ont souvent, pour des raisons budgétaires, beaucoup de mal à assurer un suivi rapproché et cette fonction de « prendre soin » n'y est pas bien assurée.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelles sont la nature des emplois et la formation de ceux qui les occupent ?

Mme Maryse Aïo : Nous allons de plus en plus vers la validation des acquis de l'expérience (VAE) dans les formations d'auxiliaires de vie sociale (AVS). Il y a parfois des aides-soignantes, mais ce n'est pas pour exercer le métier comme dans les structures sanitaires.

M. Jacques Portier : Je reviens sur une question précédente : 28 des 117 MARPA sont en milieu urbain. J'ai participé, à côté de Tours, au montage d'un tel établissement, dont le promoteur était votre collègue M. Philippe Briand. Si le maire fait un effort pour le foncier, cela ne pose aucun problème : on trouve des associations et des intervenants aussi bien qu'en milieu rural, et l'établissement fonctionne à la satisfaction de l'entourage et des personnes accueillies.

M. Gérard Soumet : Nous ne créons pas de MARPA sans un travail préalable sur le terrain qui dure parfois un à deux ans afin de créer un lien social fort avec le réseau associatif et les collectivités.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'ai suivi la création de plusieurs établissements et je sais le travail qui a été fait.

J'aimerais que nous en venions maintenant aux questions financières. Vous dites que cette forme de prise en charge coûte moins cher, mais nous manquons d'éléments tangibles. Seul l'hôpital Vaugirard a fait un travail de comparaison entre la prise en charge en établissement et hors établissement, en termes de coût et de qualité de vie des personnes.

Vous avez dit que l'implication des collectivités était importante, avez-vous réglé le problème de l'APA ? Certaines MARPA sont-elles habilitées à l'aide sociale ?

Mme Maryse Aïo : Il s'agit d'habilitations partielles, liées à la situation de la personne et à ses besoins et qui prennent par exemple la forme de la prise en charge des repas, en complément de ce que la personne finance elle-même.

M. Gérard Soumet : Dans la loi du 20 juillet 2001, dont un article détermine le statut de base des PUV, il est prévu que l'APA à domicile joue quand il y a moins de 25 résidents. Mais on observe des différences dans l'application des textes par les conseils généraux, selon la façon dont on inclut la prise en compte du coût de la dépendance dans le calcul de l'APA à domicile.

Pour les structures associées à l'UNIOPSS, les personnes appartenant à la structure qui prennent soin et qui accomplissent un certain nombre d'actes quotidiens doivent entrer, au *pro rata* de cette activité, dans le calcul de l'APA. Une clarification paraît donc nécessaire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vos tarifs sont bien en dessous de la moyenne de ceux des EHPAD et j'aimerais savoir ce qui figure réellement dans le prix de journée, en termes de comptabilité analytique.

Mme Maryse Aïo : Dans le tarif demandé chaque mois aux résidents, le loyer représente 35 %, le coût des personnels 42 %, les services supplémentaires facultatifs comme les repas, le ménage et la lingerie 25 %.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le porteur du projet de construction loue ensuite le bâtiment à l'association ?

Mme Maryse Aïo : À l'origine, il y a une collectivité locale, qui peut ensuite déléguer la maîtrise d'ouvrage, souvent à un office d'HLM. Ensuite, la gestion est confiée soit au CCAS pour les MARPA publiques, soit à l'association gestionnaire pour les MARPA associatives.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce système vous paraît-il celui qui permet le mieux de maîtriser l'amortissement ?

Mme Maryse Aïo : Le dispositif est bien adapté aux besoins des collectivités locales.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je précise ma question : permet-il de maîtriser la part du prix de journée correspondant à l'amortissement immobilier ?

Mme Maryse Aïo : Ce point fait partie de ceux sur lesquels nous allons travailler en 2006. L'évolution du coût de la construction, mais aussi le fait que chaque collectivité veut avoir la plus belle MARPA possible, entraînent un renchérissement. Nous entendons donc appeler l'attention sur la nécessité de maîtriser une dérive des coûts qui a une incidence importante sur le montant des loyers, alors qu'il s'agit de logement social.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le fait qu'il s'agisse de logement social fait-il que vous ne cherchez pas d'autres financements ?

M. Gérard Soumet : Parce qu'il s'agit de logement social, nous avons droit à un financement favorisé – les prêts locatifs sociaux (PLS) –, et les résidents peuvent percevoir l'aide personnalisée au logement (APL). De plus, il n'y a pas de charges foncières pour le terrain, puisque la création d'une MARPA suppose que la commune cède le terrain viabilisé, sans coût. Comme nous souhaitons accueillir des personnes qui ont une faible pension de retraite, il faut agir à la fois sur le prix du terrain et sur le mode de financement, par des prêts locatifs et des subventions. Celles-ci s'étagent de 10 % au moins à 40 % parfois. Bien entendu, plus le subventionnement est faible, plus le coût est important pour les résidents.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comment parvient-on à 40 % de subventions ?

M. Gérard Soumet : Par des subventions des communes, des conseils généraux et parfois des caisses de retraite.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : S'agissant de l'investissement, le dispositif en vigueur vous semble-t-il convenir ou pensez-vous

préférable d'envisager des partenariats public-privé – dispositif qui ne me convainc pas – ou d'instituer une obligation d'investissement public ?

Mme Maryse Aïo : Le mode de financement actuel nous convient, à la condition que la programmation le permette et que les PLS prévus soient réservés à ces constructions-là.

M. Yves Humez : Certains départements comptent plus d'une dizaine de MARPA. Puisque le dispositif fonctionne et que le rapport qualité-prix est intéressant, tant en termes de vie sociale que de coût, on peut se demander pourquoi ne pas multiplier de telles structures, à condition, bien sûr, que l'accès aux prêts locatifs aidés soit garanti.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les résidents des MARPA ressortissent-ils tous de la MSA ?

M. Yves Humez : Non. Nous avons retenu une approche par territoire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Des assouplissements réglementaires vous semblent-ils nécessaires ? Quel est l'impact de la réglementation relative à la sécurité sur le montant des investissements ?

Mme Maryse Aïo : Certaines MARPA bénéficient de la dotation de développement rural. Dans ce cas, il n'y a théoriquement pas de cumul possible avec les PLS, mais l'application de cette règle varie, ce qui entraîne des disparités entre les départements. Cela doit être clarifié. Il faut aussi, je l'ai dit, veiller à la programmation. Enfin, s'agissant de l'APA, l'approche est strictement binaire – établissements ou domicile – contrairement aux dispositions prévues dans les textes. Les solutions alternatives sont insuffisamment reconnues, voire considérées comme dérangeantes par des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales qui sont pour les uns spécialisés dans l'aide sociale à domicile, pour les autres dans l'aide sociale en établissements et qui ne souhaitent pas mêler les dispositifs. Il faut sans cesse négocier, ce qui est paradoxal puisque les dispositions légales existent, et cette bataille permanente peut freiner la création de nouvelles structures.

M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes : Parmi les réalisations de la MSA, il faut notamment souligner l'intérêt de celles qui viennent d'être qualifiées de « troisième voie », dans un contexte national marqué par le développement des maladies neuro-dégénératives dont on sait que leur prise en charge devrait souvent relever de ce type de structures, qui pour l'instant peinent à être mises en oeuvre.

Par ailleurs, comment la MSA prend-elle en compte les perspectives démographiques de moyen-long terme dans les orientations de sa politique d'investissement ?

D'autre part, la MSA a une approche originale et il serait dommage que les autres régimes, même s'ils ne sont pas directement opérateurs, ne profitent pas des acquis de cette expérience. Des échanges ont-ils lieu ? Arrive-t-il aux autres caisses d'interroger la MSA ?

M. Yves Humez : Nous avons tenu compte du vieillissement de la population, mais étant donné l'allongement de la durée de vie, la population âgée de plus de quatre-vingts ans est appelée à s'étoffer sérieusement au cours de la prochaine décennie. Compte tenu de la demande potentielle, il y a donc encore beaucoup à faire.

Nous aimerions bien rencontrer nos collègues des autres régimes de sécurité sociale, ce qui se produit parfois. Mais il y a une différence d'approche dans la relation avec l'utilisateur. Nous sommes un régime mutualiste qui, fort de ses délégués cantonaux, s'attache à répondre aux besoins exprimés par sa base. Les MARPA sont nées, comme les réseaux gérontologiques, de demandes du terrain. Au départ, nous avons mené seuls ces expérimentations, car les deux autres régimes ne souhaitaient pas s'investir mais les choses évoluent peu à peu. Ainsi, s'agissant des réseaux gérontologiques, la CNAMTS et la CANAM nous ont rejoints, mais leur investissement n'est pas le même que le nôtre.

M. Jean-Luc Prél : Qu'en est-il de l'intéressant projet de maisons médicales ? Plus largement, la création de l'UNCAM ne vous paraît-elle pas compromettre l'avenir de la MSA ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cette dernière question, qui ne me paraît pas être en relation directe avec le thème de nos travaux, devrait appeler une réponse brève.

M. Yves Humez : Elle le sera. Nous venons de renouveler nos conseils d'administration et de lancer une réflexion stratégique sur ce que nous pensons devoir être notre offre sociale et notre offre de services. Nous avons des idées à ce sujet, nous espérons être entendus et nous comptons continuer de travailler à leur mise en œuvre, tout en adaptant notre réseau pour améliorer la gouvernance de notre régime. Nous observons avec satisfaction que la notion de guichet unique reprend de la vigueur car nous sommes convaincus de longue date qu'il faut offrir une réponse globale aux besoins exprimés.

M. Jacques Portier : Nous sommes particulièrement attentifs à la question de la démographie des professions de santé, peu encourageante, surtout en zones rurales. C'est ce qui nous a conduits à projeter des maisons médicales, structures de soins conçues pour rompre l'isolement et permettre l'exercice professionnel dans un environnement favorable. Dans le même esprit, nous avons lancé une expérimentation avec les pharmaciens, invités à compléter leur activité d'officine en jouant un rôle dans les EHPAD, pour contrôler les posologies par exemple. Nous nous attachons aussi à mettre au point, en partenariat avec les collectivités locales, un système de transport généralisé permettant aux personnes âgées de se rendre dans les lieux de soins. Enfin, dans le cadre des réseaux gérontologiques, des expérimentations visent la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, qui peut varier selon les phases de la maladie. Nous avons donc une approche globale des besoins sociaux et sanitaires de nos assurés.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie. Toutes vos propositions et suggestions seront les bienvenues, particulièrement celles qui viseraient à étendre aux autres régimes vos expériences réussies.

*

Audition de MM. Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées (ADEHPA) et Claudy Jarry, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous souhaite la bienvenue. Les travaux actuels de notre mission portent sur le montant du « reste à charge » pour les personnes hébergées en établissements et sur les liens entre secteur médical et

secteur social. Dans ce cadre, j'aimerais savoir quel jugement vous portez sur les modalités de financement de l'immobilier.

M. Pascal Champvert : Un mauvais jugement, car l'investissement pèse pour l'essentiel sur les personnes âgées et leurs familles. Les contrats de plan permettraient des progrès mais l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a montré que les retards se multiplient, le plus souvent du fait de l'État. Il peut y avoir quelques subventions des départements ou des communes et des prêts sans intérêt de la sécurité sociale ou des caisses complémentaires. Mais, comme la Cour des comptes l'a relevé, c'est bien sur les résidents et leurs familles que pèse le plus gros de la charge. Ils financent en effet, en moyenne, 60 % du coût global, ce qui est beaucoup trop. L'assurance maladie en supporte 30 %, les départements 10 %.

M. Jean-Luc Prél : Comment expliquer que, dans certaines régions, des ouvertures de lits soient autorisées par le Comité régional de l'action sanitaire et sociale (CROSS) alors qu'elles ne sont pas financées, ce qui crée des disparités inéquitables entre les départements ? Pensez-vous que la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) simplifiera les financements alors même que des conventions tripartites ont déjà été signées ? Comment pourrait-on améliorer la logique du dispositif ?

M. Claude Jarry : Ce que nous souhaitons, c'est un financement à la hauteur de l'enjeu, l'enjeu étant qu'un effectif de 250 000 personnes est nécessaire. Les recettes supplémentaires issues de la suppression d'un jour férié auraient été utiles mais, malheureusement, seule une modeste partie de ce montant a été dirigée vers la prise en charge des personnes âgées – et ce, dans une relative confusion, puisque nos concitoyens ne le savent pas. Je rappelle qu'en 2005, 500 millions d'euros devaient leur être consacrés, et 350 millions d'euros thésaurisés. Mais, considérant que le conventionnement a porté sur 171 millions d'euros et que le précédent gouvernement avait prévu 180 millions d'euros par an, force est de constater que ce formidable élan de solidarité a pour résultat que l'on a un peu moins qu'avant.

Puisqu'une partie des sommes a été dévoyée, qu'au moins on se serve du reste. Or, non seulement les 500 millions d'euros prévus sont notoirement insuffisants mais l'on constate avec stupéfaction que les parties intéressées ont été incapables de les utiliser – et ce sera pire cette année, ce qui conduit à thésauriser. Certes, un petit geste a été fait l'an dernier, le gouvernement accordant 50 millions d'euros supplémentaires et le ministre a annoncé l'octroi d'un complément cette année, ce qui est heureux. Mais nous sommes le 15 décembre et le versement de ces ressources supplémentaires ne fait l'objet d'aucune modalité connue. Ainsi, il n'y a pas suffisamment de fonds publics en amont et l'on ne parvient pas à mobiliser ce qui est disponible. À cette situation, il y a des raisons multiples.

Dans un premier temps, l'incitation au conventionnement s'est traduite par une certaine largesse dans la négociation, largesse qui a permis d'augmenter de 0,1 point le taux d'encadrement. Mais ces premières signatures ont eu lieu avec ceux qui voulaient avancer et, aujourd'hui, on nous rappelle fermement la règle « DOMINIC – dotation minimum de convergence – majorée de 35 % ». Or chacun sait que l'on ne peut fonctionner convenablement avec une telle contrainte. La deuxième vague d'établissements est donc moins encline au conventionnement parce qu'elle n'en voit pas l'intérêt. De plus, il peut arriver que des directeurs de petites structures, tout entiers pris par les problèmes quotidiens, n'aient pas l'esprit à l'élaboration des conventions ; le décret relatif à la qualification des directeurs d'établissement peut arranger les choses. La dynamique n'y est pas non plus chez les deuxième partenaires que sont les directions régionales des affaires sanitaires et sociales

(DRASS). Enfin, le conventionnement engage les collectivités, troisièmes partenaires, dans une démarche coûteuse qui rendrait nécessaire un appel d'impôt populaire...

Enfin, il faut savoir que les directeurs d'établissements sont mobilisés six mois par an pour l'établissement du budget et des comptes administratifs et que les budgets étant donnés, au mieux, l'été, les décisions prises à l'automne ne peuvent s'appliquer que l'année suivante.

M. Jean-Luc Prél : Qu'en est-il des ouvertures de lits autorisées par le CROSS alors qu'elles ne sont pas financées ?

M. Pascal Champvert : Ce que dit la Cour des comptes, et que nous ne cessons de répéter depuis des années, c'est que le retard constaté est dû à l'insuffisante coordination des politiques dans le secteur. En dépit des plans successivement adoptés depuis 1975, malgré la réforme de la tarification, malgré le plan « Vieillesse et solidarités », il manque du personnel dans les établissements, il manque du personnel pour les services à domicile, il manque des places d'hébergement, et les personnes âgées payent de trop lourdes charges. Nous avons évalué le retard accumulé par rapport à ce qui avait été annoncé par l'État et nous l'estimons à 500 millions d'euros pour la période 2001-2006. Je souligne que ce calcul a été fait en prenant pour base ce qui avait été annoncé et non à partir des besoins ; si nous voulions seulement faire ce qui se fait en Allemagne, notre effort devrait être doublé – et je ne parle pas de ce qui serait nécessaire pour nous aligner sur la Suisse, le Danemark, le Luxembourg ou la Norvège. Et si j'avance ce montant avec une telle prudence, c'est que l'on éprouve les plus grandes difficultés à retracer un compte global de la dépendance permettant de suivre les différents financements des différents intervenants.

D'autre part, on ne peut passer sous silence que le fait d'avoir couplé autorisation et financement, ce que toute la profession a contesté, a eu pour conséquence des retards dans la création d'établissements. Le découplage promis par le ministre apportera une bouffée d'oxygène bienvenue.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'ai pris acte des différentes raisons que vous avez données au retard du conventionnement. Mais seulement 300 conventions signées quand on en annonçait 1 500 à fin 2005, c'est peu.

M. Pascal Champvert : Quelques autres le seront avant la fin de l'année mais l'on comprend bien qu'il n'y a pas d'intérêt à signer de nombreuses conventions s'il y a peu d'argent. Là est l'explication du blocage. Les ressources étaient insuffisantes en 2005, il y en aura un peu plus en 2006...

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Selon vous, la CNSA sera-t-elle efficace ?

M. Claude Jarry : On ne peut mettre en doute une institution qui s'installe, il faut attendre. J'observe toutefois que tout reposait sur une démarche qualité, mais que cela a été oublié et que l'on est tombé dans une démarche de forfait. Nous étions favorable au conventionnement, car les audits donnent des éléments intéressants pour déterminer ce qui fonctionne et ce qui reste à faire. C'est intéressant pour tous : le personnel mais aussi les familles représentées au sein des conseils de la vie sociale.

On met en place une démarche qualité avec un objectif à atteindre. On dit en quoi ce qui est fait aujourd'hui n'est pas satisfaisant, voire peut être dénoncé puisqu'on a beaucoup parlé de maltraitance.

Nous sommes donc sur la ligne de départ, avec un objectif d'autant plus impérieux que la judiciarisation et la médiatisation nous mettent la pression, mais on ne donne pas à l'équipe, aux familles, à tous ceux qui font la force d'un établissement les moyens de leur démarche. Demanderait-on à Ferrari de gagner un grand prix avec un moteur d'une génération précédente ?

Dans la mesure où il n'y a plus d'impulsion, ceux qui y ont cru sont déçus et ceux qui n'y ont pas cru se disent qu'ils avaient raison. Sur quels critères peut-on mobiliser aujourd'hui ? Pas sur la démarche qualité, puisqu'on n'est pas dans le forfait alors qu'on nous avait dit qu'il fallait évoluer vers lui de manière graduelle, mais que nous serions accompagnés. Aujourd'hui, on nous demande de faire un projet tout de suite et d'entrer dans la « DOMINIC + 35 ». On est ainsi retombé dans ce qu'on connaissait avant : peu de moyens, peu d'ambition et donc peu de dynamique. Les choses sont même pires puisqu'il y a la déception en plus.

M. Pascal Champvert : Je partage largement ce qui vient d'être dit, la seule différence est que nous étions beaucoup plus sceptiques dès le départ car nous avions le sentiment qu'il n'y aurait pas assez pour tout le monde. Du coup, comme nous le pressentions, tout le monde n'a pas pu signer, les logements-foyers et les unités de soins de longue durée (USLD) ayant été exclus de la réforme, et on a été obligé de saupoudrer, comme on l'a vu au cours de l'exercice 2005, avec la « DOMINIC + 35 ».

À partir du moment où une enveloppe est fixée, les directeurs départementaux de l'action sociale sont piégés car à signer trop de conventions dès le début, ils risquent de ne plus avoir assez d'argent à distribuer et de ne pas atteindre leurs objectifs, tels que les leur avaient assignés les précédents ministres, M. Hubert Falco et Mme Catherine Vautrin. Mais ce n'est pas le nombre de signatures qui compte ! Aujourd'hui chacun sait que ce que nous disons depuis des années est vrai : après le rapport de la Cour des Comptes, les études du Commissariat général du plan, on ne peut plus nous dire que demander un doublement du personnel relève de la démagogie.

Dès lors qu'on fait le constat de ce retard il faut engager des moyens pour le rattraper, mais aussi lever un certain nombre d'obstacles. Pour traiter des enjeux financiers, nous avons demandé qu'une grande conférence nationale réunisse l'ensemble des acteurs. M. Philippe Bas nous a dit que la prochaine Conférence de la famille en serait l'occasion, et cela va dans le bon sens. Mais il faut aussi lever les obstacles techniques.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Lesquels ?

M. Pascal Champvert : Tout d'abord, ces signatures de conventions. Le principe était bon, mais dès lors qu'il apparaît que c'est un facteur de blocage, il faut assouplir le mécanisme. Que va-t-on faire des établissements qui renouvellent leur convention en 2006, et qui, à l'origine, ont signé à un niveau plus élevé qu'aujourd'hui ?

Le lien entre autorisation et financement est aussi un obstacle à la création d'établissements.

Tout ce qui permettra que tous les crédits soient débloqués ira dans le bon sens.

Un certain nombre d'établissements n'ont pas signé parce que la convention est un pur exercice de style en raison de l'application de la « DOMINIC + 35 ». Or, dans le même temps, le législateur a accru les obligations des établissements, notamment en renforçant les droits et libertés des personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées

comme dans tous les établissements médico-sociaux. Il y a donc d'un côté les exigences de plus en plus importantes des personnes âgées et de leurs familles, ce que la société leur accorde légitimement, de l'autre un cadre très contraint, avec des moyens très en retard. Entre les deux, on aura à coup sûr des problèmes de responsabilité.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous n'introduisez pas dans votre réflexion la question du « reste à charge » dans le prix d'hébergement. Quelles propositions feriez-vous pour qu'il reste à un niveau acceptable ?

M. Pascal Champvert : J'ai dit d'emblée qu'il était beaucoup trop important.

Si on mutualise une grande partie de l'hébergement, les personnes âgées et leurs familles vont faire des économies, mais il faut savoir qui va payer. C'est bien pourquoi nous demandons une grande conférence nationale.

Le rapport d'évaluation de M. Jean Leonetti concernant la journée nationale de solidarité constate qu'il faudra trouver d'autres modes de financement que le jour férié et trace quelques pistes : CSG, impôt sur les successions, impôt sur les sociétés.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Mais il ne dit pas concrètement comment faire...

M. Pascal Champvert : C'est simple : il faut modifier la tarification des établissements, diminuer le tarif d'hébergement, faire en sorte que certaines charges comme l'amortissement ne soient plus indûment supportées par ce tarif. En tant que directeur d'hôpital, si je vais discuter avec mon adjoint des trombones et des boîtes de conserve, je suis payé par l'assurance maladie, mais si je travaille dans une maison de retraite, je suis payé, y compris quand je fais une réunion avec les médecins et les infirmières sur la continuité des soins, par la personne hébergée. Ça n'a aucun sens ! Il faudrait qu'au moins un tiers, si ce n'est les deux tiers du salaire d'un directeur, soit supporté par l'assurance maladie ou par le forfait dépendance. Et on peut multiplier les exemples : les psychologues sont payés sur le forfait dépendance alors qu'ils devraient être payés par l'assurance maladie comme c'est le cas dans les hôpitaux ; les aides-soignantes, quand elles travaillent en maison de retraite, sont payées pour une petite partie sur l'hébergement, ce qui est totalement anormal ! Que ce soit dans les hôpitaux ou dans les services de soins à domicile, les aides-soignantes sont entièrement payées par l'assurance maladie.

Remettre tout ceci en cause suppose une nouvelle répartition, dont il faut débattre très largement.

M. Claude Jarry : Je veux dénoncer une mécanique de plus en plus fréquente et à laquelle j'ai moi-même dû recourir, comme nombre de ceux qui sont dans l'incapacité de répondre aux besoins, y compris des établissements ayant signé une convention.

Quand on dit qu'on manque de personnel, il s'agit de celui dont on a besoin pour couvrir un besoin, mais pas uniquement. Prenons l'exemple d'un établissement que je dirige. Pour couvrir le week-end, en dehors de la nuit, nous avons besoin de neuf personnes par jour, soit 18 personnes. Quand on a 12 équivalents temps plein, on est contraint de recourir au temps partiel non choisi. Le problème est celui de l'attractivité de ces professions. Dans le cadre du budget prévisionnel 2006, j'ai dû proposer la création d'un temps plein d'agent de service hospitalier (ASH), pour l'essentiel à la charge des usagers, pour faire des soins, donc pour décharger les aides-soignantes et rendre les postes plus attractifs. Le conseil de la vie

sociale n'est pas prêt à payer n'importe quoi, mais il l'accepte car il comprend que la qualité a un coût.

Dans la mesure où on a une contrainte budgétaire forte, tout ce qui vient en plus, notamment en termes de qualité, se répercute sur le prix d'hébergement et est à la charge du résident.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous êtes en train de dire que la réforme de la tarification, qui avait pour objectif principal d'identifier ce qui relevait du soin et de la dépendance dans ce qui était supporté respectivement par les personnes âgées et par la sécurité sociale, est en train d'être balayée et que vous en êtes à nouveau à faire supporter une partie des soins par le tarif d'hébergement.

Il faudrait que vous fournissiez tous les éléments précis à notre mission. Vous nous dites que des soins sont effectués par des personnels non qualifiés. Avez-vous une idée du nombre de postes concernés ?

M. Claude Jarry : Il n'y a pas d'étude précise dans notre secteur. Mais nous pouvons calculer l'écart entre les postes prévus dans les conventions de première génération et ceux qui ont effectivement été accordés. Car ce dont je vous parle, c'est de la qualité décidée ensemble, en conseil de la vie sociale avec les familles. Mais ensuite, on nous a imposé la « DOMINIC + 35 ». Chez nous, il était prévu 2,5 postes non financés, ainsi qu'un poste de secrétariat et un poste d'homme d'entretien. Aujourd'hui, nous ne nous posons plus la question de l'entretien des espaces verts... Faute des postes prévus dans la convention, soit on abandonne la qualité, soit on la maintient mais ce sont les usagers qui la paient, soit on revient en arrière, ce qui est un crève-cœur.

On peut aussi quantifier le nombre de postes financés par le conseil général et non par l'État, je pense en particulier aux aides-soignantes et aux aides médico-psychologiques (AMP). Je dirige trois établissements, dont deux créés en 2002, pour lesquels j'ai un surplus sur la section dépendance, que je restitue chaque année, et un déficit sur la section hébergement. Je demande régulièrement à l'État de me donner les postes prévus dans la convention tripartite. Eh bien, à un moment donné, quand on ne peut plus attendre, il faut prendre ses responsabilités. C'est ce que nous avons fait pour le doublement du personnel de nuit, en finançant un poste d'ASH. Voilà ce que nous vivons !

Je veux aussi insister sur le poids des hospitalisations. Le plan de rattrapage pour la sécurité sociale portera le forfait hospitalier à 15 euros l'an prochain. On nous dit régulièrement que nos établissements ont vocation à accueillir des personnes de plus en plus dépendantes, qui peuvent être amenées à aller à l'hôpital dans le cadre du réseau de soins dans lequel nous sommes invités à nous inscrire. Or, chaque journée à l'hôpital fait « gagner » 15 euros à l'usager à l'aide sociale, car ils sont retranchés de sa facture, mais les fait supporter à la collectivité. Au total, pour un établissement comme ceux que je dirige, ce manque à gagner représente 10 000 euros par an, ce n'est pas rien.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous semble-t-il normal qu'une grande partie des gens aillent ainsi à l'hôpital ?

M. Claude Jarry : Naturellement non. Le plateau technique de l'hôpital nous est extrêmement précieux, mais le parcours qu'y effectue une personne âgée est très pathogène. Mais c'est un effet de la faiblesse de notre taux d'encadrement : il y a bien des hospitalisations injustifiées, comme celles du week-end ou de la nuit, parce que nous n'avons pas d'infirmières.

M. Pascal Champvert : Sur le fait que des charges sont indûment supportées par les personnes âgées, je donnerai un exemple. Nous avons soutenu fortement, du point de vue de la promotion professionnelle, la valorisation des acquis de l'expérience des aides-soignantes. L'idée est bien que les gens qui ont pratiqué des activités d'aide-soignant pendant longtemps peuvent obtenir le diplôme. Mais, en clair, on institutionnalise le fait que, depuis des années, des ASH – des femmes de ménage – font des toilettes de personnes hébergées, donc des actes soignants, en dehors de toute légalité, au risque que l'établissement soit condamné en cas d'accident. Or, la plupart de ces ASH sont payées par le forfait hébergement. Certaines directions des affaires sanitaires et sociales (DDASS) les laissent sur le forfait soins, en fermant les yeux sur les diplômes, mais c'est exceptionnel.

Je veux aussi insister sur des problèmes de santé publique qui vont émerger de plus en plus.

Le premier est l'insuffisante prise en charge psychiatrique des personnes âgées et très âgées. La plupart des hôpitaux psychiatriques expliquent que leur principale préoccupation, notamment en zone urbaine, est l'accompagnement de la jeunesse dans les banlieues et qu'ils ne sont plus en mesure d'accompagner les personnes âgées. Le nombre de personnes qui ne peuvent avoir accès au suivi psychiatrique dont elles auraient besoin, en maison de retraite et *a fortiori* à domicile, devient préoccupant.

Deuxième problème, l'accès aux soins à l'hôpital. Avec la tarification à l'activité (T2A), les hôpitaux publics et les cliniques privées sont poussés à faire sortir les gens le plus vite possible. Or, par exemple après une opération, nous ne pouvons reprendre les personnes âgées qui sont sorties très rapidement de l'hôpital. Des conflits naissent ainsi entre les hôpitaux et les établissements. Le cahier des charges des conventions tripartites prévoit à juste titre la signature de conventions entre les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées. Extrêmement peu l'ont été avec des hôpitaux psychiatriques. Avec les mesures post-canicule et les plans bleus, les services de l'État ont incité les hôpitaux publics à le faire, mais elles restent extrêmement marginales et même, dans certains départements, ne sont pas signées car il est difficile de passer un accord entre les hôpitaux et les maisons de retraite. Cela confirme le manque de moyens des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour accompagner les personnes qui sortent de l'hôpital.

Enfin, on souligne trop peu qu'un certain nombre d'établissements, qui ont signé une convention avec un GIR moyen pondéré (GMP), donc un niveau moyen de handicap des personnes âgées accueillies, ne veulent pas le voir augmenter. Ils ont raison, car les financements, qui y sont prétendument liés, n'augmenteront pas, ce qui est logique puisque les DDASS ont déjà des difficultés à passer des conventions avec d'autres établissements. Nous conseillons aux établissements, dès lors que les moyens n'augmentent pas, de faire en sorte que la charge de travail et la charge d'accompagnement – et donc le GMP – n'augmentent pas non plus. Cela signifie qu'une sélection est opérée à l'entrée des établissements et que, quand on est en GIR 1 ou 2, en particulier en zone urbaine, on a du mal à trouver une place. Qui plus est, de nombreux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) font la même chose car les soins supposent parfois plusieurs visites de plusieurs infirmiers par jour. L'accueil de ces personnes, qui sont pourtant celle qui en auraient le plus besoin, risque donc de devenir de plus en plus difficile, même si M. Philippe Bas, ministre en charge des personnes âgées, a annoncé un doublement du nombre de places – ce qui ne fera quand même que 20 000 alors que le Commissariat général du Plan dit qu'il en faudrait 40 000. À ce propos, la transparence voudrait qu'on nous dise où les 10 000 nouvelles places ont été créées.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous une idée de la durée moyenne de séjour dans vos établissements ?

M. Pascal Champvert : On a écrit qu'elle était d'un an et demi à deux ans, mais je ne suis pas sûr que, dans le social, la durée moyenne de séjour soit une bonne façon d'appréhender la réalité des choses. En effet, certains entrent en établissement pour personnes âgées pour un mois ou deux alors qu'ils ne devraient pas y entrer puisqu'il y a des établissements pour accompagner la fin de vie et que nous-mêmes n'en avons pas les moyens. Je pense donc qu'il faudrait aider dignement ces personnes à terminer leur vie chez elles.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je comprends que vous affirmiez que vos établissements ne sont pas faits pour cela, mais on peut quand même s'interroger sur une évolution de la demande vers la prise en charge de la fin de vie. Car si les gens viennent dans les établissements pour mourir, M. Claude Jarry a raison de dire que la tarification à l'activité est inadaptée.

M. Pascal Champvert : On annonce depuis dix ans la mort des logements-foyers ou du moins leur transformation en EHPAD. La réforme de la tarification avait d'ailleurs repris cette idée. Or on constate que beaucoup de logements-foyers sont sortis de cette réforme et continuent à accueillir des personnes âgées. Voilà un élément de la demande. Et j'entends bien que les établissements doivent déterminer leurs projets en fonction de cette dernière.

M. Claude Jarry : Il n'appartient pas aux directeurs d'établissement de « faire » la demande ou le besoin, ils sont là pour y répondre.

Il faut être objectif : un certain nombre de choses ont quand même changé ces derniers mois. La réflexion sur les petites unités de vie (PUV) – j'ai écouté l'audition précédente sur les MARPA – a permis d'élargir le spectre de l'offre. Demain, plus que des places, ce sont des solutions que nous devons proposer, et notre offre devra donc être capable d'évoluer avec le besoin. Déjà, nombreux sont ceux qui pratiquent l'accueil de jour avec ramassage à domicile. En amont et en aval de l'EHPAD, dont l'hôpital restera un partenaire précieux, il y aura toute une gamme de solutions, en particulier pour prendre en compte une dépendance sans doute plus importante. Nous aurons donc besoin à la fois de plus de moyens pour les structures qui l'accueilleront et d'un maillage dans un réseau qui prenne en compte la réalité du territoire.

Je crois aussi qu'on est sorti d'une logique du tout-médicalisé et du tout-conventionné. Ce qui compte maintenant, c'est l'offre de prestations, le choix offert aux gens. Tant qu'il y aura des opérateurs, des promoteurs, des conseils d'administration, des conseils de la vie sociale qui croiront en leur projet d'établissement, il y aura des choses à faire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La Cour des comptes montre bien que la complexité des circuits de décision et de financement ne permet pas forcément que les projets soient implantés sur le territoire le plus pertinent. Pensez-vous que la CNSA pourra soutenir cette dynamique ?

M. Claude Jarry : Je souhaite que cette dynamique vienne du terrain et que la CNSA soit suffisamment à l'écoute pour l'accompagner.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous croyez beaucoup à l'implication des conseils généraux à partir des schémas départementaux gérontologiques ?

M. Claude Jarry : Je constate que les collectivités territoriales, même si quelques-unes sont à la traîne, ont compris le problème et s'investissent dans ce secteur. Peut-être attendaient-elles aussi qu'on procède à des simplifications : le blocage sur les logements-foyers et sur les petites unités de vie posait problème.

Cela étant, je pense qu'il faut simplifier mais sans aller vers des normes trop rigides qui pourraient bloquer l'initiative, et donc en faisant confiance à la négociation sur le terrain. Prenons l'exemple des petites structures de vie communautaire, non médicalisées, de type CANTOU : le concept était intéressant, mais il a été récupéré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS) et modélisé, et sa reproduction pose problème. Cela confirme que c'est sur le projet qu'il faut mettre l'accent.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous proposez rien moins que de remettre en cause l'ensemble des dispositifs, et pas seulement la réforme de la tarification. L'expérimentation prévue explicitement par la loi du 2 janvier 2002 n'est pas utilisée. J'aimerais que vous nous fassiez des propositions très concrètes en vue d'améliorer la logique territoriale et d'offrir plus de souplesse.

M. Claude Jarry : Dans les réunions que nous organisons, nous partageons nos expériences. À Géront Expo, à une table ronde à laquelle je participais aux côtés de M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale, un directeur départemental de l'action sociale s'est demandé pourquoi l'information sur les expériences qui étaient présentées ne lui était pas parvenue. Je crois, en effet, qu'il y a énormément d'initiatives sur le terrain, mais que l'information ne remonte pas.

M. Pascal Champvert : La commission prospective de la CNSA va essayer de favoriser les innovations, de les faire connaître et de les soutenir.

Je voulais insister, à propos du suivi des comptes et des objectifs, sur une véritable dérive autour des questions de sécurité incendie. Quand les commissions de sécurité rendent des avis conformes aux textes existants, le seul problème est de trouver les financements nécessaires aux travaux. Mais il est anormal que certaines aillent jusqu'à dire le droit et à imposer des travaux que la réglementation n'exige pas. Or, on ne peut former recours contre leurs avis – car il ne s'agit pas de décisions –, et si nous attaquons le maire ou le préfet qui suit l'avis de la commission, le jugement n'est pas rendu par le tribunal administratif avant plusieurs années, ce qui nous met dans une situation inextricable. Nous avons saisi depuis très longtemps le ministère du logement et la direction générale de l'action sociale, mais ils se heurtent au blocage du ministère de l'intérieur, qui a autorité sur les commissions de sécurité incendie et sur les pompiers. Ce blocage administratif, souvent sans lien avec une sécurité raisonnable des personnes hébergées, a des conséquences financières considérables. Je suis donc persuadé que seul le Parlement peut aujourd'hui faire évoluer les choses.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous avons déjà été alertés sur ce point.

Dans son premier rapport, le Commissariat général du Plan montre que la création de places est depuis plusieurs années uniquement portée par le secteur privé à but lucratif. Avez-vous une explication ?

M. Pascal Champvert : Le secteur commercial est capable de lever des fonds bien plus vite que le secteur public. Je dirige un établissement public et je connais donc bien le parcours du combattant qu'il faut suivre pour obtenir une subvention auprès d'une trentaine d'organismes qui ont chacun une procédure différente. Là aussi, une simplification s'impose.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La question, que nous nous posons depuis le début, de l'identification des dispositifs d'investissement, est donc essentielle.

M. Pascal Champvert : Absolument.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie pour vos interventions passionnées et je vous rappelle que nous attendons toutes les propositions écrites que vous souhaiterez nous faire parvenir, notamment à propos de la formation des personnels.

*

Audition de M. Yves Journal, président du syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA) et Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du SYNERPA, et de MM. Emmanuel Duret, président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) et Yves-Jean Dupuis, directeur de la FEHAP

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous souhaite la bienvenue. Notre mission fait porter ses travaux actuels sur le financement des maisons de retraite et sur le coût de l'hébergement pour les personnes âgées et leurs familles. Elle s'intéresse aussi à l'approche médico-sociale. Une étude du Commissariat général du Plan montre que les créations de places ont principalement lieu dans le secteur commercial. Pensez-vous que les différents opérateurs – secteur public, secteur associatif non lucratif, secteur commercial – soient sur un pied d'égalité en matière de financement ?

M. Yves Journal : Oui, puisqu'ils rendent le même service avec les mêmes moyens. Que le secteur privé commercial ait accès à des modes de financement de l'immobilier, c'est possible, mais c'est la seule différence. Pour le reste, le prix de revient par jour et par résident est le même pour tous, et il me semble utile de le décomposer.

Le prix de revient s'analyse en trois blocs : prise en charge du soin, prise en charge de la dépendance, hébergement. Or, la prise en charge du soin s'élève à 17 euros pour le secteur commercial et à 19 euros pour les autres secteurs, mais ce montant ne tient compte, ni de l'amortissement du coût de l'immobilier, ni des charges liées à l'administration et à la direction. De même, la prise en charge de la dépendance, à raison de 30 % des frais de personnel relatifs aux aides-soignantes et aux aides hôteliers, est d'environ 10 euros pour le secteur commercial et de quelque 12 euros pour les autres secteurs, sans que l'on tienne davantage compte de l'amortissement d'immeubles dont l'adaptation à des personnes handicapées requiert pourtant des aménagements particuliers.

Tout le reste est imputé à la section hébergement. Par « reste », il faut entendre l'alimentation pour 4 euros au minimum, les autres achats pour 5 euros, les services extérieurs pour 8 euros, les impôts et taxes pour 2 euros, soit 19 euros auxquels s'ajoutent 3 euros d'amortissement des agencements intérieurs. À ces 22 euros il faut adjoindre les charges de personnel, à hauteur de 70 % du coût des aides hôteliers, soit 20 euros par jour.

Que constate-t-on? Que pour cette seule section on a déjà dépensé 42 euros, ce qui correspond au revenu moyen des personnes âgées en France, sans que l'immeuble, qui coûte plus ou moins cher selon les lieux, soit financé.

Or, les immeubles étaient beaucoup moins cher il y a dix ans qu'ils ne le sont aujourd'hui, en raison de l'édiction de normes nouvelles et parce que l'on a créé des chambres particulières et de plus vastes espaces collectifs, passant au total de 37 m² à 52 m² par lit, ce qui n'est pas une mauvaise chose. Mais dans le même temps le coût des travaux et de la charge foncière a augmenté si bien que le coût du lit varie désormais de 70 000 à 120 000 euros. Il en résulte un loyer quotidien de 17 à 18 euros alors que le loyer moyen, hors établissements, n'est que de 5 à 7 euros.

En résumé, le prix de revient global de l'hébergement est de 60 euros alors que le revenu moyen des personnes est de 42 euros. On est dans une impasse, que le secteur commercial résout en fixant un tarif moyen de 60 euros, avec un quartile à 47 euros – ce sont souvent des établissements anciens dont les immeubles sont amortis – et un quartile à 80 euros. C'est ce qui lui permet de financer son parc immobilier. Aux autres secteurs on impose des contraintes tarifaires, et si le tarif fixé est inférieur à 60 euros, ils doivent chercher des financements. Le vrai problème, c'est la différence entre une charge objective de 60 euros et une ressource inférieure d'un tiers.

En réalité, la prise en charge des soins par la collectivité est nettement insuffisante, car beaucoup est omis dans la prise en charge actuelle : les locaux, les *process*, les frais de direction et d'administration. Lorsque le taux d'encadrement est de 0,3, il n'y a pas de comité d'entreprise ; lorsque l'effectif s'accroît, la gestion du personnel devient beaucoup plus lourde, mais ce n'est pas davantage pris en charge. Les particularités des immeubles qui tiennent à la prise en charge de la dépendance tels que les équipements spéciaux ou la nécessité de couloirs larges d'un mètre quatre-vingt-dix, par exemple, sont d'autres contraintes reportées sur la section hébergement. L'analyse par le prix de revient permet de comprendre quel est le nœud du problème.

M. Emmanuel Duret : Bien que représentant la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, je me retrouve dans cette analyse même si, dans nos établissements, les prix de revient s'étagent de 41 euros à 59 euros, avec une moyenne de 47 euros et une répartition sensiblement équivalente. Il est effectivement anormal que la totalité des coûts d'amélioration ou de remise aux normes repose sur le budget d'hébergement. Je considère également qu'il serait assez normal de faire peser une partie de cette charge sur les budgets dépendance et soins. Je souligne que, si nos établissements peuvent plus facilement que les établissements commerciaux obtenir des subventions, cela ne change rien sur le fond car il leur faudra quand même amortir le prix de la construction, charge que l'on retrouvera dans le prix de l'hébergement. Voilà ce qui explique un certain retard. Par ailleurs, il faut trouver un équilibre entre une sécurité nécessaire et un empilement continu de normes nouvelles, imposées avant même d'avoir été chiffrées.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cette remarque est récurrente.

M. Emmanuel Duret : Les directeurs d'établissements voient tomber une avalanche de normes nouvelles, facteurs d'accroissement permanent des coûts, qui sont malheureusement répercutés dans le prix demandé aux résidents ou à leur famille. La question est d'autant plus épineuse que, si l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a augmenté temporairement la solvabilité des intéressés, cette tendance trouve ses limites. Les

seules normes anti-incendie renchérissent les coûts de 7 à 10 %. Or, ce sont des travaux très importants, car ils obligent à revoir les circulations, et de nouvelles normes sont régulièrement édictées, qui induisent toutes des surcoûts. Les normes relatives à l'hygiène sont plus simples à appliquer, car elles renvoient davantage à des protocoles de soins.

Mme Florence Arnaiz-Maumé : Vous nous avez interrogé sur l'égalité entre les différents secteurs en matière de financement. Je me dois de souligner que l'on revient de loin et que la réforme de la tarification a induit une égalité beaucoup plus marquée qu'elle ne l'était il y a cinq ou sept ans. Mais, globalement, nous sommes les seuls à appliquer la « DOMINIC + 35 », les autres secteurs bénéficiant du dispositif du clapet anti-retour.

M. Yves Journal : Les surcoûts immobiliers sont très nombreux. C'est bien pourquoi les dossiers concernant des établissements nouveaux présentés aux comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) font ressortir un prix moyen de 100 000 euros par lit. Or, si l'on ramène ce prix à la surface privative, qui est de 20 mètres carrés, on parvient à 5 000 euros le mètre carré, un écart phénoménal avec le prix des logements ordinaires.

M. Yves-Jean Dupuis : L'impact le plus important est celui du prix du foncier, qui entraîne de grandes variations dans les tarifs au lit construit selon que l'on est dans une métropole ou ailleurs.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il y a un grand écart, pour les personnes âgées, entre le coût de l'hébergement en services hospitaliers et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Par ailleurs, la MSA, que nous venons d'entendre, a fait le choix de la non médicalisation.

M. Emmanuel Duret : La médicalisation des établissements augmente et elle est souhaitable étant donné les pluripathologies qui découlent de l'allongement de la durée de vie. La tendance est donc au rétrécissement de l'écart.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Une personne âgée mourant à l'hôpital n'aura payé que le forfait hospitalier. Si elle meurt en EHPAD, l'hébergement lui aura coûté beaucoup plus cher. Or, puisque de plus en plus de gens finissent leurs jours en EHPAD, n'est-ce pas plutôt de soins que d'hébergement qu'il s'agit ? Il y a là une discrimination inacceptable.

M. Yves Journal : Une partie des coûts immobiliers doit être imputée aux budgets « soins » et « dépendance ». Lorsque vous êtes autonome, vous habitez un immeuble dans lequel on a construit 25 mètres carrés de surface collective pour vos 20 mètres carrés de surface privative. Si, pour la même surface privative, on en est à 52 mètres carrés de surface collective en EHPAD, soit deux fois plus, c'est que l'on tient compte des contraintes liées à la dépendance. Voilà ce qui explique le renchérissement du coût de l'immobilier.

M. Emmanuel Duret : Je partage sans réserve ce point de vue. Il n'y a lieu d'affecter à la section hébergement que ce qui correspond à l'hébergement d'une personne valide. Tout le reste devrait relever des budgets « soins » et « dépendance ».

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous le sentiment d'un glissement des frais de personnel vers d'autres budgets que ceux auxquels ils devraient être affectés ?

M. Yves-Jean Dupuis : Il n'y a pas de glissement car il n'y a jamais eu de mise à niveau. De tout temps, on a affecté au volet « hébergement » ce qui aurait dû l'être aux budgets « soins » ou « dépendance », et la « DOMINIC + 35 » n'a pas permis la redistribution souhaitable, si bien que les résidents continuent de régler des charges qui devraient relever d'un autre secteur. De plus, les établissements qui ont signé les premières conventions tripartites à des conditions plus avantageuses que la « DOMINIC + 35 » risquent de devoir procéder à des réaffectations budgétaires de personnel anormales lors du renouvellement des conventions.

M. Yves Journal : La démarche analytique n'est pas très savante. Il suffit de comparer les coûts de personnel dans un hôtel-restaurant et dans un EHPAD pour évaluer la différence qui est mise à la charge de la personne âgée sur la section hébergement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les considérations financières expliquent-elles à elles seules le faible nombre des conventions signées ? Même si le financement n'est pas à la hauteur, il existe !

M. Emmanuel Duret : En moyenne nationale, de 50 à 60 % de nos établissements ont signé une convention tripartite. La lenteur des signatures a des causes multiples. La démarche elle-même était très ambitieuse car elle suppose l'élaboration de projets et de référentiels de qualité qui ont pu sinon décourager du moins faire différer les signatures par les petits établissements où le personnel de direction est peu nombreux. Le maquis réglementaire n'a pas facilité les choses. Les établissements déjà en avance ont profité d'un effet d'aubaine en signant les premiers avec une « DOMINIC + 70 », voire « + 80 ». Ensuite, le mouvement s'est poursuivi avec des ressources plus faibles, et plus on approchera la DOMINIC « sèche », plus le conventionnement sera difficile à obtenir. D'ailleurs, ceux qui ont signé sont inquiets de la perspective de la suppression du clapet anti-retour.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les familles se plaignent-elles des coûts auprès de vous ?

M. Emmanuel Duret : La création de l'APA avait détendu la situation, mais il y a une limite à la solvabilité des résidents et de leurs familles. Par ailleurs, la tendance étant à la prolongation de la durée moyenne de séjour, le coût de l'hébergement est ressenti comme insupportable par les résidents qui sont en place depuis longtemps.

M. Yves Journal : Il est exact que l'augmentation du prix de l'hébergement dépasse celle des ressources des personnes, mais la tension n'est pas plus forte qu'il y a trois ou quatre ans. En revanche, le niveau d'exigence s'élève, ce qui est légitime, et chacun est plus attentif à la qualité des prestations. Ces exigences plus fortes conduisent à des investissements supplémentaires qui renchérissent le prix de journée, et les résidents en place protestent car ils n'ont pas toujours conscience que les améliorations ont un coût.

M. Yves-Jean Dupuis : L'obtention de l'aide sociale devient de plus en plus difficile et le recours sur succession, pour la partie hébergement, de plus en plus prégnant. Aussi de nombreuses familles renoncent-elles à demander l'aide sociale et font pression pour que le prix de journée n'augmente pas trop.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelle part du coût de l'hébergement est consacrée à l'investissement ?

M. Emmanuel Duret : Mieux vaudrait sans doute comparer le coût d'une construction adaptée aux besoins d'une personne âgée à celui d'un logement-foyer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Selon les représentants de la MSA, le prix du mètre carré construit est de 1 270 à 1 461 euros pour les MARPA.

M. Yves Journal : Sans doute, mais il reste à savoir pour quelle surface totale. Le prix de revient au mètre carré, hors foncier, s'établit effectivement à 1 300 euros environ mais le problème tient à ce que, dans les EHPAD, 20 mètres carrés de surface privative impliquent la construction de 52 mètres carrés au total. Le surcoût de loyer qui en résulte devrait être pris en charge par les budgets « soins » et « dépendance ».

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Certains départements pratiquent l'aide à la pierre.

M. Emmanuel Duret : Les établissements en sont solvabilisés pendant la phase des travaux, mais il leur faudra dans tous les cas amortir l'investissement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La mission, qui constate des concepts différents selon les structures, recueillera avec intérêt les propositions que vous pourrez lui soumettre.

M. Yves Journal : La diversité de l'offre est à préserver absolument. À cet égard, on ne peut que s'inquiéter de la tendance continue à la normalisation pour des raisons budgétaires. Avec les forfaits de soins contingentés, on en vient à une planification sanitaire que je juge dangereuse.

M. Emmanuel Duret : Il faut toujours privilégier l'offre liée aux besoins de la personne. Or, des tendances fortes se dessinent. Les personnes âgées souhaitent légitimement rester chez elles le plus longtemps possible, comme le montre l'âge moyen d'entrée dans les EHPAD. Mais, une fois le pas franchi, elles souhaitent aussi demeurer le plus longtemps possible dans le même établissement, ce qui conduit à la médicalisation des structures. J'ai noté votre remarque relative à l'iniquité des coûts d'hébergement comparés en EHPAD et à l'hôpital mais, en pratique, les personnes âgées préfèrent rester dans l'établissement qui les héberge plutôt que d'être transférées dans un service hospitalier, ce qui annonce la fin.

M. Yves-Jean Dupuis : Nous réfléchissons, au sein de la mission dirigée par M. Michel Thierry, aux moyens de graduer la prise en charge des personnes âgées. Un accompagnement médicalisé est nécessaire dans les EHPAD. À ce stade de la réflexion, nous envisageons trois niveaux. Nous vous transmettrons l'état de nos travaux.

M. Emmanuel Duret : Le niveau moyen de médicalisation est beaucoup plus élevé dans nos établissements que dans les établissements à but lucratif, comme le montre le nombre d'emplois créés, qui est de 4 à 4,5 pour nous et de 8 dans les établissements commerciaux.

M. Yves Journal : Cela s'explique par le fait que nous n'avons pas, auparavant, de section de cure médicale.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : D'autres pays, notamment les pays scandinaves, ont choisi de ne pas médicaliser les établissements – mais la qualité de la prise en charge n'y est pas la même qu'en France. Mon expérience professionnelle antérieure me fait douter de la pertinence d'une trop grande médicalisation.

M. Yves Journal : Le coût du logement représente 30 % de la consommation d'une personne âgée lorsqu'elle est hébergée en EHPAD alors qu'il constitue 18 % de la consommation des ménages. Cette différence de 12 % est considérable.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Madame, Messieurs, je vous remercie.

AUDITIONS DU 19 JANVIER 2006

Audition de M. Jean-Louis Sanchez, délégué général de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)

M. Pierre Morange, coprésident : La MECSS reprend aujourd'hui ses auditions publiques sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. La Mission devrait terminer ses travaux sur ce thème fin février-début mars.

Nous entamerons alors un cycle d'auditions publiques sur le premier thème d'évaluation et de contrôle de l'année 2006 qui est « La tarification à l'activité dans les établissements de santé ». Cela nous permettra d'aborder la question importante du financement des hôpitaux et des cliniques. Le rapporteur sur ce thème sera prochainement nommé.

Par ailleurs, je rappelle que la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales a procédé, mardi dernier, à la désignation des membres de la MECSS pour 2006. Il y a très peu de changements par rapport à la composition de la Mission l'année dernière. Les coprésidents sont inchangés, et Mme Paulette Guinchard continue d'assurer sa tâche de rapporteure sur le sujet qui nous réunit aujourd'hui. Il convient également de souligner que trois des quatre rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, désignés également avant-hier par la Commission, sont aussi membres de la MECSS. Ces décisions traduisent la volonté d'assurer, d'une part, la continuité de l'action de fond engagée par la MECSS, d'autre part, la meilleure articulation possible entre le travail législatif effectué par la Commission et la Mission en matière de sécurité sociale.

Je rappelle également que le délai de réponse à la notification des préconisations formulée par la MECSS dans son premier rapport sur « L'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale » expire le 24 janvier prochain. À ce jour, seuls M. Thierry Breton, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, et M. Jean-François Copé, ministre délégué au budget et à la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement, ont répondu, de manière d'ailleurs plutôt formelle. Nous attendons les réponses de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, de M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, ainsi que des présidents des conseils d'administration et directeurs des caisses et organismes nationaux du régime général de sécurité sociale, c'est-à-dire la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF, l'ACOSS et l'UCANSS.

J'ai maintenant le plaisir d'accueillir M. Jean-Louis Sanchez, délégué général de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée. Je donne tout de suite la parole à Mme la Rapporteure, afin qu'elle pose ses premières questions.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Notre Mission s'intéresse notamment au « reste à charge » pour les familles et aux coûts des structures d'hébergement des personnes âgées.

Peut-on démontrer, à votre avis, que des investissements publics en faveur de la création ou de la rénovation de maisons de retraite auraient tendance à réduire les demandes d'aide sociale, les charges des familles se trouvant ainsi allégées ? Peut-on établir quelles sont les conséquences de l'aide à la pierre sur l'aide sociale ? Est-il possible de connaître les effets des investissements des départements en matière d'hébergement sur les variations du montant de l'aide sociale ?

Nous avons reçu les représentants de plusieurs départements, celui des Vosges en particulier, qui nous ont exposé qu'une aide à la pierre de 40 % permettait de réduire à la fois le coût de l'hébergement et celui de l'aide sociale. Le sénateur Bernard Cazeau, en revanche, nous a dit que le conseil général de la Dordogne n'avait observé aucun lien entre les deux éléments.

M. Jean-Louis Sanchez : Je m'attendais davantage à des questions sur l'impact de la départementalisation sur les coûts en matière d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), d'hébergement, de médicalisation, ainsi que sur des aspects plus qualitatifs... Mais je vais tenter de vous répondre.

L'aide à la pierre n'est pas généralisée : c'est une aide sociale facultative. Nous n'avons pas mesuré son impact, mais nous sommes inquiets de la forte croissance, ces trois dernières années, de la dépense des départements en matière d'aide sociale à l'hébergement ou des établissements pour personnes âgées (ASH). L'APA en établissement représente 1,025 milliard d'euros, et l'augmentation de l'ASH est due indirectement à l'accroissement des coûts des établissements sous l'effet des conventions tripartites, de la réduction du temps de travail (RTT) et des revalorisations salariales - en particulier pour les personnels d'encadrement. Il est frappant de constater qu'entre 2003 et 2004, pour un nombre de bénéficiaires égal à 119 000 environ dans les deux cas, la dépense a augmenté de 10 %.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : À quoi est liée cette augmentation des coûts ?

M. Jean-Louis Sanchez : Il n'y a pas d'évaluation quantitative des fonctions des établissements. Les prix de journée sont établis de façon très aléatoire. Les mesures nationales de revalorisation salariale et le passage, bien que progressif, aux 35 heures ont eu un impact direct sur les coûts des établissements. Plus généralement, il y a une crise d'efficacité du secteur public, qu'on a pu mesurer à l'occasion du débat sur le taux d'encadrement des établissements : il aurait fallu commencer par se demander à quoi sert exactement cet encadrement.

Selon une étude du Commissariat général du Plan que vous connaissez sans doute, la part des dépenses d'administration est très supérieure dans les établissements publics à ce qu'elle est dans les établissements privés lucratifs. Nous ne sommes ni pour ni contre le privé lucratif par principe, mais il est tout de même intéressant de noter que le mode de fonctionnement a un impact direct sur la dépense. Nous avons étudié les établissements accueillant des personnes âgées dont le niveau de dépendance est relativement élevé, et nos conclusions sont que l'on peut avoir de très bonnes prestations pour un prix de journée de 45 euros, et des prestations de qualité inférieure pour des prix de journée bien plus élevés. Cette dérive des coûts, que l'on observe un peu partout, doit être maîtrisée, en s'aidant de comparaisons, y compris avec des pays étrangers. Il conviendrait de se doter de modes de gestion plus pertinents et de s'interroger sur l'orientation dominante à donner à l'établissement de demain : culture hospitalière ou culture du lien social, de l'animation ?

Il y a un fort besoin d'évaluation, car les situations sont très diversifiées sans qu'il y ait à cela de justification cohérente. Il est essentiel d'analyser la structure des dépenses, en comparant des établissements en situation comparable et en étant attentif à tout ce qui peut être source de progrès et d'évolution.

Nous sommes devant une contradiction. Les personnes âgées souhaitent de plus en plus rester à leur domicile, ce que l'on peut comprendre, si bien que l'âge et le niveau de dépendance moyens au moment de l'entrée en établissement sont de plus en plus élevés.

Parallèlement, le poids du milieu hospitalier est très important : plus d'un tiers des maisons de retraite sont fortement médicalisées. D'où cette question : faut-il déconnecter davantage l'hébergement collectif de la culture hospitalière, y compris en ce qui concerne l'encadrement des personnels ? Nous assistons à un changement culturel très important chez les personnes âgées, au passage de la « génération Luis Mariano » à la « génération James Brown », qui aura des exigences bien supérieures en matière de vie sociale. Les personnes âgées qui envisagent d'entrer en établissement redoutent de se trouver dans un milieu proche de l'hôpital, et la sécurité médicale n'est pas forcément ce qu'elles recherchent avant tout.

L'enjeu est d'inventer une formule intermédiaire, pour répondre à leur attente en même temps qu'on allégera le besoin de financement. Cela suppose de renforcer les actions de prévention de la dépendance, pour laquelle nous sommes en retard sur la Belgique, les Pays-Bas ou la Catalogne, et aussi de développer l'expérimentation. Il faut aussi songer à mutualiser davantage l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées, repenser les modes de tarification, qui reposent trop sur une logique administrative, et pas assez sur un contrôle du contenu et de la finalité. La réglementation est en effet omniprésente, allant de la définition des normes de sécurité jusqu'à celle des tâches d'encadrement. Il faut passer d'un contrôle rigide *a priori* à une logique de sanction des résultats.

Ce qui fragilise l'action sociale des départements, au-delà d'une progression de l'APA ressentie comme nécessaire, c'est justement la logique actuelle, qui empêche de cerner les responsabilités. L'absence de transparence n'est pas due au souci des élus locaux de masquer leur action, bien au contraire, mais à la complexité du système, qui empêche la communication en direction du public.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Est-ce à dire que, si les coûts augmentent, c'est parce que la part du sanitaire est trop élevée ? Avez-vous des éléments qui permettraient de creuser davantage cette piste de travail ?

Nous sommes très impressionnés d'entendre que le nombre des personnes concernées par l'aide sociale à l'hébergement reste constant, et que la dépense augmente néanmoins de 10 %. Est-ce dû au fait que le mécanisme de recours sur succession n'est pas suffisamment au point ? Est-ce dû aux tarifs d'hébergement ? Vos adhérents vous ont-ils demandé de cerner l'impact des 35 heures ? Vous avez observé d'autre part que, dans le privé lucratif, le poids des dépenses d'administration était sensiblement inférieur. Pouvez-vous préciser ?

Avez-vous, d'autre part, des éléments sur l'impact de l'aide à la pierre sur le prix de journée ?

Vous avez dit, enfin, que les tarifs d'hébergement étaient fixés de façon aléatoire. J'avais pourtant cru comprendre que les départements essayaient de les maîtriser et que la réforme de la tarification encadrerait quand même un peu les choses.

M. Jean-Louis Sanchez : Je serai très prudent dans ma réponse, car nous essayons actuellement de passer d'une étude macroéconomique à une étude plus qualitative. Nous partons d'un constat alarmant : en 2004, les dépenses d'action sociale des départements ont augmenté, et ce à cause de la dérive des coûts, pas à cause de la décentralisation. La situation est particulièrement préoccupante dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance (ASE), où le lien de dépendance entre établissements et départements est très direct : en quinze ans, la dépense a quasiment triplé, alors que le nombre d'enfants hébergés a stagné. C'est moins net en matière d'ASH, car le prix de journée fait reposer une partie du coût sur les familles. Je réponds donc à votre question : l'augmentation de la dépense correspond à celle du coût de

la prestation. On peut aussi faire l'hypothèse, assez inquiétante, qu'il y a des gens qui, avant, ne sollicitaient pas l'ASH, et qui la sollicitent maintenant parce que le coût de l'hébergement est tel qu'ils ne peuvent l'assumer sans aide.

M. Pierre Morange, coprésident : Disposez-vous d'une comptabilité analytique permettant d'avoir une vision moins générale ? On observe en effet des écarts de coûts d'hébergement allant du simple au triple.

M. Jean-Louis Sanchez : C'est une étude que nous voulons justement faire cette année, dans le cadre de notre commission Finances, où sont représentés un tiers des départements de France. Pour l'ASE, il n'est pas nécessaire de faire des études qualitatives, mais pour l'ASH, il faut aller voir sur place dans les établissements.

M. Pierre Morange, coprésident : Si je comprends bien, il n'y a jamais eu de ventilation analytique des dépenses ?

M. Jean-Louis Sanchez : Non, car il faut étudier les choses établissement par établissement, faire une analyse micro-économique. C'est très important, et c'est un des principaux sujets d'inquiétude de l'ODAS, non pas par idéologie, mais parce que la dérive des coûts est telle qu'il faut absolument les maîtriser. Dépenser plus, pourquoi pas ? Mais à condition que les résultats soient meilleurs.

M. Pierre Morange, coprésident : Telle est bien, je peux vous rassurer, la philosophie de la MECSS.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous calculé la part du coût d'hébergement qui provient de l'amortissement des emprunts ?

M. Jean-Louis Sanchez : Nous n'avons pas fait d'étude, mais je peux répondre qu'elle n'est pas décisive, étant donné que plus des deux tiers des dépenses des établissements sont des dépenses de personnel.

M. Jean-Luc Prél : J'avais défendu, dans mon conseil général, l'idée d'une subvention à l'investissement qui permettrait d'abaisser le coût des loyers. Est-ce que, globalement, le résultat serait intéressant, non seulement pour la collectivité mais aussi pour les personnes hébergées et leurs familles ?

M. Jean-Louis Sanchez : Les dépenses d'investissement ou d'amortissement pèsent de façon très minoritaire. Si les tarifs d'hébergement vont du simple au triple, c'est surtout dû au taux d'encadrement et aux problèmes d'absentéisme. La question essentielle est celle du mode de gestion des établissements. Il serait sans doute assez facile d'établir un ratio national des dépenses d'investissements, mais on sait déjà que, *grosso modo*, les deux tiers des dépenses sont des dépenses de personnel et que le tiers qui reste ne se limite pas à l'investissement et à l'amortissement.

M. Jean-Luc Prél : J'ai bien pris note de votre plaidoyer pour la maîtrise des coûts, mais j'ai également compris que vous souhaitiez des établissements mieux adaptés aux demandes des personnes, des formules transitoires s'adressant à des personnes encore plutôt valides. Avez-vous une idée du coût des établissements de ce type ? Un CANTOU, ou un établissement à orientation Alzheimer, est très différent d'une résidence-services pour personnes valides. Les discussions en vue des conventions tripartites sont très difficiles, car chacun se renvoie la balle.

D'un côté, il n'est pas normal qu'un établissement qui accueille 80 personnes âgées dépendantes n'ait qu'une seule personne présente la nuit pour les surveiller – il y a derrière cela, bien sûr, un problème de coût. Mais d'un autre côté, développer l'animation dans les établissements accueillant des gens habitués à une vie sociale relativement intense a aussi un coût.

Autre question : est-il préférable, selon vous, que les intervenants soient intégrés au personnel de l'établissement, ou lui soient extérieurs ?

Enfin, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vous paraît-elle un progrès, ou au contraire une source de complexité supplémentaire ?

M. Jean-Louis Sanchez : Sur les modes d'hébergement, je suis toujours très étonné quand j'entends présenter les foyers-logements comme une formule rétrograde. Dans les années qui viennent, nous allons avoir à la fois 30 à 40 % de personnes âgées en plus, et deux fois moins d'aidants familiaux. Nous allons tout droit dans le mur si nous n'avons pas d'établissements de type intermédiaire et si nous ne nous plaçons pas, de façon inventive, dans une démarche intergénérationnelle. On nous accuse parfois d'enfoncer des portes ouvertes, mais c'est bien la preuve, justement, que l'idée a progressé dans les esprits. Chaque fois qu'on engage une démarche intergénérationnelle, le succès dépasse toutes les prévisions. Ainsi, la responsable d'une maison de retraite dont les pensionnaires font du soutien scolaire dans les maisons de retraite nous a dit son enthousiasme de voir des personnes très âgées, dont une de 92 ans, regagner en vitalité grâce à cette activité, et sentir le monde extérieur porter sur elles un tout autre regard ; quant à la demande des élèves, elle s'est accrue dans des proportions telles qu'il a fallu « rationner » les séances à raison d'une toutes les deux semaines. C'est quelque chose qu'il faudrait faire dans toutes les maisons de retraite.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : A-t-on mesuré l'impact de ce genre d'initiatives sur les besoins en personnel, sur la consommation de médicaments ?

M. Jean-Louis Sanchez : Ce sont des choses que nous allons regarder de près.

Renforcer l'animation ne signifie pas forcément augmenter les coûts. Une maison de retraite en Maine-et-Loire, par exemple, a demandé à son personnel d'avoir une activité bénévole parallèlement à son activité professionnelle : le cuisinier, par exemple, s'occupe du labo photo, la lingère d'autre chose, etc. Cela peut paraître utopiste, mais ce le serait moins si le mode d'encadrement était régi par une logique d'animation et pas seulement par une logique de sécurité. Il faut repenser le service public dans une logique de management des ressources humaines que nous n'avons pas encore intégrée. Aujourd'hui, il y a de très nombreux directeurs qui exercent des responsabilités par intérim sur plusieurs établissements. On économise d'un côté des postes de directeurs, mais on a, de l'autre, un déficit d'organisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quel est l'impact d'une telle organisation sur le prix de journée ?

M. Jean-Louis Sanchez : La maison de retraite dont je parle a un tarif d'hébergement de 45 euros par jour. C'est l'un des établissements les plus performants de France, j'y ai d'ailleurs mis mes parents.

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous mesuré l'effet sur la consommation pharmaceutique, sur la masse salariale ?

M. Jean-Louis Sanchez : Pas vraiment, mais si le prix de journée est peu élevé, cela veut dire que la masse salariale n'est pas excessive.

M. Pierre Morange, coprésident : Il faudrait faire des comparaisons dans le temps.

M. Jean-Louis Sanchez : C'est un établissement trop récent pour cela.

Dans le secteur de la petite enfance, le service public a un ratio d'encadrement deux fois plus élevé qu'au Québec, et trois fois plus élevé qu'en Espagne. Dans le secteur des personnes âgées, le problème est surtout celui de la redéfinition des projets d'établissements et du mode de recrutement des encadrements. Les formules qui marchent bien ne sont pas celles qui sont soutenues : les CANTOU, par exemple, n'ont quasiment aucun soutien de la part des pouvoirs publics, et personne n'a essayé d'étendre la formule des résidences Marguerite de Roanne.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je partage votre point de vue, mais nous n'arriverons à convaincre que si nous démontrons qu'il y a des effets positifs sur les coûts. J'ai l'exemple d'une maison de retraite qui a monté un projet analogue à celui du Maine-et-Loire, sans recourir cependant au bénévolat : la consommation annuelle de médicaments y a baissé de plus de 50 000 euros. J'aimerais, personnellement, avoir dans ma région un établissement comme celui-là, où non seulement je n'hésiterais pas à envoyer quelqu'un, mais où j'entrerais même volontiers moi-même, en ayant l'assurance que ma dignité y sera respectée. Mais pour développer ce genre de choses, il faut avoir des arguments financiers à mettre en avant.

M. Jean-Louis Sanchez : Vous les aurez l'an prochain.

M. Pierre Morange, coprésident : Hélas, notre rapport sera déjà rédigé.

M. Jean-Luc Prél : Vous ne m'avez pas dit si vous étiez pour la médicalisation interne, ou externe.

M. Jean-Louis Sanchez : La médicalisation interne peut être excellente si elle est maîtrisée. Sinon, autant recourir à l'externe. Le problème, c'est que nous n'avons pas la culture de l'évaluation, mais celle des moyens. Nous vous adresserons nos travaux l'an prochain, mais le message fort que je veux d'ores et déjà porter, c'est que nous sommes de plus en plus inquiets de l'évolution des dépenses, sans qu'il y ait pour autant une réelle vision prospective des besoins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Y a-t-il des départements qui s'interrogent sur la structure des coûts d'hébergement, sur l'idée de renforcer en priorité les équipes d'accompagnement et d'aide, et qui se posent la question du « reste à charge » ? Ce sont bien les départements, au bout du compte, qui autorisent les tarifs. Or cette tarification est très compliquée, et pèse très inégalement sur les familles, qui ont du mal à le comprendre.

M. Jean-Louis Sanchez : Je pourrai vous donner des éléments dans la journée.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous n'avez pas répondu non plus à la question de M. Prél sur la CNSA, question que je prolongerai en vous demandant s'il existe des démarches visant à optimiser la dépense en mutualisant, en regroupant la prise en charge de la dépendance et celle du handicap.

M. Jean-Louis Sanchez : La CNSA devrait être, théoriquement, un facteur de complexité supplémentaire. En pratique, je serai beaucoup plus indulgent, car l'équipe de la CNSA est d'une qualité exceptionnelle, et va peut-être réussir à produire de la simplicité...

L'idéal serait que, demain, l'idée de soutien aux personnes âgées en tant que telles n'ait plus cours, car elle est une insulte à l'âge, qui devrait être plutôt considéré comme une expérience et une force. Il faut parler de soutien à la dépendance et au handicap, car la fracture n'est pas l'âge, mais bien la nature du handicap. Mutualiser les moyens est donc l'objectif vers lequel il faut tendre : chaque fois que l'on a tenté de rapprocher, en établissement, personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, les éléments de performance l'ont emporté sur les difficultés. Si l'on parvient à uniformiser les prestations, les équipes, l'accueil, on obtiendra des économies d'échelle.

La CNSA a été créée à la suite de compromis institutionnels certes aberrants, mais elle est devenue un facteur possible d'évolution et de simplification. Toutes nos difficultés peuvent être surmontées s'il y a une véritable volonté de réforme, si l'on ose aborder différemment les problématiques. Mais on peut avoir quelques doutes quand on voit que le ministre en charge de la vie associative est aussi le ministre des sports, c'est-à-dire celui qui produit une réglementation excessive au risque de tuer le bénévolat. Ce qu'attendent les collectivités locales, c'est plus de clarification et moins de réglementation : laissons respirer la société française. La Suisse, où le respect de l'État de droit est pourtant plus ancré qu'il ne l'est en France, sait se montrer assez souple pour laisser les personnes âgées hébergées en établissement s'occuper d'enfants. Pourquoi n'en ferions-nous pas autant ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Reste à trouver des arguments qui prouvent que ça coûte moins cher...

M. Pierre Morange, coprésident : On ne peut en effet s'accommoder indéfiniment de cette accumulation de facteurs de complexité à laquelle chacun contribue...

Monsieur Sanchez, je vous remercie.

*

Audition de M. Mme Michelle Landreau, première vice-présidente de l'Union nationale des associations du service à domicile (UNADMR), et Mme Stéphanie Bertrand, conseiller technique, M. Emmanuel Verny, directeur général de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), Mme Isabelle Donnio, directrice de l'Association des soins pour personnes âgées et handicapées du nord-ouest de Rennes (ASPANORD)

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à Mme Michelle Landreau, première vice-présidente de l'Union nationale des associations du service à domicile (UNADMR), qui supplée Mme Danièle Dumas, présidente, empêchée, et qui est accompagnée de Mme Stéphanie Bertrand, conseiller technique, ainsi qu'à M. Emmanuel Verny, directeur général de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) et à Mme Isabelle Donnio, directrice de l'Association des soins pour personnes âgées et handicapées du nord-ouest de Rennes (ASPANORD).

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Notre mission s'interroge sur le point de savoir pourquoi le coût de l'hébergement des personnes âgées est aussi élevé. Cela s'explique-t-il seulement par la rareté de l'offre ou aussi par la qualité de

la prise en charge ? L'évolution du dispositif actuel, dans lequel maintien à domicile et hébergement sont relativement séparés, serait-elle de nature à maîtriser les coûts tout en améliorant la qualité des soins ?

Mme Michelle Landreau : L'UNADMR a privilégié les petites unités de vie conçues pour que des personnes isolées puissent se rassembler et continuer d'avoir une vie sociale correcte. Ces structures, de même type que les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), sont des logements regroupés à côté de « maisons de services », ce qui est un facteur de sécurité et permet aux personnes âgées de vivre autonomes aussi longtemps que possible en bénéficiant de services à la carte. C'est ce qu'elles préfèrent, car elles ont le sentiment que des choix de vie sont encore possibles. Nous avons aussi des établissements dotés de services collectifs, ce qui pallie l'incapacité de certains à accomplir les actes de la vie quotidienne et contribue à réduire les coûts. Mais réduire les coûts n'est pas notre objectif premier car nous défendons avant tout le libre choix du projet de vie des personnes, et si nous essayons de faire au plus juste, notre priorité est le maintien à domicile.

M. Pierre Morange, coprésident : Le travail que vous accomplissez nous rend admiratifs, mais la Cour des comptes s'interroge sur l'organisation générale du maintien à domicile, en ce qu'elle a une incidence sur la population qui doit être prise en charge en ambulatoire ou en établissement. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

M. Jean-Luc Prél : Vos associations ont été créées pour favoriser le maintien à domicile mais sont parfois obligées d'intervenir en établissements faute de médicalisation. Êtes-vous capables de le faire ? Cela coûte-t-il cher ? Est-ce votre vocation, alors que l'on ne compense pas les postes affectés au maintien à domicile ? D'autre part, vous êtes aujourd'hui payés au forfait ; seriez-vous favorables à la tarification à l'acte ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce qui nous intéresse est de savoir comment mieux articuler le maintien à domicile, quelles qu'en soient les formes, et l'hébergement en établissements.

Mme Michelle Landreau : J'habite en Vendée, département où le premier service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a été ouvert en 1982, avec obligation d'aller en logement-foyer. Mais la limitation de capacité autorisée nous a amenés à reporter nos moyens sur le maintien à domicile. On pourrait imaginer que les gens soient pris en charge par une hospitalisation à domicile dans des établissements qui seraient des substituts aux domiciles non médicalisés, mais ce n'est pas l'orientation que nous souhaitons car notre philosophie est que des gens, même très lourdement dépendants, puissent rester dans nos structures.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : En somme, le fait que la partie « nursing » des soins soit assurée par le biais des SSIAD vous permet d'intervenir dans des structures plus légères, et vous considérez ne pas avoir à intervenir dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) fortement médicalisés. Mais avez-vous fait une étude des coûts comparés, pour la personne concernée ou sa famille, du service ainsi assuré de l'extérieur et du même service rendu en cas d'hébergement en institution ?

Mme Stéphanie Bertrand : Le recours au SSIAD n'a pas d'impact sur l'hébergement et le plafond de 34 euros n'est jamais atteint. Mais, en établissement, le niveau de dépendance est plus élevé qu'à domicile ; c'est pourquoi nous souhaitons davantage de financement pour la partie « soins en établissement », qui est insuffisante. Le tarif hébergement journalier est de quelque 32 euros pour les petites unités de vie dont le

GIR moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300 et il peut aller jusqu'à 45 euros pour des établissements dont le GMP est supérieur à 300.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La tarification des SSIAD n'est pas toujours adaptée à la situation des personnes. Savez-vous quelle somme est nécessaire pour couvrir les besoins ?

Mme Stéphanie Bertrand : Nous connaissons les tarifs d'aide à domicile.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il s'agit de partir des besoins et non des tarifs.

Mme Stéphanie Bertrand : Comme l'a dit Mme Michelle Landreau, pour nous l'important est le projet de vie. Cela étant, le coût de petites structures est bien moindre que celui d'établissements plus grands. Quand il s'agit d'habitat regroupé, nous sommes dans le droit commun, ce qui signifie que la personne est une locataire qui peut disposer de services collectifs en tant que de besoin. Dans ce cas, le loyer du logement est de 32 euros par jour et nous pouvons accompagner la dépendance à domicile. Certes, ce n'est pas possible pour toutes les pathologies, mais l'hospitalisation à domicile permet des réalisations intéressantes.

Mme Michelle Landreau : Lorsque la nouvelle convention collective de branche est entrée en vigueur, elle a eu pour conséquence une augmentation des rémunérations assez importante qui n'a pas été compensée dans le prix de journée des SSIAD. Nous avons de ce fait dû limiter la ligne « soins infirmiers », ce qui est regrettable car nombre de nos résidents sont très dépendants. Ce forfait est bien trop réduit.

Mme Stéphanie Bertrand : Il est de 11,50 euros par jour.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous parlez du tarif, mais pas des besoins.

Mme Michelle Landreau : Les besoins évoluent. A supposer qu'un bilan soit fait à l'entrée en établissement, trois ans plus tard la dépendance se sera accrue. Cela se comprend aisément, puisque l'âge moyen d'entrée en établissement est de 84 ans. La dépendance vient donc plus vite, mais l'on ne peut dire aux personnes de partir alors qu'elles sont arrivées depuis six mois. Voilà pourquoi, si l'on est dans une logique de forfait, on peut imaginer une amplitude moyenne et faire avec les moyens que l'on a, car nous savons évaluer les besoins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Par personne, certainement, mais je cherchais à savoir si vous êtes en mesure de l'évaluer selon le niveau de dépendance.

M. Pierre Morange, coprésident : M. Emmanuel Verny, j'aimerais que vous puissiez nous donner l'explication précise des lacunes de l'organisation du secteur et des problèmes d'évaluation de l'hospitalisation à domicile relevés par la Cour des comptes.

M. Emmanuel Verny : Je suis d'accord avec bien des choses dites par Mme Michelle Landreau. C'est la question posée – « pourquoi est-ce si cher ? » – qui me surprend.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ma formulation était elliptique. Ce qui me préoccupe est de savoir pourquoi le reste à charge des familles est aussi élevé.

M. Emmanuel Verny : Parce que le coût global est élevé. Je ne me prononcerai pas sur le point de savoir pourquoi il est aussi élevé en établissements, mais j'ai lu le rapport de la Cour des comptes et aussi les comptes rendus de vos auditions, qui reflètent un vif débat sur les coûts de construction et sur la détermination de qui doit prendre en charge les investissements, et qui disent aussi l'impossibilité collective de parvenir à une analyse fine de l'ensemble du système. Les opérateurs, les politiques et l'administration en sont tous responsables et nous devons nous doter d'un outil d'analyse permettant de prendre les décisions en toute connaissance de cause.

Une des indications figurant dans le rapport de la Cour des comptes nous a étonnés. C'est en effet la première fois que le coût du maintien à domicile est évalué à la moitié de celui du coût d'hébergement en établissement. J'ai d'ailleurs relevé que certaines des personnes entendues par votre mission expriment des doutes à ce sujet, particulièrement pour les GIR 1.

En bref, je ne sais pas en relation avec quoi on parle de cherté. D'ailleurs, c'est la première fois que l'on procède à une investigation aussi poussée que celle de la Cour des comptes, qui aboutit à déterminer une dépense publique de 15 milliards d'euros. Quant au scénario qui a la préférence du Commissariat général du plan, c'est celui du non-choix ; on continuerait au fil de l'eau, sans mécontenter personne puisque la même répartition serait conservée et que chaque secteur grossirait. Mais ne peut-on concevoir un autre scénario, qui permettrait de maintenir plus longtemps à domicile des gens qui sont actuellement hébergés en établissement ? Que l'on ne se méprenne pas, nous ne sommes pas des absolutistes du maintien à domicile et nous savons bien que certaines pathologies neuro-dégénératives le rendent impossible. Pour autant, l'articulation entre maintien à domicile et hébergement en établissement n'a jamais été étudiée à fond. Mais si l'on veut promouvoir un dispositif coordonné, il faut plutôt s'attacher à maîtriser les coûts que partir du postulat qu'il coûte trop cher, puisque la longévité ne cesse de progresser. À mon sens, le problème se dénouera lorsque les élections se joueront sur ces questions.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Comment parvenir à une meilleure coordination ?

M. Emmanuel Verny : En commençant par décloisonner les dispositifs d'évaluation de la personne vieillissante et qui va progressivement devenir dépendante, pour éviter la dispersion actuelle entre les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), les caisses de retraite et les dispositifs de soins infirmiers, dont il résulte qu'à 60 ans, pour un état similaire, on peut rester dans un dispositif « personne âgée » ou passer dans un dispositif « personne handicapée ». La Cour des comptes souligne que l'on n'est pas allé au bout des choix du pilote ; c'est que les instances qui financent veulent garder la maîtrise du financement. Que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soit une gare de triage des financements, et donnons aux conseils généraux les moyens d'aller au bout de leur mission en ce domaine. Dissociation validation des plans d'aide et gestion de la coordination des interventions auprès d'une personne donnée en évoluant vers des services polyvalents.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : En résumé, la question du lien entre hébergement en institution et maintien à domicile doit s'envisager sous l'angle des besoins de la personne, au niveau territorial.

M. Emmanuel Verny : Allons au bout de la logique choisie, donnons aux conseils généraux les moyens d'agir et les choses se feront par le dialogue. C'est d'ailleurs déjà assez souvent le cas.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les CLIC de niveau 3 répondent à votre préoccupation.

M. Emmanuel Verny : Oui, mais la CNAVTS a son propre dispositif.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je comprends et j'approuve l'obligation d'une prise en charge de qualité, mais le coût restant à la charge des familles est préoccupant.

M. Emmanuel Verny : C'est un choix de société. Ou l'on privilégie la solidarité dans l'organisation du dispositif et l'on institue des prélèvements collectifs ensuite redistribués, selon le principe « chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », ou l'on estime que la prise en charge doit être individuelle, que le reste à charge est relativement élevé et que chacun doit s'y préparer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les CLIC travaillent-ils à la mise en relation entre aspects financiers et besoins ?

M. Emmanuel Verny : Non.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les familles doivent donc décider selon le prix.

M. Emmanuel Verny : Dans le secteur de l'aide à domicile, c'est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui définit, selon les revenus, ce qui reste à charge, et il existe un barème de la CNAVTS.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Certains plans d'aide sont définis sans que ni la personne âgée ni sa famille ne soient entendus, sans qu'il y ait jamais eu de discussion sur les besoins réels entre la famille et la structure qui a fait l'évaluation. On estime qu'une personne donnée a besoin de tel montant d'aide pour être maintenue à domicile, mais ses ressources ne lui permettent pas forcément de payer le complément. La prise en charge doit être organisée en partant des besoins de la personne.

Mme Isabelle Donnio : Je vous rendrai compte de ce que je vis sur le terrain et de ce que j'entends dans mes fonctions d'enseignante à l'École nationale de la santé publique. Si l'on souhaite améliorer l'articulation des dispositifs de prise en compte – et je tiens à ce terme – des personnes en maintenant un rapport qualité-prix satisfaisant, l'approche territoriale est très importante, car c'est elle qui permet que la parole d'usage, celle des personnes âgées ou de leurs familles, soit entendue. D'autre part, il faut dire clairement quelle logique on suit. Part-on des dispositifs, ou bien de la prise en compte des besoins, qui peuvent aussi être évalués par les personnes elles-mêmes ? On observe fréquemment un décalage entre l'évaluation des besoins et son acceptation par la personne considérée, en fonction de la perception qu'elle a du réseau d'aide aux soins qui l'entoure. Il arrive ainsi qu'une aide estimée nécessaire après évaluation ne soit demandée que seize ans plus tard. Il arrive aussi que des gens refusent une aide ou la détournent de son objet. Il faut laisser des choix, ce qui est impossible si l'on part des dispositifs. De même, qui peut décider que certaines pathologies ne peuvent être traitées dans le cadre de l'aide à domicile ? Si l'on ne laisse pas la parole aux « usagers » à ce sujet, on ne leur laisse pas non plus de choix. Cette parole a pourtant beaucoup à nous apprendre, si on en permet l'émergence. Mais il y a une dissonance insupportable à prétendre la laisser émerger pour la faire taire. Il est indispensable de réduire cet écart, et non de l'aggraver.

Nous avons créé, il y a deux ans, le « Bistrot mémoire » pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches. Dans un premier temps, des groupes de parole avaient été constitués dans un établissement à l'intention de l'entourage de ces malades. L'analyse de l'expérimentation a montré qu'il convenait de prendre des mesures spécifiques pour ces aidants naturels, au demeurant pas si naturels que cela et exposés à un risque majeur d'épuisement, et qu'il fallait les soutenir pour empêcher la dégradation des relations familiales et, à sa suite, la maltraitance. Ensuite, nous avons créé un lieu de parole ouvert – ce qui montre que le décroisement est possible – et, tous les jeudis, ceux qui le souhaitent peuvent se retrouver dans un café du centre de Rennes. Ces rencontres contribuent à modifier la vision de la dépendance et à faire émerger la parole. Les familles ont besoin de partager ce qui leur arrive non seulement avec des professionnels mais aussi avec d'autres familles confrontées aux mêmes difficultés pour retisser des liens avec leur malade. Cette expérimentation est donc coproduite par les familles et les professionnels de l'aide à domicile et des établissements. Il s'agit bien d'un projet émanant d'un collectif de partenaires essayant d'être créatifs, sur un territoire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le projet d'accompagnement que vous décrivez montre un lien très fort entre les dispositifs d'hébergement et de maintien à domicile, et une parole reconnue. Menez-vous, en parallèle, une analyse économique ?

Mme Isabelle Donnio : Il faudrait en avoir les moyens. L'approche que je vous ai décrite est sociologique mais la préoccupation économique est présente dans notre réflexion et, alors que l'on parle d'organisation en réseau et de consultations intermédiaires dans les services régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, il serait très pertinent de s'adjoindre un économiste. Ses compétences seraient bienvenues pour la réalisation d'études sur le parcours des personnes entre maintien à domicile et hébergement en établissement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : M. Noël Diricq, ici présent, est conseiller maître à la 6^e chambre de la Cour des comptes. Il pourra nous dire sur quels éléments la Cour s'est appuyée pour déterminer que le maintien à domicile coûte moitié moins cher que l'hébergement en établissement.

M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes : S'il y est fait référence de manière lapidaire, les indications qui figurent à ce sujet dans le rapport peuvent faire paraître la Cour des comptes sûre de soi. Elles résultent d'un certain nombre d'approximations, car la Cour n'a jamais prétendu que la France est dotée des moyens qui lui permettent de connaître ces coûts – j'ai dit d'emblée devant la Mission que ce n'est pas le cas. Aussi la Cour ne prétend-elle pas avoir énoncé quelque chose de précis et de définitif à ce sujet. Une annexe du rapport explique comment on est parvenu à ce résultat mais comme elle est assez longue, j'invite ceux qui ne l'auraient pas lue à s'y reporter. La Cour croit pouvoir dire en conscience qu'il existe une différence de coûts très sensible entre maintien à domicile et hébergement en établissement et que, de plus, les risques de dérive des deux dispositifs risquent de ne pas être les mêmes.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Que la CNAVTS ne parvienne pas aux mêmes conclusions montre qu'il faut mettre au point un dispositif d'évaluation.

Mme Stéphanie Bertrand : Certains services, tant de la DDASS pour les soins que du conseil général pour l'accueil de jour, nous imposent parfois des taux d'encadrement en personnel soignant qui nous paraissent démesurés. C'est particulièrement vrai pour l'accueil

de jour, auquel nous sommes très favorables ; si, de ce fait, le coût journalier atteint 80 euros, il est inutile de le créer, car les gens n'ont pas les moyens de régler pareille somme. Or, la dépendance ne demande pas toujours uniquement du personnel soignant.

Mme Michelle Landreau : Nous connaissons des cas de demandes de prise en charge de retour au domicile après sortie d'établissement, en raison des coûts.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il y a donc bien lieu de s'interroger sur la question du coût en établissement.

Mme Michelle Landreau : Si l'on parle de coûts, on ne peut se limiter à l'analyse du prix de journée. Il faut tenir compte de l'économie locale dans son ensemble, et considérer que le maintien à domicile permet aussi le maintien de services à la population générale. Envoyer les personnes âgées en établissements, c'est fermer toutes sortes de services. Cela vaut particulièrement dans les cantons tels que le mien, où la population âgée de plus de 75 ans est majoritaire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il faut en effet une approche par territoire.

Mme Isabelle Donnio : Vous avez dit que la décision de la famille pouvait être fondée sur des considérations financières. C'est exact, mais il n'y pas que cela. Pour travailler avec Marie-Ève Joël et Claude Martin, auteurs de publications sur les solidarités familiales, je crois pouvoir dire que le processus de décision est très complexe. Un élément déclenchant fait qu'à un certain moment une décision doit être prise. L'écueil à éviter est alors d'imposer une solution aux personnes en fonction des structures existantes, soit pour des raisons économiques soit parce que des gens se sentent habilités à dire ce que sont les besoins des personnes âgées. Mais si on ne laisse plus l'autre faire des choix, on ne le traite plus comme sujet. On ne peut procéder de la sorte et, dans le même temps, dire vouloir lutter contre la maltraitance ; il faut laisser une marge de débat éthique. Or, dans certaines circonstances, les familles fondent leur décision sur des considérations financières alors que dans d'autres circonstances on arrive à faire mieux avec des contraintes financières identiques.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le Gouvernement a annoncé l'élaboration d'un dispositif de prêt hypothécaire renouvelable. Est-il réaliste d'envisager que de tels prêts pourraient être utilisés pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons ?

Mme Isabelle Donnio : Je ne saurais dire, mais nous avons constaté que l'entrée en vigueur de l'APA a levé les freins à l'utilisation de l'aide par des gens qui auparavant la refusaient, car ils ne voulaient pas que leurs héritiers se voient opposer la récupération sur succession.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Autrement dit, la nouvelle possibilité offerte ne sera pas utilisée à cette fin car les gens souhaitent transmettre leur patrimoine.

Mme Isabelle Donnio : Je ne sais, mais il me semble qu'il appartient à la société dans son ensemble de définir les dispositifs qui lui conviennent le mieux pour financer les services aux personnes handicapées et dépendantes et pour préserver l'équité dans l'accès aux soins.

M. Emmanuel Verny : Nous n'avons pas réfléchi à cette question. La détention d'un patrimoine facilite la prise en charge en établissement, mais sa liquidation à cette fin crée des conflits d'intérêts. On peut penser que l'hypothèse d'un crédit hypothécaire renouvelable sera l'occasion d'un débat entre l'attachement à la transmission du patrimoine et le désir d'une fin de vie correcte.

Je souscris aux propos de Mme Isabelle Donnio pour ce qui est de l'écoute des personnes âgées. Pour l'UNA, ce sont d'abord des citoyens avec des droits et des devoirs, et c'est ainsi que nous les considérons, tout au long de leur vieillissement. J'observe que beaucoup repose sur les équipes d'évaluation, où qu'elles soient. Or, des méthodes d'évaluation existent mais elles ne sont pas assez diffusées, les professionnels ne sont pas suffisamment formés et il n'y a pas de conférence de consensus à ce sujet. Certes, il faut donner la parole aux intéressés, mais le décideur a tout de même besoin de catégoriser pour agir à bon escient, et ce travail n'est pas fait. J'ai été surpris, à la lecture des comptes rendus des auditions de votre Mission, par les fortes attentes dont la CNSA est l'objet. L'UNA, qui fait partie du conseil d'administration de la CNSA, était, je le rappelle, favorable à la création d'un cinquième risque. Mais nous sommes legalistes, et nous cherchons maintenant à ce que la loi soit appliquée avec intelligence, en tirant parti de la CNSA au maximum. De vrais débats ont lieu au conseil d'administration de la CNSA, des travaux seront menés, mais cela ne doit pas occulter la question de fond, à savoir la nécessité de mieux définir les responsabilités respectives et de trancher, et non de rester au fil de l'eau en se limitant à constater l'explosion des coûts. Il faut d'une part améliorer la connaissance, d'autre part faire des choix - ce qui relève du Parlement.

Mme Michelle Landreau : Comme l'UNA, l'UNADMR était favorable à la création d'un cinquième risque. Les gens qui souhaitent rester à domicile nous demandent de faire des devis en fonction de leurs ressources, puis ils font leur choix de services en fonction de leur budget et de leur mode de vie. La participation des familles est prise en compte. On observe enfin que des personnes toujours plus nombreuses ont opté pour un plan dépendance assurantiel.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Arrive-t-il, lorsque des gens vous demandent un devis fondé sur un budget donné, qu'ils se privent d'aides dont ils auraient vraiment besoin ?

Mme Michelle Landreau : Si les ressources sont faibles, ils font au minimum. Quand il y en a davantage, ils prennent une aide de nuit.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Autrement dit, l'approche est très individuelle.

Mme Michelle Landreau : C'est pourquoi le cinquième risque permettrait de garantir la prise en charge en cas de dépendance lourde.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Mesdames, Monsieur, je vous remercie.

Audition de M. Mme Dominique Bachelin, directrice de l'hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez ; Mme Maryse Arnaud, directrice-adjointe du Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins, en charge du secteur des personnes âgées, et M. François Bonnevey, chef du service de gériatrie et médecin coordonnateur de l'unité Alzheimer ; M. Michel Thiry, président de la Fédération dijonnaise des oeuvres de soutien à domicile (FEDOSAD), et M. Pierre-Henri Daure, directeur des établissements de la FEDOSAD

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Dominique Bachelin, directrice de l'hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez ; Mme Maryse Arnaud, directrice-adjointe du Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins, en charge du secteur des personnes âgées, et M. François Bonnevey, chef du service de gériatrie et médecin coordonnateur de l'unité Alzheimer ; M. Michel Thiry, président de la Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à domicile, et M. Pierre-Henri Daure, directeur des établissements de la FEDOSAD.

Mesdames, Messieurs, je vous souhaite la bienvenue, et donne tout de suite la parole à Mme la Rapporteuse, afin qu'elle vous pose ses premières questions.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Parmi les questions que nous nous posons figure notamment celle du « reste à charge » incombant aux personnes âgées et à leurs familles. Notre démarche est de rechercher ce qu'il conviendrait de faire pour faire évoluer le système sans remettre en cause de la qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins ? Je dis cela parce que M. Verny a cru, tout à l'heure, pouvoir nous attribuer une philosophie différente...

Vaugirard a le statut d'hôpital, mais est ouvert sur l'extérieur. Il est médicalisé dans sa structure mais pas dans sa façon de prendre en charge. Nous voudrions avoir des éléments comparatifs sur l'évolution des personnes âgées accueillies en appartement thérapeutique par rapport à leur précédent lieu d'accueil, ainsi que sur les coûts et les bénéfices. Il serait intéressant que l'expérience puisse être mieux connue.

Nous avons également beaucoup de questions à poser sur l'hôpital de Marmande, également innovant mais d'une organisation plus classique, et dont nous avons reçu une abondante documentation.

Enfin, la FEDOSAD a une problématique de prise en charge différente, avec des structures nouvelles, une offre de services innovante, une approche intergénérationnelle. Nous aimerions connaître son analyse économique, non pas tant de son propre point de vue que de celui des personnes âgées et de leurs familles ?

Mais peut-être pourrions-nous commencer par évoquer l'expérience de Vaugirard ?

Mme Dominique Bachelin : Vaugirard est un hôpital gériatrique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), situé dans le 15^e arrondissement de Paris, et qui compte 315 lits : 10 lits de court séjour, 124 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), 181 lits de soins de longue durée – dont 8 en appartement hospitalier, le premier ouvert à Paris, et 11 en hôpital de jour. J'y suis depuis juillet 2003, mais l'hôpital a ouvert en 1992. Les unités sont de 40 lits environ, et une architecture très bien pensée a permis d'aménager trois pôles au sein de chaque unité, de façon à ce qu'une certaine autonomie soit respectée, ce qui ne serait pas le cas dans un grand ensemble. Chaque unité a sa spécificité, sachant que l'on peut observer, depuis quelques années, une nette évolution de l'âge des personnes qui entrent : de 75 ans en moyenne en 1992, il est passé aujourd'hui à 85 ans en SSR et à 87 ans

en court séjour. Cela signifie que la prise en charge hors hôpital et le maintien à domicile se sont développés, permettant aux patients d'entrer bien plus tard qu'avant.

À Paris, il est très difficile de trouver, parmi les différentes structures du genre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) non médicalisées, publiques ou privées, le meilleur lieu d'accueil pour des patients qui doivent alterner entre une structure à une autre. Dans notre projet d'hôpital pour 2005-2009, nous avons avancé la notion de « patient navigant », pouvant selon les moments rester à domicile – avec une assistance plus ou moins importante – ou être accueilli en SSR, en court séjour, voire aux urgences en période aiguë. Vaugirard, hôpital d'aval et de proximité, a une étroite coopération avec l'hôpital européen Georges-Pompidou. En cas de fracture du col du fémur, par exemple, un gériatre prendra la personne en charge dans une structure de court séjour dès lors qu'on observera une certaine stabilisation, après quoi il faudra choisir entre retour à domicile et passage en SSR d'abord, puis, selon les cas, entre retour à domicile et entrée en établissement - et surtout, dans ce dernier cas, entre différents type d'établissement : maison de retraite, logement-foyer ?

La difficulté que nous avons est que nous sommes confrontés à des familles embarrassées, désarçonnées devant ces diverses possibilités et devant les complexités administratives et financières. Ce qui manque, ce n'est pas tant une plateforme de professionnels travaillant ensemble – car tout de même, ça existe – qu'un suivi personnalisé des personnes âgées ayant eu un problème médical. Force est de constater, hélas, que la personne âgée n'est généralement pas accueillie au bon endroit au bon moment.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est votre prix de journée en unité de soins de longue durée (USLD) et en SSR ?

Mme Dominique Bachelin : En SSR, la tarification officielle au 1^{er} janvier 2006 est la suivante : 339,79 euros. En USLD, c'est la tarification ternaire qui s'applique, et c'est là que les complications commencent.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le forfait hospitalier est-il perçu en SSR ?

Mme Dominique Bachelin : Oui, et il est, comme vous le savez, de 15 euros.

En USLD, le forfait de soins est de 101,44 euros pour les GIR 1 et 2, de 60 euros pour les GIR 3 et 4, de 16,97 euros pour les GIR 5 et 6, sachant que nous avons plus de 80 % de personnes en GIR 1 et 2, et aucune en GIR 5 et 6. Quant au forfait dépendance, il est respectivement de 18,50 euros, 10,53 euros et 2,78 euros. Enfin, le tarif d'hébergement est de 72 ou de 77 euros selon que la chambre est à deux lits ou à un lit. À cela s'ajoute tout un système d'aides que l'on peut obtenir ou non selon les cas. C'est une tarification compliquée, qu'il faut expliquer longuement à la famille ou au conjoint...

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous analysé, décortiqué le tarif d'hébergement ? Quelle est la part des frais de personnel ?

Mme Dominique Bachelin : C'est très simple : elle représente 80 % du total.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Y a-t-il une partie du personnel soignant financée sur le tarif d'hébergement ?

Mme Dominique Bachelin : Oui, avec une distinction entre la section 90 pour le court séjour et la SSR, et la section 98 pour le long séjour. Certains personnels sont à 100 % financés sur la section soins, d'autres – en USLD – sur la section hébergement. Je pourrai vous donner la répartition si cela vous intéresse.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela nous intéresse au plus haut point, car lorsqu'on compare les tarifs d'hébergement, on constate que c'est 32,09 euros à Marmande.

Mme Maryse Arnaud : Il faut comparer ce qui est comparable, car la prise en charge n'est pas la même. Nous avons trois structures qui accueillent des personnes âgées. Si l'on prend en compte l'unité Alzheimer, nous sommes les plus chers du département, mais nous restons moins chers que Paris. Le tarif d'hébergement est de 58,60 euros en tarif hébergement, le forfait dépendance de 22,36 en GIR 1 et 2 – nous n'avons personne en GIR 3 et 4.

M. Pierre Morange, coprésident : D'où la nécessité d'une comptabilité analytique poste par poste, car les populations et les pathologies ne sont pas les mêmes partout. Cela ne suffit peut-être pas, toutefois, à expliquer l'ampleur des écarts constatés.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'aimerais savoir si l'expérience de l'hôpital de Vaugirard a donné lieu à une analyse du coût des 8 places en appartement.

Mme Dominique Bachelin : Nous l'avons faite, car nous projetons de créer, dans l'ex-hôpital Boucicaut, deux appartements de 11 lits chacun. Le projet pilote de Vaugirard a fait suite à des interrogations que nous avons, au moment où l'on étudiait beaucoup ce qui se fait dans les pays scandinaves, où l'on a créé les centres d'activités naturelles tirées d'occupations utiles (CANTOU) en France, avec une prise en charge médicale et familiale. L'hôpital a ouvert en 1992, l'appartement en 1998. Selon ce que j'ai pu lire – car je n'étais pas encore là à l'époque, les patients venaient des USLD. On a d'abord sélectionné 27 patients, dont 8 tous volontaires – ont été finalement retenus. Les études ont porté sur les deux premières années de fonctionnement, c'est-à-dire entre 1998 et 2000, après quoi on a considéré que la vitesse de croisière était atteinte.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'ai visité l'appartement, et on m'a assuré qu'on avait constaté un effet très net sur l'évolution de la dépendance.

Mme Dominique Bachelin : En effet, grâce à la mobilisation des personnels, des familles, des bénévoles, la perte d'autonomie est visiblement stabilisée la première année, notamment en ce qui concerne la question de l'incontinence, et la perte des facultés cognitives est très ralentie. Au bout de deux ans, en revanche, les médecins ont constaté que les patients sont pratiquement dans le même état, qu'ils soient dans l'appartement et à l'hôpital même.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : On gagne donc tout de même deux ans de qualité de vie... Et les coûts ?

Mme Dominique Bachelin : Ils sont identiques, à un euro près. Il n'y a donc pas de gain particulier sur ce plan-là.

Pourrez-vous nous donner des éléments plus détaillés de comparaison des coûts ?

Mme Dominique Bachelin : Je vous les ferai parvenir.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je donne maintenant la parole à Mme Arnaud, qui va nous présenter l'hôpital de Marmande.

Mme Maryse Arnaud : L'hôpital intercommunal a été créé en 1995, par fusion entre les hôpitaux de Tonneins et de Marmande, éloignés d'une vingtaine de kilomètres. Outre 170 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique, 30 lits de soins de suite et de réadaptation et 20 places de soins infirmiers à domicile, l'établissement gère trois structures accueillant des personnes âgées : l'USLD de Tonneins à orientation Alzheimer qui compte 25 places, l'USLD de Marmande avec 40 lits autorisés, et l'EHPAD issu de l'ex-maison de retraite, avec une capacité d'accueil répartie sur les sites de Tonneins pour 45 lits et de Marmande pour 110 lits.

L'unité Alzheimer, ouverte en 2002, ne comporte que des chambres individuelles, elle dispose de pièces rafraîchies et a été pensée comme lieu de vie, ce qui la rend tout à fait adaptée aux patients. Elle réalise, en moyenne annuelle, 10 000 journées, et le GIR moyen pondéré est de 904 – ce qui est très lourd puisque le maximum possible est de 1 000.

L'effectif est de 27,2 agents, certains étant en partie financés sur les consultations mémoire. L'hébergement finance 5,5 équivalents temps plein, soit 20 % de l'effectif, 19 % étant financé sur le forfait dépendance et 61 % sur le forfait soins. Au sein du budget total, 53 % de nos ressources proviennent du forfait soins, 13 % de la dépendance et 34 % de l'hébergement. Parmi les dépenses de personnel, ces proportions sont respectivement de 69 %, 16 % et 15 %.

Le tarif journalier en accueil complet est, pour les GIR 1 et 2, de 58,57 euros pour l'hébergement, de 22,36 euros pour la dépendance et de 90,44 euros pour les soins. Pour les GIR 5 et 6, il est de 6,02 euros pour la dépendance. Les résidents paient donc 64,59 euros par jour.

En accueil de jour, le tarif est, pour les GIR 1 et 2, de 43,92 euros pour l'hébergement et de 16,77 euros pour la dépendance, et pour les GIR 5 et 6, de 6,02 euros au titre de la dépendance. Les résidents paient donc 49,94 euros par jour.

Les lits de l'USLD et de l'EHPAD sont installés sur deux sites distincts. L'EHPAD a 110 lits à Marmande, où il reste un peu plus de la moitié de chambres à trois lits, et 45 lits à Tonneins, où plus des deux tiers des patients sont dans des chambres à un lit. L'EHPAD, issu de l'ancienne maison de retraite, est l'objet d'une convention tripartite signée fin 2004. L'USLD a demandé sa transformation en EHPAD pour pouvoir faire l'objet d'une convention.

M. Pierre Morange, coprésident : Était-ce la seule motivation ?

Mme Maryse Arnaud : Actuellement, l'USLD et la maison de retraite sont dans le même bâtiment. Le tarif étant moins élevé en long séjour, nous avons parfois une pression assez forte des familles lorsque la personne âgée est en GIR 1 ou 2. Dans une même entité, ce n'est pas facile à gérer, mais c'est défendable. Par contre, dans la mesure où les USLD sont exclues des prêts sans intérêts pour la restructuration, elles doivent, pour en bénéficier, se transformer en EHPAD.

M. Pierre Morange, coprésident : Qu'est-ce qui explique cette différence de tarif entre 32 et 36 euros ?

Mme Maryse Arnaud : En USLD, le tarif d'hébergement est de 12,63 euros contre 12,85 euros en EHPAD. Pour les dépenses hôtelières générales, les montants sont respectivement de 15,97 et 18,37 euros, notamment parce que le site de Tonneins a été rénové et compte moins de chambres à trois lits. Mais les 18,37 euros recouvrent à la fois la partie rénovée de Tonneins et la partie non rénovée de Marmande.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans la structure du prix de journée, y a-t-il intégration éventuelle de l'amortissement ?

Mme Maryse Arnaud : Les frais financiers, intérêts d'emprunts, amortissements représentent 2,22 euros par jour pour l'USLD de Marmande, car le bâtiment n'a pas été rénové, et de 4,83 euros pour l'EHPAD, car il y a l'impact des travaux sur le secteur de Tonneins. Pour l'unité Alzheimer, les frais financiers représentent 14,32 euros par jour sur le total de 58,57 euros.

M. Pierre Morange, coprésident : Lorsqu'une l'USLD se transforme en EHPAD, est-ce que cela pose des problèmes statutaires ?

Mme Maryse Arnaud : Il n'y a pas de vraie fixation sur la question du statut sanitaire ou médico-social. Ce qui importe, c'est d'avoir les moyens d'accueillir les patients.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous savez qu'il existe actuellement des interrogations sur la justification des lits USLD et sur l'opportunité de les convertir en EHPAD. Cette conversion est-elle difficile à mettre en œuvre, sur le plan juridique et humain ?

Mme Maryse Arnaud : Elle ne sera effective qu'à la signature de la convention tripartite. L'enjeu est de pouvoir accueillir des patients ayant des pathologies lourdes, sans quoi les services de soins de suite n'auront pas d'aval. Les difficultés surgiront donc lorsque l'on négociera la convention, compte notamment tenu de la norme DOMINIC.

M. Pierre Morange, coprésident : Et le statut du personnel ?

Mme Maryse Arnaud : Il y a une petite difficulté architecturale, car la sécurité incendie est de type U ou J. Quand on dépose le permis de construire, et que l'USLD et l'EHPAD font partie du même bâtiment, il faut négocier avec les services d'incendie. Nous espérons rester au type U, qui correspond à 15 lits.

M. François Bonnevey : Nous ressentons la transformation des lits comme une contrainte. Que deviendront les patients ? Dans les ULSD, on trouve des gens rendus grabataires non par une pathologie mais par l'impossibilité d'une prise en charge satisfaisante. Ainsi de toutes les personnes atteintes d'un syndrome démentiel qui, si elles étaient hébergées ailleurs, n'iraient pas aussi vite vers une grabatisation dont la structure et le mode de prise en charge accélèrent la survenue. Mais on y trouve aussi des patients authentiquement hospitalo-requérants, et nous espérons donc pouvoir conserver des lits de soins de longue durée. Après tout, vieillissement et grabatisation ne vont pas forcément de pair, et nous ne finirons pas tous grabataires.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'espère que l'étude de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la définition du long séjour permettra d'y voir plus clair. J'aimerais que vous reveniez sur les conséquences du manque de personnel ou de structures sur la grabatisation. Plus largement, que vous nous parliez des

travaux que vous avez menés avec M. Jérôme Pellissier et que vous nous disiez s'ils peuvent avoir une incidence économique en faisant évoluer les modes de prise en charge.

M. François Bonnevey : Une unité spécifique Alzheimer de 25 lits ne peut être isolée, et la nôtre s'inscrit dans la filière gériatrique. Ainsi, une consultation mémoire labellisée lui a été associée, et personne n'entre dans l'unité qui ne l'ait consulté au préalable. Une unité de ce type ne se conçoit pas davantage s'il n'y a pas à proximité un service de moyen séjour et un service de court séjour, et des compétences qui peuvent circuler d'un service à l'autre – c'est un ensemble.

Lorsque l'unité a été ouverte, en 2002, le contrat passé avec la tutelle a été que nous ne prendrions en charge que les patients en GIR 1 et en GIR 2, les autres pouvant rester à domicile. Il n'était pas question de vider les EHPAD des malades atteints de maladies neuro-dégénératives mais d'orienter la prise en compte de ces patients vers des soins psycho-comportementaux. Il s'agissait bien de « prendre soin », et non de médicaliser, et c'est ce que nous essayons de faire. Pour cela, on n'a pas besoin de techniques médicales extraordinaires, mais de gens formés à la prise en charge de ces patients-là. La preuve a été apportée que la manière dont ils sont pris en charge module les troubles au point qu'ils disparaissent. On a ainsi constaté l'absence de grabatisation, sauf en toute fin de vie ; l'absence de perte de poids ; le ralentissement des processus infectieux, ce qui, incidemment, réduit les dépenses de soins médicaux ; l'absence totale de transfert en services d'hospitalisation de longue durée – aucune en quatre ans, pour 25 lits – ; une seule fracture pour quelque 300 chutes... Les patients admis étant tous en GIR 1 et en GIR 2, nous pensions qu'un quart d'entre eux mourraient ; il n'y a eu que six décès en quatre ans. Tels sont les constats, qui s'expliquent par l'application des techniques spécifiques de prise en charge décrites par M. Yves Gineste et sa femme, Mme Rosette Marescotti dans leur livre « Humanitude », méthodologie qui fait disparaître une grande partie des troubles psycho-comportementaux.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Sans augmentation de personnel ?

M. François Bonnevey : Non. Cette méthode en appelle au bon sens. Ainsi, les toilettes enseignées dans les instituts de formation en soins infirmiers sont conçues pour des patients qui n'ont aucun trouble cognitif. Si l'on a affaire à des personnes atteintes d'un syndrome démentiel, elles déclenchent un conflit inéluctable. Il faut donc rendre compréhensibles et acceptables les soins par un dément. Il existe pour cela des modes de communication non verbale qui permettent de réapprivoiser le soin et de recréer du bonheur et du plaisir chez des gens qui ressentaient les soins comme une agression.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je serais favorable à ce que nous allions vous visiter. Cela nous permettrait aussi d'aller plus loin sur le volet des économies en produits pharmaceutiques et en dépenses de personnel induites par votre prise en charge. Pouvez-vous nous donner quelques indications à ce sujet ?

M. François Bonnevey : Dans l'unité Alzheimer, les coûts pharmaceutiques sont de 3,20 euros par jour, soit moins de 100 euros par mois. Pour le reste, le coût des fournitures médicales s'établit à 3,51 euros, celui de la sous-traitance à 0,54 euro, du matériel médical à 0,01 euro, de la maintenance à 0,03 euro, soit, au total, 4,28 euros par personne.

L'indicateur « décès » est relatif, mais celui des transferts à l'hôpital ne l'est pas. Or, comme je vous l'ai dit, il n'y a eu aucune hospitalisation d'aucune sorte en quatre ans - et nous ne transformons pas l'unité Alzheimer en mini hôpital, tant s'en faut.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Votre statut vous donne-t-il une prise en charge des soins élevée ?

Mme Maryse Arnaud : Oui.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie. La parole est à M. Michel Thiry.

M. Michel Thiry : La FEDOSAD est une association régie par la loi de 1901 qui s'est donnée pour missions l'aide à domicile, les soins infirmiers à domicile, l'hospitalisation à domicile, les gardes de nuit. Elle a aussi mis en œuvre le service « SOS chute » avec le SAMU de Dijon. Elle a créé un EHPAD où le GIR moyen pondéré (GMP) s'établit à 831, des domiciles protégés où le GMP est de 860 et un accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Sa grande spécialité est l'accueil de la grande dépendance, patients pour la plupart atteints de la maladie d'Alzheimer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le niveau de dépendance est donc très élevé dans les domiciles protégés ?

M. Pierre-Henri Daure : Oui, car en les ouvrant en janvier 1988, nous souhaitions créer un lieu de vie pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer pour lesquels il n'existait pas à l'époque de structures adaptées. Conçus sur le modèle des appartements thérapeutiques destinés aux malades mentaux, ils accueillent 4 ou 5 résidents et des professionnels. En 1992, nous avons ouvert une maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) avec une section de cure médicale et, après la réforme de la tarification, signé une convention tripartite. Nous avons conservé nos services de soins à domicile et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) individuelle étant plus intéressante à domicile qu'en établissement, une évolution s'est faite vers l'amélioration de la qualité qui figurait dans les engagements que nous avons pris en conventionnant. La complémentarité est assurée avec les soins en accueil de jour. J'ai transmis au secrétariat de l'ensemble des données chiffrées relatives à nos activités.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Peut-on valablement comparer les coûts des dispositifs expérimentaux mis en œuvre à l'hôpital de Vaugirard, au centre hospitalier intercommunal (CHI) de Marmande-Tonneins et par la FEDOSAD ?

M. Pierre-Henri Daure : Pour cela, puisque l'on accompagne la grande dépendance, il faut s'assurer que l'on parle de la prise en charge financière globale, sans rien omettre, qu'il s'agisse du coût salarial du personnel soignant mais aussi des couches pour les personnes incontinentes et de l'animation, d'autant plus nécessaire que le niveau de dépendance des personnes accueillies est grand.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quel est le statut de vos structures ?

M. Pierre-Henri Daure : Puisque, avec la MAPAD *Les Roches d'Orgères*, nous sommes entre établissement et domicile, elle a un statut d'EHPAD adapté, ce qui permet une solvabilisation par l'APA. La conception des lieux, en petites unités de vie, est un avantage pour les familles, qui connaissent tout le personnel. Il est difficile de voir les siens vieillir ;

c'est plus difficile encore lorsque les familles sont confrontées à une grande concentration de personnes très dépendantes, et l'on sait aussi qu'une telle configuration a pour effet, par mimétisme, d'aggraver l'état des personnes.

M. François Bonnevey : C'est aussi pourquoi notre unité Alzheimer ne compte que 25 places.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je tenais à ce que les MAPAD n'en comptent pas davantage.

M. Pierre-Henri Daure : De fait, auparavant, il n'y avait pas de seuil.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : De ce que vous nous avez dit, il ressort que le reste à charge n'est pas sensiblement différent, mais vous avez insisté sur la qualité de la prise en charge des personnes et singulièrement sur le ralentissement de la grabatisation, dont j'ai cru comprendre qu'il s'obtenait en adaptant les tâches du personnel.

M. Pierre-Henri Daure : Néanmoins, plus les personnes sont dépendantes, plus il faut de monde pour s'occuper d'elles.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ma préoccupation constante est l'amélioration de la prise en charge. Une comptabilité analytique comparée nous permettrait d'y voir plus clair.

M. Pierre Morange, coprésident : Comme à tous ceux qui vous ont précédés, je tiens à dire que toutes vos propositions tendant à améliorer l'efficacité des dispositifs, à optimiser leur financement et à les simplifier seront les bienvenues.

M. Pierre-Henri Daure : Cela dépend beaucoup des acteurs de terrain. Plus nos interlocuteurs des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), des DDASS et des conseils généraux sont ouverts et plus les choses sont faciles.

M. Michel Thiry : La multiplicité de nos activités nous permet de moduler les interventions. Très souvent, nous faisons connaissance des personnes lors des premières demandes de soins à domicile, et nous les suivons au long de leur vieillissement. L'évolution progressive vers le domicile protégé est bien préférable à la situation dans laquelle se trouvent ceux qui doivent être hospitalisés ou hébergés d'urgence. Par ailleurs, le programme de vie intergénérationnelle de Saint-Apollinaire montre qu'un tel dispositif a une incidence heureuse sur l'état d'esprit des personnes dépendantes mais aussi sur celui des personnes valides, qui envisagent la dépendance avec moins de frayeur. Un lien capital est instauré pour tous, y compris les familles, et cette proximité améliore l'état des résidents.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je retiens que vous avez tous insisté sur la nécessité de petites structures, sur la formation du personnel et sur le bien-fondé d'une offre complète, qui n'a pas obligatoirement d'incidence sur le prix de journée.

Mme Dominique Bachelin : À Paris en tout cas, mais peut-être ailleurs, le personnel est très jeune. Avec ces jeunes gens qui sortent de l'école, il y a des problèmes de langage et aussi d'approche, car ils n'ont pas été formés à la gérontologie. Nous avons aussi du mal à fidéliser les membres de notre personnel car, bien souvent, ils sont contraints à des trajets longs d'une heure et demie sinon deux heures pour venir travailler. Une réflexion

s'impose à ce sujet, qui doit valoir pour les infirmiers et pour les aides-soignants. Elle doit porter aussi sur ce qui touche à la manipulation de corps douloureux. Nous avons ainsi constaté une amélioration très nette de l'état de nos résidents, en un an, après l'entrée en fonction d'une infirmière formée à l'haptonomie dans la seule école de France, située dans les Pyrénées. Elle occupe actuellement un poste à mi-temps, qui va être transformé en temps plein. Toutes sortes d'activités existent qui sont autant de sources de mieux-être dans les soins.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il serait intéressant de démontrer que certaines techniques de soins permettent de réduire l'incontinence.

M. François Bonnevey : De 65 à 70 % de la population actuellement en institution est porteuse d'un syndrome démentiel diagnostiqué. Mais 40 % des allocataires de l'APA ont le même syndrome, très sévère et non reconnu. Pour que le bon patient soit envoyé au bon endroit, une évaluation précise de la situation des personnes est impérative.

Pour ce qui est du taux d'encadrement, la France connaît un grand retard. L'association France-Alzheimer souhaite un ratio de 1, les professionnels pensent que parvenir à un ratio de 0,8 ne serait déjà pas si mal, et l'on est à 0,4... Autrement dit, oui, il faut augmenter le personnel, mais aussi lui donner une formation adéquate, sans laquelle l'amélioration du ratio ne vaudra rien dire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie et je vous félicite pour l'efficacité et la passion avec lesquelles vous agissez.

AUDITIONS DU 2 FÉVRIER 2006

Audition de Mme Mireille Elbaum, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et Mme Nicole Roth, sous-directrice de l'observation de la solidarité à la DREES ; ainsi que Mme Anne-Marie Léger, inspectrice à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), et M. Michel Laroque, inspecteur général à l'IGAS

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite à tous la bienvenue et je laisse immédiatement la parole à notre rapporteure.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cette audition est importante à nos yeux car nous attendons beaucoup des informations que vous allez nous donner. S'agissant d'abord des coûts, nous travaillons sur ce qui reste à la charge des personnes âgées dans les maisons de retraite et nous aimerions disposer d'éléments de comparaison entre les établissements ; nous nous intéressons également aux compétences en matière d'investissements et nous cherchons à savoir si ces derniers sont suffisants, notamment pour la mise aux normes ; nous aimerions aussi connaître le regard que vous portez sur la réforme de la tarification.

Le lien entre le médico-social et le sanitaire est un de nos autres axes de travail.

Nous nous penchons aussi sur la question du revenu des retraités : au cours de nos auditions, certains nous ont dit que ces derniers avaient de l'argent et qu'on pouvait leur demander de payer tandis que d'autres ont affirmé que les choses n'étaient pas aussi simples.

Disposez-vous par ailleurs d'informations sur les variations du prix de journée selon que les départements mènent ou non d'une politique d'aide à la pierre ?

M. Pierre Morange, coprésident : J'ajouterai qu'alors que la DREES procède à des évaluations pour établir une sorte de compte social et que la Cour des Comptes produit également des rapports, nos interlocuteurs ont tous observé les lacunes de nos systèmes d'information, qui entraînent une méconnaissance du financement et de la prise en charge de la dépendance. Nous aimerions donc connaître vos suggestions concrètes pour parvenir à une collecte homogène des informations permettant non seulement de faire un état des lieux mais aussi de fixer des règles pertinentes.

En ce qui concerne l'impact de l'aide à la pierre sur les tarifs hébergement, nous souhaiterions obtenir quelques éclaircissements sur les disparités constatées entre les coûts de construction en région parisienne et en province.

Mme Mireille Elbaum : L'activité de la DREES ne porte pas sur les questions de financement. Nous menons plutôt de grandes enquêtes sociétales sur les capacités des établissements, les personnels et les caractéristiques des usagers. Ce qui relève des exercices budgétaires est davantage du ressort des directions opérationnelles du ministère et il ne nous paraît pas souhaitable d'accroître exagérément les demandes d'informations statistiques aux établissements. Il me semble que les questions que vous posez relèvent donc davantage de la direction générale de l'action sociale (DGAS) et, à l'avenir, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui développera des logiciels pour cela. Nous récupérerons toutefois des informations grâce à notre convention avec cette dernière.

Les établissements sont déjà surchargés de demandes statistiques et nous avons dû négocier des délais pour la dernière enquête EHPA – Établissements d'hébergement pour personnes âgées –, qui a eu du mal à passer, mais il est vrai qu'elle intervenait peu après la canicule. Nous comptons donc beaucoup sur la mise en place de la CNSA pour rationaliser tout cela et nous attendons les négociations à venir pour récupérer les informations nécessaires.

Nous nous sommes spécialisés dans les grandes enquêtes quadriennales quasi exhaustives et nous travaillons ensuite par échantillonnage sur les personnels et sur les usagers. Dans ce cadre, il est extrêmement difficile de récupérer les informations sur le reste à charge. La seule solution pour aborder la question des ressources est de mener des enquêtes directement auprès des personnes et des familles mais, outre qu'elles sont coûteuses, elles procèdent de techniques totalement différentes et posent des problèmes de confidentialité.

Des quelques éléments dont nous disposons grâce à l'enquête HID – Handicap, Incapacité, Dépendance –, il ressort que le reste à vivre ne représente pas grand-chose une fois que tout a été payé, mais il convient bien sûr d'être prudent.

Nous nous spécialisons aussi dans les enquêtes auprès des usagers, mais celle qui a été menée sur les établissements pour personnes âgées en 2000 ne visait pas à obtenir des informations financières. Celle qui sera conduite en 2007 concernera surtout la qualité de vie et des droits des usagers, mais si vous insistez sur cette question du reste à charge, nous pouvons essayer de l'y intégrer.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : C'est effectivement un point important. Mais mes questions portaient principalement sur le prix d'hébergement : j'ai reçu la semaine dernière une lettre d'une femme dont le mari est hébergé dans un établissement spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui est elle-même en maison de retraite. Ces deux hébergements leur reviennent au total à 3 000 euros par mois. Si nous avons besoin de savoir quel est le reste à vivre, la question du prix d'hébergement est au cœur de nos travaux et nous cherchons à comprendre pourquoi il est aussi élevé.

Mme Mireille Elbaum : Ce travail n'est pas de notre ressort, mais il sera effectué dans le cadre de la mise en place de la CNSA et nous nous efforcerons de l'y aider. Cela étant, on peut se demander s'il était souhaitable d'interroger les établissements avant que la réforme de la tarification ait été menée à son terme.

M. Michel Laroque : Nous travaillons dans le cadre de nos missions, avec leurs limites. Mais j'ai mené une étude de préfiguration sur les investissements qui m'a permis d'observer que la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) avait conduit une étude sur les coûts en 2004. Je ne sais pas si vous y avez eu accès, mais il faut la prendre avec une certaine prudence car elle part des tarifs et des personnes qui relèvent de la caisse.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous recevons dans quelques jours les représentants de la CNAVTS et nous leur poserons la question.

Mme Mireille Elbaum : Sur les investissements, nous ne disposons pas de données financières directes, mais un grand pas a été fait avec la dernière enquête EHPA, qui a fait le point sur les locaux, leur degré de modernité, les équipements, les toilettes, les douches, l'accessibilité, etc. Nous avons donc une approche plutôt physique, que nous entendons poursuivre et qui donne une idée des besoins en investissements. Je sais par ailleurs que le

Centre d'analyse stratégique (ex-Commissariat général du Plan) réfléchit aux besoins de modernisation. À partir de l'étude que nous menons depuis 2005, nous espérons parvenir à une typologie plus fine, par établissement et non plus seulement en moyenne générale, de ces notions d'équipement et de confort.

Mme Nicole Roth : Jusqu'à maintenant, notre système d'information sur les établissements s'est plutôt focalisé sur l'activité, le personnel et la clientèle. Nous réfléchissons à la façon d'utiliser les autres informations, mais nous avons préféré attendre la stabilisation des différentes institutions avec l'installation de la CNSA.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il n'existe donc pour l'instant aucun observatoire des prix par établissement.

Mme Mireille Elbaum : Non, mais nous veillerons à ce que les informations que la CNSA demandera aux établissements le permettent.

Mme Anne-Marie Léger : La première évaluation de la réforme de la tarification que j'ai menée en 2002 devait permettre d'isoler clairement le coût d'hébergement et éventuellement le reste à charge pour les personnes âgées. En fait, je me suis rendu compte que ces dernières payaient souvent plus qu'auparavant, mais parce que la réforme s'était accompagnée d'une démarche d'amélioration de la qualité dans les établissements, en particulier sous l'effet du conventionnement. L'hôtellerie étant concernée, comme la médicalisation et la prise en charge de la dépendance, par cet effort de qualité, l'augmentation des coûts s'est répercutée sur les tarifs d'hébergement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Mais, alors que des mesures sont faites en ce qui concerne la qualité, on ne dispose toujours pas d'information sur le reste à vivre et sur le prix d'hébergement.

Mme Anne-Marie Léger : On peut savoir quel prix d'hébergement a été décidé dans un département donné, mais il n'y a aucune collecte ni exploitation nationale de ces données : les départements font remonter celles qui portent sur l'aide sociale, pas sur la tarification.

Mme Mireille Elbaum : Nous nous consacrerons à cette tâche à l'avenir, mais il n'est pas anormal qu'on se soit jusqu'ici concentré sur la mise en œuvre de la réforme de la tarification, avant de chercher à en faire un bilan. D'ailleurs les départements et les établissements n'auraient sans doute pas très bien réagi à une évaluation dans une période de tension liée aussi aux transferts de la décentralisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Mais sur quoi s'appuie-t-on quand on dit que le prix moyen de l'hébergement est de 50 euros par jour ?

Mme Anne-Marie Léger : La Fédération hospitalière de France (FHF) obtient des informations de ses adhérents.

M. Pierre Morange, coprésident : Il me semble que les services ministériels ont quand même davantage vocation à collecter les informations qu'une organisation professionnelle. Je regrette qu'on ne dispose pas de données sur la ventilation de la solidarité entre le budget des établissements et la prise en charge par les personnes âgées et par leurs familles.

Mme Mireille Elbaum : C'est quand même un sujet assez difficile à aborder dans le cadre de l'enquête HID car les personnes âgées et leur entourage sont assez réticents à donner des informations sur leurs revenus et sur les transferts familiaux. Nous parvenons tout juste à savoir si la personne gère elle-même ses comptes. Mais nous essaierons à nouveau de collecter ces données.

M. Jean-Luc Prél : Vous dressez des cartes du taux d'équipement des établissements et des services de soins infirmiers libéraux, département par département, qui montrent que le nord de la France est très équipé en établissements et le sud en services de soins infirmiers et libéraux. Mais il y a quand même un grand nombre de personnes âgées dans le sud et vous n'expliquez pas vraiment cette différence.

J'aimerais par ailleurs savoir sur quelles bases ont été calculés ce que vous appelez les taux théoriques et les besoins. Car mon département apparaît comme suréquipé, alors que nous avons de vrais problèmes de placement, en particulier de personnes en GIR 1 et 2. Il conviendrait donc aussi de faire apparaître les besoins, car vos cartes pourraient faire croire qu'il n'est plus nécessaire d'investir, alors que nous avons besoin de le faire pour les personnes très dépendantes. Prenez-vous en compte les services de soins de longue durée et de soins de suite, qui jouent malheureusement souvent le rôle de soupapes ?

S'agissant par ailleurs de la médicalisation et du taux d'encadrement des personnes âgées hébergées, disposez-vous d'éléments de comparaison avec les autres pays européens ? Estimez-vous que ce taux est bon dans notre pays ?

Mme Mireille Elbaum : On sait bien qu'un grand nombre d'infirmiers libéraux sont installés dans le sud de la France et que les tâches n'y sont pas aussi techniques que dans le nord.

Par ailleurs, nous avons pris en compte les unités de soins de longue durée (ULSD) mais pas les soins de suite. Il est vrai que nous avons une vision globale et qu'il peut y avoir à un endroit donné un problème particulier pour tel ou tel type de prise en charge. Simplement, au lieu de faire une comparaison par rapport à la moyenne, nous avons cherché à tenir compte d'autres caractéristiques de la population des départements. Il ne s'agit pas de montrer les besoins ou de dire qu'un département est sur ou sous-équipé, mais d'intégrer des effets de structure comme l'âge de la population et le degré de dépendance. Nous sommes incapables de définir précisément les besoins mais nous pouvons toutefois aller un peu plus loin qu'une simple photographie des départements et calculer un taux théorique, non pas par rapport aux besoins, mais par rapport à ce que serait la situation d'un département donné si ses caractéristiques étaient dans la moyenne de celles des autres départements.

Il n'y a pas de comparaison internationale scientifiquement valable des taux d'encadrement, car ni les établissements, ni les populations, ni les règles, ni les modes de prise en charge ne peuvent être directement comparés.

En France, le taux moyen d'encadrement est de 45 équivalents temps pleins (ETP) pour 100 places en moyenne pour l'ensemble des secteurs, soit 14 % de plus qu'en 1996. Hors administrations et services généraux, ce taux est de 33 ETP pour 100 places pour l'ensemble du secteur, de 69 ETP dans les USLD. Dans les établissements ayant signé une convention tripartite, les taux d'encadrement sont en moyenne supérieurs de 10 points.

M. Pierre Morange, coprésident : Ces comparaisons sont-elles faites à périmètre médical constant et à taux de dépendance similaires ? Car si ces éléments ne sont pas

comparables, on voit mal pourquoi vos chiffres seraient plus fiables que ceux que vous venez de critiquer pour les comparaisons internationales...

Mme Mireille Elbaum : Au moins sommes-nous sûrs des échantillons, mais il est vrai que la population des personnes âgées a changé entre 1996 et aujourd'hui.

Mme Nicole Roth : Nous sommes en train d'étudier le taux d'encadrement par GIR moyen pondéré, afin de disposer bientôt de résultats plus fins.

M. Jean-Marie Le Guen : Nous commençons à avoir une idée de ce que pourra conclure notre mission à propos des organes d'études car, quelle qu'en soit la complexité, il est quand même incroyable, au regard des milliards investis dans ce secteur, de ne pas disposer d'au moins quelques éléments de connaissance de l'évolution de la demande. Vous n'avez par exemple pas les moyens de répondre à la question de M. Jean-Luc Prével sur d'éventuelles différences de comportements culturels entre le nord et le sud, alors que c'est fondamental en termes d'investissements. La moindre entreprise connaît l'état de son marché, or, dans ce secteur où des sommes colossales sont en jeu, on ne sait rien.

Dans un autre registre, dispose-t-on d'informations sur des postes disponibles non pourvus, comme j'ai pu constater qu'il y en avait en Île-de-France ? Existe-t-il une étude sur les besoins en personnel dans la perspective du papy boom, alors que la tension est déjà forte sur le personnel de service ?

Mme Mireille Elbaum : L'enquête HID, qui était la première sur les caractéristiques des personnes connaissant des problèmes d'autonomie, a quand même apporté des éléments de connaissance de la demande. Elle a permis de caractériser les personnes, leur état de santé, leur entourage familial, leur situation sociale, même si nous manquons d'éléments sur les revenus parce qu'il est difficile de les collecter. Nous avons bien sûr comme objectif de la renouveler et de l'enrichir en 2008-2009.

M. Jean-Marie Le Guen : Il y a quand même des écarts de 50 % entre les offres des départements, et vous êtes incapables de dire si cela résulte d'une pénurie ou d'un excès d'offre.

Mme Mireille Elbaum : On connaît les caractéristiques sanitaires de la population et son âge, et on constate qu'elles n'expliquent qu'imparfaitement les variations entre les départements, qui tiennent donc aussi aux choix de ces derniers.

M. Michel Laroque : Il y a à l'évidence des lacunes dans le recueil des informations, mais il ne paraît pas possible d'avoir un système exhaustif et il est donc souhaitable de développer des enquêtes par échantillons, qui permettent tout à fait d'élaborer des politiques. On a fait en France le choix de la décentralisation, mais on ne sait pas bien gérer des politiques décentralisées et assurer les relations entre les niveaux central et décentralisés : nous ne disposons même pas d'une conférence annuelle de l'action sociale.

M. Jean-Marie Le Guen : C'est très juste !

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : D'importants travaux ont été menés sur la qualité de la prise en charge mais nous nous rendons compte, audition après audition, qu'il n'y a rien sur cette question des coûts. On pouvait nourrir l'espoir que la réforme de la tarification aiderait à réduire les écarts mais on n'arrive pas savoir si les départements qui pratiquent l'aide à la pierre maîtrisent mieux les coûts d'hébergement. On

dit que les subventions d'exploitation sont plus efficaces sur les prix d'hébergement, mais on n'a aucun élément d'information précis. Pouvez-vous nous en dire plus à ce propos ?

M. Michel Laroque : Il n'y a aucun travail de fond sur ce sujet. Tout juste s'est-on récemment intéressé, en lien avec la canicule, à la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées et a-t-on interrogé les conseils généraux sur leur politique. Certains paraissent réticents à développer leurs investissements car cela a des répercussions sur le pouvoir d'achat des personnes âgées et de leurs familles, donc de leur électorat, ou sur les finances des départements, au titre de l'aide sociale, donc sur les contribuables.

Il y a aussi un problème comptable classique : les investissements entrent dans les amortissements, donc dans le coût supporté par les personnes. Peut-être en effet les formules d'aide à la pierre permettent-elles d'alléger ce poids. Mais au total il faut bien que quelqu'un supporte le financement

Mme Nicole Roth : Les obstacles ont été analysés dans une note de préfiguration aux travaux du Centre d'analyse stratégique.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourquoi n'a-t-on jamais appliqué le dispositif de financement des travaux dans les hôpitaux, – c'est-à-dire la subvention d'exploitation – à ceux effectués dans les maisons de retraite ?

Mme Anne-Marie Léger : Cela passe aussi par l'amortissement, mais la prise en charge financière incombe à la sécurité sociale alors que, dans les établissements pour personnes âgées, cela relève de l'hébergement et reste donc à la charge des personnes.

M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes : Tout ceci dépend peut-être de l'état différent de sous-équipements des départements et des régions : certains sont surtout préoccupés de s'équiper.

M. Michel Laroque : Il y a quand même une réglementation, qui ne prévoit pas le régime de la subvention d'exploitation. En outre les départements, qui ont déjà à leur charge l'aide sociale aux personnes âgées, ne souhaitent pas nécessairement se lancer dans le versement de subventions d'exploitation régulières, d'autant qu'elles concerneraient obligatoirement l'ensemble des résidents, y compris ceux dont les ressources sont importantes.

M. Jean-Marie Rolland : Je ne suis pas convaincu que la subvention d'exploitation aurait sur les prix de séjour un effet plus important que la subvention d'investissement : il faudrait prendre en compte le taux de l'argent et l'année d'investissement pour s'en assurer. En outre, il serait plus compliqué pour les départements de programmer des aides annuelles qu'un programme d'investissement canton par canton, maison de retraite par maison de retraite.

M. Michel Laroque : Il faut aussi tenir compte des établissements privés et, éventuellement, de la prise en charge par l'aide sociale.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Dans les départements qui pratiquent de façon importante l'aide à la pierre, comme les Landes et les Vosges, il n'y a pas de structures privées à but lucratif.

M. Jean-Marie Rolland : Ce qui prouve que leur prix de journée est plus bas.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Parce qu'ils ont fait le choix d'une aide à la pierre importante.

Je souhaite qu'on en vienne maintenant à la question du niveau de revenu des retraités dans les années à venir.

Mme Mireille Elbaum : S'agissant de leur niveau de vie actuel, nous avons procédé à une étude pour le prochain rapport de l'Observatoire de la pauvreté, dont nous pourrons vous communiquer les résultats. Il faut toutefois savoir qu'on ne prend en compte que les revenus monétaires et non ce qu'on appelle les « loyers fictifs », qui améliorent la situation d'un certain nombre de retraités pauvres, propriétaires de leur logement.

Nous avons aussi fait des projections importantes dans le cadre des travaux du Conseil d'orientation des retraites, qui publiera également en avril un rapport dont nous pouvons vous fournir des éléments. Nos travaux ont porté notamment sur les besoins de financement qui restent à couvrir, notamment en fonction des réformes déjà intervenues. Nous disposons donc de prévisions jusqu'en 2050 sur l'évolution du pouvoir d'achat des retraités, qui va en moyenne continuer à augmenter. Pour autant leur situation va se détériorer, dans toutes les hypothèses, par rapport au pouvoir d'achat moyen des actifs.

Mais on peut aussi étudier la question non plus en moyenne mais en dispersion, pour pouvoir analyser les risques de pauvreté dans l'avenir, compte tenu d'un certain nombre de difficultés liées au chômage, au temps partiel, à l'éclatement des familles. Cet exercice de modélisation individuelle est plus difficile, mais nous allons nous y atteler pour chercher à prévoir le risque de pauvreté éventuelle de certaines catégories de retraités, par exemple ceux qui ont eu des carrières difficiles ou des ruptures familiales.

Mme Anne-Marie Léger : Ce sont des sujets sur lesquels on n'a pas encore beaucoup travaillé et qui sont pourtant particulièrement intéressants. Ainsi il apparaît que pour une dépendance importante, de GIR 1 ou 2, l'accueil en établissement revient moins cher que le maintien à domicile. Il faut donc prendre en compte le fait que ce sont les personnes âgées les moins aisées qui sont amenées à rester chez elles. Cela avait déjà été relevé dans l'enquête HID et c'est tout le problème du reste à charge.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cela va à l'encontre de ce que nous avons entendu jusqu'ici.

Disposez-vous d'éléments qui montrent que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) joue en faveur du maintien à domicile ? Pensez-vous que son développement contribue au niveau élevé des coûts d'hébergement ?

Mme Anne-Marie Léger : On constate en tout cas que les personnes entrent de plus en plus tard dans les établissements : l'APA le leur permet.

Mme Mireille Elbaum : C'est une tendance ancienne. L'augmentation de l'APA est surtout liée au GIR 4.

Mme Nicole Roth : Ces dix dernières années, l'âge moyen d'entrée dans les établissements a été retardé de deux ans pour atteindre désormais 84 ans.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Si les longs séjours diminuent fortement, qu'en est-il de la durée moyenne de séjour ?

Mme Anne-Marie Léger : Elle se stabilise, voire augmente légèrement.

M. Jean-Marie Rolland : L'allongement de l'espérance de vie de trois mois par an s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie et d'une arrivée plus tardive de la dépendance.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous avons récemment reçu les représentants d'établissement offrant une prise en charge différente, qui ont fait état d'un phénomène de « grabatisation », les personnes arrivant dans l'établissement pour y passer les quinze derniers jours de leur vie.

Mme Mireille Elbaum : La question de savoir si les personnes âgées disposeront de retraites suffisantes à l'avenir va aussi se poser.

M. Jean-Luc Prél : Il ne faut pas négliger l'aspect psychologique : l'idée d'entrer dans un établissement d'accueil est insupportable à de nombreuses personnes âgées.

Mme Mireille Elbaum : Nous disposons d'un baromètre de l'opinion qui montre que, si les adultes sont prêts à envisager l'accueil en établissement pour leurs proches, les plus vieux, donc plus proches de l'âge concerné, aspirent à rester à domicile le plus longtemps possible. Ce clivage me paraît susceptible d'engendrer un conflit de générations.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie vivement d'avoir participé à cette audition, et je vous invite à nous communiquer tous les éléments dont vous disposez, en particulier sur le reste à charge et sur le reste à vivre, car nous cherchons vraiment à comprendre le décalage entre ce qui nous est dit et ce que vivent les gens sur le terrain.

Mme Mireille Elbaum : Puisque tel est le souhait de la représentation nationale, nous ferons tout pour que la prochaine enquête sur les usagers comporte un volet sur ces questions, même si nous ne pouvons bien sûr pas garantir la qualité des réponses individuelles.

M. Michel Laroque : J'insiste pour qu'on ne néglige pas la dimension patrimoniale dans l'analyse des revenus des personnes âgées.

*

Audition de M. Claude Martin, directeur de recherche au CNRS, directeur du Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous souhaite la bienvenue. Nous vous entendrons avec intérêt commenter l'étude que vous avez menée sur les systèmes étrangers de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

M. Claude Martin : Je tiens à préciser d'emblée que je ne suis pas un spécialiste de la prise en charge en établissement. Ce que j'ai tenté d'analyser, c'est le mode de prise en charge, dans différents pays européens, de ce que nous appelons « la dépendance » et que l'on appelle ailleurs « les soins de longue durée », la France ayant la particularité d'appliquer un critère d'âge. Il est important d'avoir une vision d'ensemble, car le maintien à domicile et l'hébergement en établissement s'articulent ; le choix du seuil qui implique de choisir un

mode ou l'autre est donc crucial. La question psychologique l'est également, car si les familles envisagent assez aisément l'hébergement, les personnes proches d'une prise en charge de longue durée aspirent, toutes, à rester chez elles.

J'ai commencé par recenser les points communs aux différents pays étudiés. On voit que la pression du vieillissement et de ses effets est partout la même, que les mêmes questions doivent être tranchées, que les mêmes principes sont partagés. On voit aussi qu'il y a des idéaux types. Mais c'est là une approche comparative globale. La méthode de comparaison de cas type, très précieuse, consiste à adopter un point de vue plus proche de celui de l'utilisateur. Dans ce cas, on ne compare plus des systèmes établis au plan national et d'application locale, mais des paniers de services.

Je ne m'appesantirai pas sur le rythme du vieillissement de la population, question d'une importance évidente lorsque l'on traite du choix du mode de prise en charge. On le constate déjà en Suède, pays qui connaît un vieillissement accéléré : un virage y a été pris à la fin des années 1990, période à laquelle on a transféré pour beaucoup la prise en charge des soins de longue durée du domicile aux établissements, la répartition s'établissant désormais par moitié.

Il faut aussi évoquer le risque futur de ce que les Anglo-Saxons appellent le « *care deficit* », le manque de soutien familial. Cette hypothèse tient une grande place dans leur réflexion. Pendant les « Trente Glorieuses », les soins aux personnes âgées dépendantes étaient, dans leur très grande majorité, assurés par les proches ; une angoisse collective se fait jour, qui tient à ce que ce mode de prise en charge a toute chance de s'affaïsser. Cette angoisse diffuse conduit à anticiper la mutation, mais aussi à aborder la question de la disponibilité des femmes, dont beaucoup travaillent, à prendre en charge la dépendance. Vous verrez, dans le document à votre disposition, qu'à partir de 2020, la courbe de la dépendance croise celle du nombre de femmes inactives. Le « ciseau » qui se creuse mesure le *care deficit* probable. Et encore considère-t-on, dans ce calcul, que toutes les femmes inactives âgées de 50 à 64 ans sont désignées d'office pour s'occuper de leurs proches devenus dépendants...

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Peut-être, en 2020, les hommes participeront-ils davantage à cette prise en charge ! Peut-être, aussi, la dépendance ne sera-t-elle pas aussi grave qu'on veut bien le dire.

M. Claude Martin : C'est possible, puisque les projections ont été faites toutes choses égales par ailleurs. Les Anglo-Saxons sont beaucoup plus avancés que nous dans la réflexion philosophique, morale et sociologique sur l'évolution du « devoir se consacrer à l'autre », sur le désir de sollicitude, dont il faut mieux cerner comment il se structure dans la pratique.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cela vaut-il aussi pour la prise en charge des enfants ?

M. Claude Martin : Oui. En France, nous opérons un clivage, alors que la prise en charge des jeunes enfants et celle des personnes âgées ont bien des points communs. Les pays nordiques et les pays anglo-saxons traitent d'ailleurs la question en un bloc.

Les politiques menées dans les pays européens sont fondées sur quelques principes communs. Partout, l'organisation de la prise en charge de la dépendance se fait à l'échelle locale, même si des orientations nationales ont été définies. Pour autant, les territoires varient. Ainsi, il s'agit d'une responsabilité municipale dans les pays nordiques,

départementale en France. Mais, partout, il faut organiser la politique de prise en charge par un mécanisme qui se gère au plus près. On constate aussi, dans tous les pays étudiés, une combinaison entre *health care* et *social care* – et il est intéressant de constater que ces termes n’ont pas d’équivalents exacts en français –, prise en charge alliant le médico-social, le social, le paramédical et le sanitaire, partout emboîtés.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je l’ai moi-même constaté au Danemark.

M. Claude Martin : On constate encore que, partout, priorité est donnée à l’aide à domicile, pour faire droit à une préférence qui a peu de chance d’évoluer, sauf si l’image de l’hébergement en établissement se modifie radicalement. Pour l’instant, les personnes dépendantes souhaitent rester dans leur univers domestique. Cela ne signifie pas que, si l’on trouve un moyen de donner une meilleure image de ce que peut être le « chez soi » en établissement, que l’on démontre qu’il y a moyen d’y restructurer son intimité, on ne parviendra pas à surmonter les peurs. C’est une des recommandations que je formulerai. Le souvenir puissant demeure dans les esprits de l’époque où les maisons de retraite étaient des mouiroirs, et ce sédiment fait qu’elles sont ressenties comme des repoussoirs. C’est ce qui explique que, au cours des années 1970, dans les pays anglo-saxons, le *community care* a été conçu comme une alternative. Il faut impérativement travailler cette question.

On note également, partout, l’obligation de l’individualisation de la réponse aux besoins, la nécessité du sur-mesure en fonction de besoins qui varient très vite dans le temps.

Il y a donc des principes communs, mais il y aussi des différences d’approche, qui portent en premier lieu sur l’évaluation du niveau de dépendance. Si certains pays ont standardisé les niveaux d’accès aux droits et aux services, les pays nordiques et anglo-saxons laissent au gestionnaire local, le *care manager*, le choix discrétionnaire de définir la composition du panier de services ; c’est lui qui a la responsabilité de l’évaluation des soins nécessaires. Je ne m’attarderai pas sur les autres différences, qui sortent du cadre dont nous traitons aujourd’hui.

La comparaison montre que chaque mode de prise en charge de la dépendance s’inscrit dans une tradition. J’en ai recensé quatre grands types.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Que pensez-vous, à ce sujet, de la création du prêt hypothécaire renouvelable annoncé par le Gouvernement ? Ces prêts servent souvent à financer la prise en charge de la dépendance dans les pays anglo-saxons. Avez-vous étudié ce qu’il en est en Grande-Bretagne ?

M. Claude Martin : Non. Je sais que le système existe en Grande-Bretagne mais je n’en connais pas l’ampleur. D’ailleurs, je n’insisterai pas davantage sur l’approche par systèmes, car l’approche par la méthode des cas type apprend des choses différentes et complémentaires, même si elle a ses limites. Elle permet de comparer, à caractéristiques identiques, les outils d’évaluation des besoins et, une fois l’évaluation faite, les paniers de service proposés. On appréhende ainsi à la fois la mise en œuvre locale de la prise en charge de la dépendance et les réponses pratiques apportées aux besoins. Les interrogations préalables à la comparaison ont porté sur la manière dont les localités considérées standardisent la réponse aux besoins dans une logique d’ayants droits : faut-il un critère objectivable explicite ou faut-il au contraire laisser une grande marge discrétionnaire aux gestionnaires locaux ? Quelle part laisse-t-on à l’usager et à sa famille ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Voilà ce qui nous intéresse !

M. Claude Martin : Pour définir des cas types, j'ai établi le niveau de dépendance, le niveau relationnel, l'existence ou l'absence de cohabitation avec un tiers et le niveau de ressources de la personne dépendante. Un panier des services nécessaires apparaît alors, et l'on voit quelle part est laissée à l'utilisateur, part qui varie assez largement selon les localités considérées. On constate ainsi que Rome et Barcelone standardisent très peu les niveaux de dépendance. On y fait du sur-mesure mais, faute d'alternatives, on recourt beaucoup à l'hospitalisation ou à l'hôpital psychiatrique. On laisse donc peser sur l'utilisateur une très forte pression. À l'inverse, l'Allemagne standardise fortement les niveaux de besoins, qui donnent accès à des niveaux de prestation monétaire également très standardisés, ce qui réduit beaucoup la pression sur l'utilisateur. Le cas de Stockholm est encore différent, car la standardisation est faible, mais la pression exercée sur l'utilisateur est également réduite par l'ampleur du panier de services offerts.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourquoi la faiblesse de la standardisation en Suède permet-elle de maintenir une faible pression sur l'utilisateur et ses proches ?

M. Claude Martin : Parce que le panier de services potentiel est très important à Stockholm. En Italie et en Espagne, il est pratiquement inexistant, si bien que l'on reporte une charge considérable sur l'utilisateur et sa famille.

M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes : Il faut dire qu'il y a, dans les pays d'Europe du Sud, une longue tradition de prise en charge familiale.

M. Claude Martin : C'est exact, mais c'est aussi définir une certaine politique de la famille que de ne rien faire pour créer une alternative. L'absence de politique, c'est une politique !

M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes : Certes, mais la tradition de prise en charge familiale y est historique.

M. Claude Martin : Sans doute, mais c'est aussi parce que l'on n'apporte pas de réponse mutualisée aux besoins que la famille reste un levier si puissant. S'agissant de la petite enfance, le résultat de cette absence de politique, c'est une chute impressionnante du taux de fécondité aussi bien en Espagne qu'en Italie.

En Italie, justement, on constate une incroyable disparité des réponses aux besoins. Il y a d'abord une politique nationale, qui se traduit par le versement, sans limite d'âge, de *l'indennità d'accompagnamento*, allocation détournée de sa cible première, les adultes handicapés, et servie de manière extrêmement discrétionnaire, avec une très forte variation territoriale. En complément viennent des politiques régionales, elles-mêmes très disparates. Ainsi, en Ligurie, un dispositif prévoit quatre niveaux de chèques service, eux-mêmes assortis d'un co-paiement par l'utilisateur ou sa famille dont le montant varie selon les ressources. Le troisième niveau est le niveau communal et, là encore, les disparités territoriales jouent. Ainsi, à Modène, ville plutôt aisée, la municipalité a décidé le versement d'une prestation d'un montant assez significatif, soumise à condition de ressources. On le voit, le système italien est très fortement segmenté et la carte territoriale est d'une complexité inouïe, au point que d'un quartier de Rome à l'autre l'offre de services varie. Inutile de dire qu'il y a là un véritable défi à l'analyse comparative. Un débat de fond sur l'évolution de ce système est en germe en Italie, où *l'indennità d'accompagnamento* suscite

de vives critiques et où l'idée fait son chemin qu'il est impératif de réduire les disparités en standardisant l'accès au panier de services. Certains partis sont fascinés par le système assurantiel allemand, qui laisse un grand choix dans l'usage de la prestation de services. Au centre gauche, la préférence va au chèque service et au contrôle de l'effectivité de l'aide. Cependant, aucune enquête nationale n'a été menée qui permettrait de connaître avec un semblant d'exactitude le nombre de personnes à soutenir. De ce fait, les chiffres avancés varient de 1,1 million de personnes, les allocataires de l'*indennità d'accompagnamento*, à 2,8 millions de dépendants autoproclamés...

Vingt ans de débats et une dizaine de propositions de loi ont été nécessaires pour mettre sur pied le modèle allemand assurantiel, qu'appliquent aussi le Luxembourg, l'Autriche et le Japon. L'Allemagne a fini par trancher pour réduire un budget d'aide sociale considérable et pour soulager les familles. Dans ce dispositif, la condition de ressources est supprimée et l'on constate que le choix majoritaire des personnes est de recevoir une prestation monétaire moindre pour conserver le libre choix de son usage.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il reste à s'assurer de la bonne qualité des soins dispensés.

M. Claude Martin : C'est vrai, et les autorités y travaillent.

Le cas le plus intéressant pour nous est, à mon sens, le cas suédois. Le pays a une très longue tradition politique dans ce domaine, puisque le *social care* y est pratiqué depuis plus de cinquante ans. Les personnes âgées de plus de 80 ans représentent maintenant plus de 5 % de la population, ce qui crée une forte pression. La décentralisation est très poussée et le pouvoir de décision des 289 communes considérable, mais les municipalités ont l'obligation d'apporter une solution aux besoins qui se manifestent, qu'il s'agisse de la prise en charge de la petite enfance ou de celle du grand âge. Dans les années 1975 à 1980, le nombre des personnes âgées maintenues à domicile était deux fois supérieur à celui des personnes hébergées en établissement. Comme je vous l'ai dit, depuis les années 1990, les deux courbes ont convergé.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourquoi, précisément ?

M. Claude Martin : En raison des politiques mises en place pour faire face à l'accroissement des besoins lié au vieillissement accéléré de la population. En premier lieu, on a fait la chasse aux *bed-blockers*, les malades chroniques hospitalisés pendant une longue période parce qu'ils ont besoin de soins constants, qui imposaient une charge trop lourde à l'hôpital public, et on les a renvoyés vers les municipalités. Ce virage a entraîné la montée en charge des établissements d'hébergement. S'agissant du maintien à domicile, les ressources municipales ont été ciblées vers l'amélioration de la prise en charge des personnes dont les besoins sont les plus grands, et l'on a renvoyé aux proches la prise en charge des niveaux moyens de dépendance.

La France connaît une situation assez faste depuis l'entrée en vigueur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), servie à 911 000 des 950 000 personnes estimées éprouver des besoins liés à la dépendance. Mais ces besoins vont être ceux d'une population croissante. On risque donc une pression plus forte sur les proches, les services à domicile et les établissements, qui pourrait conduire, comme en Suède, à la répartition de la prise en charge par moitié entre maintien à domicile et hébergement en établissement. Une telle évolution suppose une conception de la prise en charge en institution très différente de ce qu'est la nôtre actuellement. En privilégiant les places en appartements dans des immeubles

collectifs pourvus de services communs, on permettrait aux personnes âgées d'accepter plus volontiers l'idée d'un hébergement en un lieu où elles retrouveraient un « chez soi ».

M. Pierre Morange, coprésident : L'emboîtement entre sanitaire et social est-il le même en Suède et en France ?

M. Claude Martin : La comparaison est plus facile avec l'Espagne et l'Italie, où la médicalisation sert à compenser les insuffisances des dispositifs de prise en charge sociale de la dépendance. En Suède, l'enjeu n'est pas là ; on ne parle pas du volet sanitaire, parce qu'il va de soi.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous comparé le reste à charge, à niveaux de dépendance et de ressources équivalents, en cas d'hébergement en établissement, selon les pays ?

M. Claude Martin : Non. Ce travail reste à faire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : En Suède, le financement de l'investissement est-il aussi à la charge des communes ?

M. Claude Martin : Oui, mais la commune, en fixant le montant de l'impôt, peut décider celui du reste à charge.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La comparaison a-t-elle été faite des effectifs présents dans les établissements ? Est-ce aussi la commune qui a la charge du personnel ?

M. Claude Martin : Cette comparaison n'a pas encore été faite, car elle suppose de recenser les pratiques de 289 communes.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous avez évoqué l'obligation faite aux municipalités de répondre aux besoins. Mais que se passe-t-il quand les communes sont pauvres ? Quels sont les mécanismes de compensation ?

M. Claude Martin : La très longue tradition de protection sociale scandinave est fondée sur le principe de fournir un niveau égal et élevé de prestations publiques à toute la population en contrepartie d'une imposition elle aussi élevée. Même si le dispositif a été sérieusement modifié au cours des années 1990, il demeure uniforme. Il y a certes des disparités, particulièrement entre villes et campagnes, mais le niveau de prise en charge est beaucoup plus standardisé qu'en France, ce qui s'explique aussi par la considérable différence du nombre de communes dans les deux pays. Il faut aussi tenir compte, j'y reviens, de la représentation que l'utilisateur *lambda* se fait de la prise en charge en établissement. Or, tous les Européens n'ont pas le sentiment qu'ils peuvent recréer un « chez soi » en établissement. Les enquêtes d'opinion conduites en Suède révèlent que les personnes âgées préfèrent recourir aux services de professionnels plutôt que d'être un poids pour leurs proches. Cela n'empêche pas la permanence des liens affectifs. La moindre résistance à l'idée d'un hébergement a un impact en soi : comme on considère que c'est une option raisonnable, on planifie l'entrée et on la prépare sur le plan financier. En France, rien n'est préparé, et l'hébergement advient quand il est inéluctable, sans que les intéressés l'aient eux-mêmes décidé.

Aussi longtemps que l'on n'aura pas convaincu les personnes âgées qu'elles pourront recréer un univers personnel en établissement, la résistance à l'hébergement

demeurera et des gens de plus en plus dépendants arriveront de plus en plus tard, contribuant eux-mêmes à perpétuer l'image de la maison de retraite comme dernière demeure. En résumé, les enjeux financiers dépendent aussi de l'absence d'anticipation, elle-même déterminée par des préférences liées à des représentations.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous avons bien entendu que le libre choix doit primer l'enjeu financier.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous vous remercions. Toutes vos propositions d'amélioration du dispositif seront les bienvenues.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Particulièrement si elles portent sur la formation des travailleurs sociaux. Il nous serait aussi utile de savoir à quels types de personnels les pays que vous avez étudiés font appel.

*

Audition de Mme Josiane Blanc, membre du bureau de l'Union confédérale des retraités UCR-CGT, et Mme Micheline Laroze, membre de la commission exécutive de l'UCR-CGT ; M. Richard Tourisseau, conseiller fédéral à la Fédération des services de santé et des services sociaux CFDT ; Mme Josette Ragot, membre du bureau et responsable du secteur de l'aide à domicile de la Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière (CGT-FO) ; MM. Gilles Calvet et Jean-Pierre Oulhen, membres du bureau du syndicat national des cadres hospitaliers Force ouvrière, représentants de la Fédération Force ouvrière des personnels des services publics et des services de santé (CGT-FO) ; M. André Hoguet membre du conseil confédéral de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et des services sociaux (CFTC) ; M. Jean-Claude Thomas, délégué national pour les établissements d'hébergement des personnes âgées de la Fédération de la santé, de la médecine et de l'action sociale CFE-CGC

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite à tous la bienvenue. J'informe les membres de la mission que Mme Dominique Ravey est remplacée par M. André Hoguet, au titre de la CFTC et que M. Thierry Ott, délégué national du Syndicat national autonome du personnel de l'aide à domicile en milieu rural, membre de l'Union nationale des syndicats autonomes, empêché, m'a prié de bien vouloir excuser son absence.

Vous connaissez l'objet de nos travaux. Dans ce cadre, nous aimerions que vous dressiez un tableau complet des différentes catégories de personnels intervenant dans les établissements d'hébergement et de soins pour personnes âgées.

Nous souhaitons également savoir dans quelle mesure vous considérez que les différences de prix d'hébergement observées selon les établissements et les services sont imputables au coût des personnels.

Mme Josiane Blanc : Merci de nous consulter.

Nous tenons à rappeler l'importance de la place de la personne âgée dans le champ solidaire des principes de la sécurité sociale, qui visent à un service de qualité pour tous, du commencement à la fin de la vie, indépendamment de l'âge et des moyens de la personne.

Or, même si le mot solidarité figure toujours dans le nom « Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », cette dernière ne tient pas ses engagements...

M. Pierre Morange, coprésident : Je me permets d'insister, compte tenu du nombre de participants à cette audition et de l'importance du sujet, pour que vous vous concentriez sur les réponses à nos questions et sur les suggestions que vous souhaitez nous faire.

Mme Josiane Blanc : Nous vous avons déjà fait parvenir nos propositions.

Selon le secrétariat d'État aux personnes âgées, entre 5 et 10 % des 1 000 maisons de retraite françaises sont indignes et 20 % de leurs 650 000 lits sont totalement inadaptés. Un rapport de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) montre d'ailleurs la nécessité d'un fort développement de ce secteur dans les années à venir, dans la mesure où le nombre des personnes dépendantes est appelé à augmenter fortement.

Vous nous interrogez sur le financement, qui concerne à la fois les usagers, les proches et les contribuables. Pour nous, le choix du gouvernement de transférer les charges de l'assurance maladie vers les usagers et les contribuables exclut de fait les plus humbles de l'accès aux maisons de retraite. En effet, quand un retraité touche une pension de 2 000 à 2 300 euros par mois, la totalité sert à financer son séjour en maison de retraite, un tiers des membres de son entourage étant en outre obligés de le soutenir financièrement.

Cela amène bien sûr à s'interroger sur le rôle et la place des établissements publics. On assiste aujourd'hui en effet à un développement des maisons de retraite privées à but lucratif. Ainsi, la totalité des 12 établissements qui vont ouvrir dans le Val-d'Oise sont privés, avec un taux de rentabilité exigé de 5 à 10 %. Faire ainsi de l'argent sur la dépendance des personnes âgées est scandaleux. Comment s'étonner que les grands groupes financiers interviennent aujourd'hui dans ce secteur ? Il faut absolument stopper cette tendance à la financiarisation de la dépendance et revenir à une logique sociale pour offrir à chacun la possibilité d'accéder à une maison de retraite de qualité.

Face à cette situation, les personnels et les professionnels se découragent et s'épuisent.

M. Pierre Morange, coprésident : Ces questions de principe sont au cœur de notre réflexion et je dirais même que la part de la prise en charge financière par les familles est une de nos obsessions.

Mais il est aussi important pour nous de connaître les catégories de personnel affectées à ces établissements afin d'apprécier la capacité de répondre à la problématique sociale et sanitaire, ainsi que l'impact de la masse salariale sur le prix de journée.

Mme Josiane Blanc : Les personnels qualifiés sont en nombre tout à fait insuffisant pour répondre aux besoins. Alors que nous estimons qu'il faudrait créer 250 000 emplois et développer fortement la formation, 15 000 créations seulement sont envisagées d'ici 2007.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais quelle serait la ventilation de ces 250 000 emplois ? Par rapport aux besoins sanitaires, a-t-on besoin plutôt des compétences d'auxiliaires de vie, d'aides-soignantes ou d'infirmières ?

Mme Micheline Laroze : Il est assez difficile de répondre. Les conventions devraient permettre une première estimation des besoins en personnel, mais nous aurions

besoin, sans attendre cinq ans, d'un véritable état des lieux pour pouvoir faire des propositions concrètes. Il conviendrait en particulier que nous connaissions les effets du GIR moyen pondéré (GMP).

M. Pierre Morange, coprésident : Je m'étonne que même les représentants des salariés n'aient pas une connaissance fine de ces besoins.

Mme Micheline Laroze : Quand je me rends dans les maisons de retraite, je vois bien que le premier problème n'est pas l'hôtellerie mais le personnel, surtout le personnel soignant. Tout le monde me dit qu'il manque des heures. Il faut donc se préoccuper à la fois des recrutements, du temps de travail et de la formation.

M. Richard Tourisseau : Pour la catégorie la plus nombreuse, celle des aides-soignants et des aides médico-psychologiques (AMP), dans les établissements publics, associatifs et commerciaux, la formation est une obligation, en particulier en raison de la médicalisation. Mais, quand un jeune sort de l'éducation nationale avec un BEP sanitaire et social et qu'il postule pour un de ces emplois, l'employeur exige le diplôme professionnel d'aide-soignant (DIPAS) ou le certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP (CAFAMP). Ces formations de 12 ou 18 mois coûtent de 5 000 à 6 000 euros. Il avait donc été proposé qu'un nouveau partenariat avec l'éducation nationale permette de prolonger, gratuitement, le BEP, pour éviter que les familles soient obligées d'emprunter pour compléter la formation.

Par ailleurs, pour la CFDT, le ratio d'aides-soignants et d'AMP par lit doit aujourd'hui se situer autour de 0,4 pour permettre un fonctionnement 365 jours par an, 24 heures sur 24.

En dehors des soins, on a besoin d'infirmières car un certain nombre de personnes hébergées sont malades, mais aussi de personnels de rééducation – ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes – qui jouent un rôle important dans la prévention et la prise en charge.

L'intervention des psychologues peut se faire sous différentes formes – salariés ou libéraux – selon la taille de l'établissement.

Il convient également de ne pas oublier le personnel administratif et logistique.

Les dépenses de personnel représentent environ la moitié du coût global de l'hébergement – nous reviendrons sur ce qui explique le coût élevé dans l'autre moitié. Sur le tarif dépendance, le personnel représente 80 %, les 20 % restants servant globalement à l'achat des couches. Pour le tarif soins dans les établissements médicalisés, la part des dépenses en personnels est de 66 %, pour le reste, sans doute faudra-t-il réfléchir à la part des médicaments. Or, quand on parle de reste à charge, il ne faut pas s'intéresser uniquement à l'hébergement et à la dépendance, il faut aussi s'intéresser à la façon dont sont pris en charge les tarifs soins : est-on dans un tarif partiel ou global ? Les coûts sont-ils inclus dans le forfait soins ou restent-ils à la charge de la personne ?

Mme Josette Ragot : Développer la prévention permettrait de faire des économies. On a parlé tout à l'heure de la prise en charge de personnes de plus en plus lourdement dépendantes. Mais quand les personnes âgées sont prises correctement en charge à domicile, on peut les y maintenir beaucoup plus longtemps et beaucoup plus facilement et la dépendance s'installe bien plus lentement. Le coût d'une prise en charge très lourde est ainsi retardé.

Il est important de savoir comment les choses se passent entre le domicile et établissement. M. Claude Martin a évoqué tout à l'heure la possibilité d'« avoir un chez-soi en établissement », mais il a aussi parlé de « dernière demeure », et je n'ai pas envie que les choses se passent comme cela, pour moi comme pour tous ceux qui vieillissent. Je souhaite donc une prise en charge progressive, plus globale.

Et puisqu'on parle d'argent, j'affirme que le maintien à domicile est onéreux mais qu'il permet de faire de la prévention et que, à long terme, cela revient moins cher que l'accueil en établissement.

On a parlé de la formation des soignants. Il faut aussi s'intéresser à celle des personnes qui font de l'accompagnement hors soins, en particulier au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Sans doute ce type de personnels est-il aussi nécessaire en établissement, car la dépendance ne relève pas seulement du soin mais aussi de l'aide.

Je suis persuadée qu'il faut s'intéresser de plus près, – autour d'une idée de passage – aux questions de savoir comment on vieillit, comment on devient dépendant, comment on va vers un établissement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous n'avez entendu que la fin de son intervention et je vous invite à vous reporter au compte rendu de l'audition de M. Claude Martin, qui a dit à ce propos des choses qui vous intéresseront sans doute.

M. Jean-Pierre Oulhen : Je précise que, pour un établissement en tarif partiel, les coûts de personnel sur le tarif soins sont plus proches de 95 que de 60 %.

Force ouvrière souhaite qu'on aille vers un ratio d'encadrement de 0,5 agent – aides-soignants, infirmiers et auxiliaires médicaux – par lit.

Les établissements ont également besoin de nouvelles compétences, en particulier d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

J'espère que nous aurons le temps de revenir sur la répartition des coûts des personnels dans les différents tarifs.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous referons un tour de table pour que vous puissiez nous faire part de vos propositions.

Vous êtes aujourd'hui dans une situation de pénurie, mais la prévision des emplois vous paraît-elle maîtrisée ?

M. Gilles Calvet : Non, pas plus en qualité qu'en quantité. Jean-Pierre Oulhen et moi-même sommes directeurs de maisons de retraite depuis janvier 2002. Nous avons tous deux vu augmenter très fortement le GMP – de 100 points en quatre ans dans son établissement et de 75 points dans le mien. Nous avons donc logiquement besoin de personnel supplémentaire et, surtout, de personnel bien formé. Or nous sommes inquiets face aux perspectives de recrutements qui nous sont offertes : d'une part, avec les conventions tripartites, nous ne sommes pas assurés d'avoir les effectifs suffisants, d'autre part, nous nous trouvons, en particulier en Île-de-France, face à une pénurie en infirmières, en aides-soignantes, en kinésithérapeutes. Et les choses commencent à devenir difficiles aussi pour les AMP et les animateurs. Nous ne sommes donc absolument pas sereins.

M. André Hoguet : Ce sujet est extrêmement important pour notre syndicat. Il y a quelques années, nous avons soutenu la mise en place du maintien à domicile. Aujourd'hui, les personnes âgées entrent de plus en plus tard, donc de plus en plus dépendantes, en maison de retraite. Cela entraîne une forte augmentation des besoins aussi bien en environnement qu'en prise en charge globale. Les différents aspects de la dépendance, physique, psychologique et psychiatrique, amènent chacun à une vision différente des besoins des personnes âgées en établissement.

S'agissant des personnels, sept corps de métiers interviennent. Personne n'a jusqu'ici parlé des médecins. Or il faut le faire, car les maisons de retraite ne sont pas à égalité en termes de sécurité et d'environnement médical. Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) rattachés à un établissement de court séjour bénéficient plus facilement d'un environnement de spécialistes.

Quand on parle de besoins en personnel, il faut aussi être conscient que les 35 heures n'ont pas été entièrement compensées et que les établissements traînent encore ce problème.

On a évoqué le ratio de 0,4 agent par lit. Mais les choses ont changé en profondeur : auparavant, les personnes âgées arrivaient sur leurs deux pieds dans une maison de retraite, aujourd'hui elles sont toutes sur des brancards. Il faut absolument prendre en compte cette évolution de la dépendance. Ne conviendrait-il pas également, pour fixer un ratio, de disposer d'un référentiel de qualité des prestations à servir ? Tout le monde sait qu'un grand nombre de décès pendant la canicule étaient liés à la déshydratation, non pas du moment mais acquise. Dès 2000, une étude très sérieuse conduite dans une soixantaine de maisons de retraite insistait sur les problèmes de nutrition et d'hydratation. Il est bien évident que nous avons pas suffisamment d'aides-soignantes pour conduire une démarche qualité des prestations à servir aux personnes âgées.

Il faudrait par ailleurs revoir le forfait soins dans le cadre des GIR pour mieux prendre en compte tous ces aspects.

Bien évidemment, on ne saurait séparer cela de la question du financement et de la tarification à l'activité, mais je pense que nous y reviendrons.

M. Jean-Claude Thomas : Je suis aussi directeur d'un EHPAD. Je suis d'accord avec beaucoup de ce qui vient d'être dit. Je pense même qu'il faut aller plus loin : on parle de dépendance, mais il s'agit de soins de santé. Or nos tarifs sont constitués essentiellement à partir de la dépendance alors que je ne vois pas le rapport entre l'assurance maladie et cette dernière. On mélange tout, mais, dans la grille AGGIR, le travail infirmier n'apparaît pas. Et on ne prend pas en compte le problème de la surcharge des infirmiers par rapport aux soins de santé.

Aujourd'hui, on part de l'enveloppe et on emploie les effectifs que l'on peut payer, pas ceux dont on a vraiment besoin. Bien sûr, l'assurance maladie ne se porte pas bien. Mais ne faut-il pas trouver d'autres sources de financement. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en est une, mais elle ne sera pas suffisante car il manque des places en établissements et, même lorsque les créations sont autorisées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), les préfets les bloquent, faute de financement. Il manque aussi de l'argent dans les établissements existants pour pouvoir recruter du personnel qualifié, en particulier de soins.

Or, nous sommes confrontés à un certain nombre de contraintes qui nous sont imposées par les pouvoirs publics. Par exemple, il est interdit de demander à un agent de service de préparer des médicaments. Mais, dans mon établissement de 107 lits, cette tâche représente 1,4 équivalent temps plein (ETP), sur un total de 2,7 ETP-infirmiers. Nous n'avons pas d'infirmier la nuit. Aussi, quand on est à 20 km du premier hôpital, qu'on dispose uniquement d'une aide-soignante – quand elle n'est pas malade – et d'un agent, que croyez-vous qu'on fasse ?

Nous parlons de l'ensemble des tarifs alors que je croyais qu'on n'allait s'intéresser qu'à ce qui relevait de la sécurité sociale, c'est-à-dire du forfait soins. Il y a des différences de salaire considérables entre les établissements publics territoriaux et ceux qui relèvent de la fonction publique hospitalière, mais aussi, au sein des établissements privés, entre les établissements à but non lucratif, qui relèvent de plusieurs conventions collectives, et les établissements commerciaux où ne s'applique que la convention collective unique.

Faut-il aller vers le moins-disant social pour un personnel surchargé de travail, en état de souffrance, qui s'occupe de personnes dont il sait, à la différence de ses collègues hospitaliers, qu'il ne va pas les voir sortir en pleine forme au bout de trois semaines ? Ce personnel est aussi très sollicité, quand ce n'est pas agressé, par des familles qui voudraient toujours plus, parce que ce sont elles qui payent, la partie hôtelière, pas les soins. Il est également sous la pression des cadres, confronté à l'insuffisance des moyens. Cela a des effets pervers pour l'assurance maladie car notre personnel, épuisé, se trouve de plus en plus souvent en arrêt de travail. Pour faire une économie d'un côté, on dépense donc de l'autre, et je ne vous parle même pas des accidents du travail et des dorsalgies, parfois invalidantes, des infirmiers et des aides-soignants.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Disposez-vous d'un bilan sur ce point ?

Par ailleurs, est-il possible de comparer l'incidence des différents dispositifs conventionnels sur la situation des personnels, donc sur les coûts ?

M. Jean-Claude Thomas : Je ne dispose pas d'un bilan exhaustif des accidents du travail et des maladies professionnelles ; je parlais plutôt de ce qui se passe dans l'établissement que je dirige et dans les établissements voisins.

La comparaison entre les systèmes conventionnels serait intéressante, mais elle n'est pas aisée et la DREES a une mission difficile. Par exemple, dans les établissements commerciaux du secteur sanitaire, à la différence des établissements publics, les médecins ne sont ni dans la masse salariale ni dans les ratios.

M. Richard Tourisseau : Nous nous sommes battus en vain pour obtenir l'extension du DEAVS à la fonction publique hospitalière. Il est en revanche opérationnel dans la fonction publique territoriale et dans le secteur associatif, et il s'agit d'un point d'achoppement dans la convention collective unique.

Nous commençons à rencontrer les présidents de conseils régionaux pour parler de formation. Mais cela ne date que du 1^{er} janvier 2006 et peut-être n'en ont-ils pas encore mesuré toute l'importance. Au moins le président du conseil régional d'Île-de-France est-il convaincu qu'il s'agit d'une priorité. Mais l'État garde la mainmise sur les volumes : la région paie, mais l'État détermine le nombre de places et le besoin en formation pour les aides-soignantes et pour les infirmières, mais pas pour les AMP. La décentralisation n'est

donc pas totale et, selon les catégories, nous allons devoir négocier avec des interlocuteurs différents.

Compte tenu du calendrier législatif, nous avons saisi les sénateurs plutôt que les députés de nos propositions en matière de fiscalité. Il est évident, compte tenu de la nécessité de rénover une part importante des établissements, que le relèvement de 5,5 à 19,6 % du taux de TVA sur les travaux aurait un impact sur nos investissements, donc sur le prix de journée. Peut-être serait-il temps que le Parlement réfléchisse à l'assujettissement à la TVA des établissements publics. Cela nous rapprocherait d'une certaine égalité entre les établissements, dans la mesure où ceux du secteur commercial ne paient pas la taxe sur les salaires mais récupèrent la TVA et où ceux du secteur associatif bénéficient d'une franchise sur la taxe sur les salaires, tandis que les établissements publics paient cette taxe et ne récupèrent pas la TVA. L'article 279 du code général des impôts permet un assujettissement au taux de 5,5 %, il faut le mettre en œuvre et prévoir une option dans le cadre de l'article 256 B pour qu'au moins les personnes choisissent entre les établissements en fonction de la qualité de la prise en charge du confort et non pas des tarifs.

On ne peut continuer de dire que l'endroit où l'on ira vivre sera déterminé par le fait qu'il y a tel établissement ou tel autre à proximité ! Le législateur ne doit pas reconstituer des ghettos. La CFDT a rédigé des projets d'amendement à ce sujet qu'elle se fera un plaisir de vous transmettre – à vous, ensuite, de les adopter.

Par ailleurs, il est intéressant de parler de qualification en ce jour de grève dans la fonction publique. Cela permet de dire, par exemple, que la situation d'un diplômé est la même que celle d'un non diplômé. Pour les agents de la catégorie C, la seule perspective, en matière salariale, est d'espérer voir se réduire la période pendant laquelle ils sont payés au SMIC. Quant ils sont à l'échelle 2, elle est longue de 7 ans, et de 5 ans pour les aides-soignants, qui sont à l'échelle 3. On ne peut se satisfaire d'une rémunération bloquée sur le SMIC pour 40 % de l'effectif, les infirmières étant payées 10 % de plus ! Aussi longtemps que cette situation se perpétuera, il sera difficile de mobiliser les personnels. Comment, dans ces conditions, les attirer vers un secteur où l'on côtoie sans cesse la mort ? Il faut agir pour que ceux qui choisissent de travailler dans les EHPAD y restent. Dans le secteur lucratif, le personnel est mieux payé.

M. Pierre Morange, coprésident : Les conventions tripartites ont-elles pour effet de privilégier le recours aux professionnels libéraux, ou aux salariés ?

M. Richard Tourisseau : Tout dépend de l'établissement. Certains recourent aux infirmières libérales pour des toilettes, ce qui ne serait pas le cas si l'on instituait un point « GIR » et un point « dépendance ».

M. André Hoguet : Cela ne se produirait pas non plus s'il existait un référentiel de soins obligatoires à dispenser en établissements.

M. Pierre Morange, coprésident : Il semble que les professionnels libéraux aient été amenés à quitter les EHPAD. Comment expliquez-vous ce mouvement de départ ?

M. Richard Tourisseau : Par l'accroissement du besoin de prise en charge. Ils ne peuvent rester en permanence dans les établissements.

M. André Hoguet : Ils sont payés à l'acte. Si les psychologues et d'autres spécialistes étaient mutualisés entre différents établissements, leur activité entrerait dans le forfait soins.

M. Pierre Morange, coprésident : Donc, selon vous, les professionnels libéraux n'ont pas été poussés dehors ?

M. Gilles Calvet : Certes non. On a beaucoup de mal à trouver des médecins coordonnateurs.

M. Pierre Morange, coprésident : Je faisais surtout allusion aux infirmières.

M. Richard Tourisseau : S'il s'agit de soins techniques, elles trouvent naturellement leur place et un partenariat est défini. Mais si, au-delà, on recherche une démarche préventive ou s'il s'agit d'accompagner la fin de vie, les infirmières libérales ne peuvent passer plusieurs heures auprès d'une personne âgée. C'est bien pourquoi le maintien à domicile coûte si cher – de 3 000 euros à 3 800 euros – plus cher que l'hébergement en établissement. J'ajoute que si le confort des personnes âgées est incontestablement amélioré par la construction de chambres à un lit mesurant 25 m² chacune, le travail des agents n'en est pas facilité. Dans ce cas, il faut un agent pour 10 à 12 personnes. Le ratio d'encadrement dépend donc aussi du projet architectural, et mieux vaudrait en rester à des chambres à deux lits.

M. Jean-Claude Thomas : Actuellement, tout repose sur la grille AGGIR, mais les besoins de soins de santé ne sont nulle part évalués. Mais je peux citer le cas de cette résidente qui, bien qu'en GIR 6, a besoin d'une heure de travail infirmier par jour, car elle a un ulcère. Pourquoi est-elle hébergée dans mon établissement, puisqu'elle n'est pas du tout dépendante, me demanderez-vous ? Parce qu'elle est isolée chez elle. C'est à vous, législateurs, de modifier cela.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pas seulement à nous, M. Thomas, car il s'agit d'enjeux collectifs et de choix de vie, et vous êtes aussi responsables que nous. C'est d'ailleurs parce que vous avez une part de responsabilité que nous avons tenu à vous entendre. Actuellement, les taux d'encadrement dépendent des enveloppes allouées par l'ONDAM. Ne faudrait-il pas commencer par définir l'ONDAM nécessaire, puis avoir la volonté politique de l'appliquer ? S'agissant justement du taux d'encadrement, j'ai constaté que vous avez tous une approche similaire, ce qui est un progrès.

M. André Hoguet : Les taux d'encadrement, qui n'ont pas été revus depuis des années, ne tiennent pas compte du vieillissement de la population. Cela vaut particulièrement pour les AMP et les aides-soignantes. Dans un autre domaine, je ne partage pas le point de vue de M. Tourisseau sur les chambres. Si l'on veut que les personnes âgées acceptent l'hébergement sur la base des prestations offertes, il ne faut pas en rester aux chambres à deux lits : elles ne sont pas souhaitées. Certes, elles sont plus faciles à nettoyer, mais que veut-on privilégier ? Ce qui correspond au coût économique que peut payer la nation, ou ce que souhaitent les individus ? C'est un choix politique. S'agissant de la fiscalité, nous serions tout à fait d'accord pour qu'elle soit allégée si le réemploi des sommes est contrôlé.

Mme Josiane Blanc : L'important est que les personnes hébergées jouissent du plus grand confort possible et que le personnel ait le temps de leur parler. Pour l'instant, ce temps se limite à 10 minutes ! Il est indispensable d'en venir à un ratio d'encadrement de 0,5.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce sujet revient de manière récurrente. Hormis le problème des effectifs, n'y a-t-il pas aussi une question d'organisation du travail ?

Mme Josette Ragot : Les problèmes de fond sont le manque de personnel et le manque de formation.

M. Richard Tourisseau : Lors de la renégociation de la convention tripartite, qui vient à échéance, j'ai l'intention de demander 50 minutes du temps d'une aide soignante pour une toilette. Mais lorsqu'une personne est très handicapée, ce sont 12 heures d'aide chaque jour qu'il lui faut et cela, qu'elle soit âgée de 59 ans et 11 mois ou de 60 ans et un mois. Et pour répondre à une question précédente, c'est l'investissement qui pèse le plus dans le reste à charge.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous des propositions à formuler ?

M. Richard Tourisseau : Oui : que l'on supprime notre assujettissement à la TVA. Je viens de faire réaliser des travaux d'un montant de 60 millions, pour lesquels j'ai obtenu une subvention de 3 millions, mais j'ai reversé 12 millions de TVA à l'État. Que penser d'un tel système ? Par ailleurs, le coût moyen d'un lit est de 100 000 euros, mais le subventionnement maximal est de 50 000 euros. Or, tous les établissements n'ont pas de capacité d'autofinancement. Ils doivent donc recourir à l'emprunt, ce qui entraîne des surcoûts qui se retrouvent aussi dans le prix de journée.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelle est la part du coût des travaux ?

M. Richard Tourisseau : Paradoxalement, quand l'établissement est vieillot et vétuste, rien, mais quand il est dynamique, 30 %, sans même parler des mises aux normes et encore moins des groupes électrogènes qui vont nous être imposés pour un coût variant de 400 000 à 500 000 euros. Pour ce qui est du tarif soins, j'ai proposé un dépassement du tarif global pour permettre la prise en charge du coût du transport et des honoraires des médecins spécialistes. Que se passe-t-il, par exemple, en cas de suspicion de fracture du col du fémur ? Si la fracture est avérée, l'assurance maladie prend en charge l'ensemble des soins et le transport. Mais, dans le cas contraire, le transport reste à la charge de la personne. De même, un patient qui ne peut régler la consultation chez un spécialiste n'est pas pris en charge. Les établissements dont j'ai la responsabilité ont choisi le tarif global, si bien que tout est pris en charge dans le cadre du forfait soins. Voilà qui relativise certains discours sur les coûts comparés. Il faut savoir que, lorsque quelqu'un est hospitalisé en médecine, il devra payer, pendant les 30 premiers jours, 20 % d'un tarif souvent légèrement supérieur à celui demandé par une maison de retraite. De ce fait, les gens refusent souvent de se faire hospitaliser, car ils n'en ont pas les moyens. Nous avons donc été conduits à négocier un contrat de couverture complémentaire avec une compagnie d'assurance et obtenu que, pour les gens qui sont à la charge de l'aide sociale, cette dépense, dans la limite de 50 euros, soit considérée comme une dépense obligatoire. Ainsi ne s'impute-t-elle pas sur les 10 % de ressources qui leur sont laissées. À ce sujet, comment ne pas parler des ressources des ménages ? Après qu'ils ont payé loyer et impôts, ils n'ont plus d'argent et ne peuvent envisager le maintien à domicile, au point que certains conjoints valides sont poussés à entrer eux aussi en établissement. Il y a là un vrai problème de société.

M. Pierre Morange, coprésident : Toutes vos propositions seront les bienvenues.

M. Richard Tourisseau : Nous en faisons depuis quinze ou vingt ans. Nous aimerions, maintenant, les voir aboutir, et nous aimerions aussi savoir quelles seront les suites données à vos travaux.

M. Pierre Morange, coprésident : Il est de notre mission de faire que les recommandations soient appliquées. Mesdames, Messieurs, je vous remercie.

AUDITIONS DU 16 FÉVRIER 2006

**Audition de M. Patrick Hermange, directeur de la Caisse nationale d'assurance
vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), accompagné
de M. Jean-Paul Le Bail, président de la commission d'action sanitaire et sociale
de la CNAVTS, et de M. Claude Périnel, directeur national de l'action sociale
de la CNAVTS**

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite à tous la bienvenue et j'indique que Mme Danièle Karniewicz, présidente du Conseil d'administration de la CNAVTS, retenue, ne peut être présente ce matin. Je laisse sans plus tarder la parole à notre rapporteure.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous souhaitons ce matin vous interroger sur le financement des maisons de retraite et plus particulièrement sur ce qui reste à la charge des personnes âgées.

Selon une de vos études, « *le coût de résidence est en moyenne supérieur de 420 euros aux pensions perçues par un retraité de plus de 80 ans* ». Pouvez-vous nous indiquer comment vous êtes parvenus à cette estimation, qui montre que les pensions ne suffisent pas à payer l'hébergement ?

M. Patrick Hermange : Vous faites écho aux travaux qui ont été menés par la CNAVTS il y a deux ans, alors que nous nous interrogeons sur une éventuelle réorientation de notre politique d'action sociale dans le contexte de la mise en œuvre de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), et plus précisément sur le volet aide à la modernisation et la construction des établissements, l'autre volet de notre action étant l'aide au maintien à domicile. Jusqu'alors, la Caisse intervenait sur l'ensemble de ce champ et nous nous demandions s'il convenait de recentrer notre intervention sur les établissements accueillant des personnes fragiles mais non lourdement dépendantes, ces dernières relevant désormais de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les investigations que nous avons menées ont été assez larges mais nous n'avons pu, faute de temps et de moyens, mener une analyse très détaillée. Notre objectif était de voir si nos prêts sans intérêt étaient pertinents pour réduire le coût financier des constructions et des réhabilitations. C'est à cette occasion que nous nous sommes aperçus que le reste à payer pour les personnes âgées était souvent tellement important qu'elles devaient, pour y faire face, se tourner vers l'aide sociale ou vers leurs familles.

C'est dans ce contexte que nous avons calculé que le coût de l'accueil en établissement était en moyenne de 900 euros pour les 85 ans et plus et de 2 200 euros pour tous les retraités du régime général. Dans la mesure où le prix de journée moyen dans les établissements habilités à l'aide sociale et signataires d'une convention tripartite était en 2003 de 42 à 43 euros par jour, on en arrive à la différence de plus de 400 euros que vous avez rappelée.

M. Jean-Paul Le Bail : Sur le terrain, lorsque nous accordons un prêt à taux zéro, nous sommes très attentifs à l'augmentation du tarif d'hébergement que va entraîner l'opération de rénovation. Pour cela, au sein de chaque CRAM, une personne est spécifiquement chargée d'étudier de près les projets et de discuter avec les promoteurs.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Si on ajoute le tarif dépendance, on doit même être un peu au-dessus des chiffres qui ont été donnés. La CNAVTS ou les CRAM ont-elles mené un travail particulier sur cette question ?

M. Patrick Hermange : Je n'ai pas connaissance d'études approfondies à ce propos, mais des coups de projecteurs avaient été donnés il y a deux ans.

M. Claude Périnel : Lors de l'enquête menée il y a deux ans, nous avons cherché à rassembler les informations disponibles dans les conseils généraux, mais elle n'avait absolument pas un caractère exhaustif et nous étudierons votre suggestion de faire remonter les informations par le biais des caisses régionales.

M. Pierre Morange, coprésident : Ce que vous venez de dire sur la différence entre le reste à charge et la moyenne des pensions montre que les personnes âgées sont confrontées à de graves problèmes financiers qui les amènent à se tourner vers leurs familles ou vers d'autres circuits de financement. Pour votre part, avez-vous pu mesurer l'efficacité de votre politique d'aide à l'investissement, notamment sur le reste à charge ? Est-ce à partir d'une analyse de ce type que vous avez été amenés à reconsidérer cette politique ?

M. Jean-Paul Le Bail : Cette aide à l'investissement est dotée de 70 millions d'euros en autorisations d'engagement cette année et de 90 millions l'an prochain. Ce n'est pas négligeable, mais nous ne sommes à l'évidence pas les principaux financeurs : nos prêts à taux zéro ne représentent que 16 % de l'investissement total.

Nous n'avons jamais mesuré leur incidence précise mais, je l'ai dit, nous sommes attentifs à l'augmentation du tarif d'hébergement consécutive aux travaux.

M. Patrick Hermange : Notre politique est très liée au niveau des taux d'intérêt : les prêts à taux zéro ont été très attractifs dans le passé mais, dans certains cas, la subvention est peut-être plus intéressante. Je pense en particulier aux petits établissements qui n'appartiennent pas à la sphère publique, qui ont du mal à monter leur dossier, qui n'arrivent pas à décrocher de subventions de l'État, des conseils généraux ou des communes. Peut-être aurions-nous intérêt à diversifier nos interventions.

Surtout, nous n'avons à connaître que les dossiers qui nous sont présentés et nous ne mesurons donc pas bien le niveau réel de la demande.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels sont les critères d'attribution de vos prêts à taux zéro ? Savez-vous quel pourcentage des maisons de retraite – médicalisées ou non – en bénéficient ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Lors d'une audition précédente, un représentant du conseil général des Landes nous a dit que les participations de la CRAM étaient de plus en plus faibles et données au compte-gouttes. Quel est le pourcentage des dossiers acceptés par rapport à ceux qui sont déposés ?

M. Jean-Paul Le Bail : Pour vous donner une réponse de terrain, je vous informe que les CRAM distribuaient aussi des prêts à taux zéro au titre de la branche maladie. Ces derniers ont été réduits et il ne reste donc plus aujourd'hui que les nôtres, ce qui explique la diminution que vous évoquez.

Pour notre part, nous répondons à l'essentiel des demandes, qui sont assez peu nombreuses. Nous avons privilégié jusqu'ici celles qui émanaient d'établissements éligibles au contrat de plan État-région.

M. Patrick Hermange : Il est difficile de dire combien de dossiers sont rejetés, dans la mesure où nous accompagnons l'établissement dès l'origine de son projet, à partir d'une sorte de cahiers des charges relatives à l'environnement, à la vie sociale, à la taille des chambres, etc. Ainsi, quand le dossier est prêt, il a toutes les chances de passer.

M. Pierre Morange, coprésident : Serait-il possible de comparer le montant total des investissements et ceux auxquels vous participez ?

M. Patrick Hermange : Je doute que quelqu'un dispose de ces chiffres, qui sont très dispersés.

M. Pierre Morange, coprésident : Comme toujours, nous nous heurtons au problème de la collecte des informations...

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Lors de nos auditions, la question de l'efficacité des subventions sur le coût d'hébergement a toujours été posée. Quelle prise en charge des investissements permettrait de réduire réellement le reste à charge ? Certains considèrent que la subvention d'investissement n'est pas forcément la formule la mieux adaptée. Manifestement, vous-même n'avez pas travaillé sur ce point.

Avez-vous par ailleurs réfléchi à des propositions pour réduire l'écart entre les pensions et le tarif d'hébergement, afin que les personnes âgées disposent quand même d'un « reste à vivre » ?

M. Patrick Hermange : Non, nous n'avons pas mené ce type de travail. Pour l'instant, et depuis la création de la CNSA, nous nous intéressons davantage à l'évolution de la population que nous avons vocation à prendre en charge. Nous nous orientons vers une aide à la diversification des structures d'accueil. Notre pays a fait un effort très important depuis trente ans pour supprimer les hospices, puis pour moderniser les établissements. Faut-il continuer dans cette voie ou développer une gamme d'accueil plus ouverte, pour éviter l'hébergement systématique dans ces grands ensembles qu'on a construits dans l'urgence à partir de 1970 ? N'oublions pas que les équipements que nous construisons aujourd'hui existeront encore dans trente ou cinquante ans. Il faut donc anticiper ce que seront alors les attentes des personnes âgées. Rien ne dit qu'elles auront envie d'intégrer ces grands ensembles collectifs.

Il est nécessaire de développer des formules intermédiaires entre le domicile et les établissements, un certain nombre de personnes ne pouvant pas rester à domicile mais n'ayant pas vocation à entrer dans un établissement de type hospitalier ou dans une maison de retraite. Ces formules, moins coûteuses, pourraient fonctionner en particulier grâce à l'aide à domicile et aux services de soins. Il s'agirait ainsi d'une sorte de domiciles, mieux organisé et mieux surveillé, situés, en particulier, dans les rez-de-chaussée des HLM, dont les autres locataires sont peu demandeurs. S'il n'y a pas de solutions toutes faites pour réduire le coût à la charge des familles, il y a là incontestablement des pistes à étudier.

Nous nous trouvons face à l'aspiration des retraités à un plus grand confort, à la volonté des collectivités de faire jouer le principe de précaution en multipliant les normes, à la difficulté de recruter des personnels, qu'il faut payer davantage pour les fidéliser. Au bout

du compte, le tarif d'hébergement est sans cesse plus élevé. Les petites structures mieux adaptées à la demande seraient donc probablement moins onéreuses.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : On nous a présenté un certain nombre de structure de ce type, mais les prix de journée étaient presque aussi élevés que dans les autres établissements. Si vous-même connaissez des formules où les tarifs sont plus bas, merci de nous le faire savoir.

M. Pierre Morange, coprésident : L'encadrement médico-social et sanitaire alourdit le coût de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est vrai que des logements en rez-de-chaussée d'HLM peuvent être adaptés aux personnes âgées qui conservent une relative autonomie, avec un loyer proche de celui d'un logement social.

Dans la mesure où l'entrée en établissement est de plus en plus tardive puisqu'elle est récemment passée de 73 à 82 ans, c'est la perte d'autonomie qui conduit à une demande différente, à une prise en charge plus lourde et un reste à charge plus important. Mais jusque-là, toutes les solutions intermédiaires sont bonnes à prendre.

M. Georges Colombier : Ce qui vient d'être dit sur les structures intermédiaires me fait penser à quelque chose qui existe chez nous et qui ne me semble plus vraiment en vogue : les logements foyers, particulièrement bien adaptés à ceux qui n'ont pas de grosse retraites, comme les agriculteurs.

Par ailleurs, pouvez-vous indiquer quelle est la marche à suivre pour qu'un dossier arrive jusqu'à vous sans qu'il faille emprunter un parcours du combattant ?

M. Jean-Paul Le Bail : Nous sommes en train de revoir notre politique car nous devons arrêter le financement des EHPAD, qui ne correspond plus à la population que nous avons en charge. Nous allons donc réorienter nos financements vers les établissements dont vous venez de parler, mais cela se fera progressivement et il faudra une période de transition de trois ou quatre ans.

Le concept de résidences de services ou de logements foyers permettra aux personnes relativement valides de bénéficier de services collectifs. Mais nous savons aussi qu'il faut éviter les déménagements aux personnes âgées et nous souhaitons que l'on aille vers des structures aptes à évoluer au fur et à mesure de la perte d'autonomie. Mais, là non plus, il n'y a pas de réponse toute faite : cela peut prendre la forme d'hébergements temporaires, d'accueil de jour, etc.

Sur la marche à suivre, vous connaissez tous les CRAM et les établissements savent qu'ils doivent s'adresser, au sein des services d'action sociale, aux responsables de l'immobilier, qui étudient les dossiers avec les promoteurs.

M. Georges Colombier : Certains logements foyers datent de 30 ans, la mise en place d'un soutien financier pour la mise aux normes est-elle possible ?

M. Patrick Hermange : Cela ne figure pas pour l'instant dans les missions de la CNAVTS ou des CRAM, mais nous travaillons sur ce sujet afin d'arrêter une position dans les tous prochains mois. Sans doute un investissement important est-il effectivement nécessaire pour adapter les logements foyers construits il y a trente ans à l'évolution des normes et de la population. Mieux vaudra sans doute en reconvertir certains car les travaux seraient trop onéreux, mais d'autres pourront être réaménagés. Un groupe de travail piloté

par la Direction générale de l'action sociale (DGAS) établit un diagnostic sur l'état du bâti et sur le coût des aménagements, afin de vérifier la viabilité économique de l'opération.

J'observe par ailleurs que la réorientation de notre politique d'action sociale dépend également des travaux menés par la DGAS et le ministère de l'équipement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Existe-t-il un groupe de travail sur la question des investissements ?

M. Claude Périnel : Nous travaillons avec la DGAS sur les logements foyers et sur les normes, car il apparaît que c'est de là que provient une bonne partie des coûts, mais pas de façon globale sur les investissements pour l'ensemble des établissements.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous vous orientez donc vers la suppression de l'aide à l'investissement des EHPAD, au profit d'un soutien aux formes d'accueil d'une dépendance plus légère ?

M. Patrick Hermange : Je répète qu'il n'y aura pas de changement radical, du jour au lendemain. Afin de réorienter notre politique, nous avons en particulier besoin de savoir ce que va faire la CNSA, car si nous nous désengageons, il faut que d'autres prennent le relais. Une coordination entre la CNAVTS et la CNSA paraît indispensable et nous regrettons beaucoup de ne pas être membres de la nouvelle caisse.

M. Noël Diricq : Lors d'une audition antérieure, nous avons vu qu'il existait en Suède un nombre important de structures intermédiaires, qui permettent que la population appréhende sereinement le problème du vieillissement et de la dépendance, alors qu'en France, parce qu'on refuse d'y penser, les choses se passent largement dans l'improvisation.

Pour votre part, vous contentez-vous de vous adapter aux changements institutionnels récents ou adoptez-vous une position d'avant-garde en menant une véritable stratégie prospective qui pourrait avoir un impact sur la façon dont les Français pensent leur vieillissement ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Concrètement, un engagement financier vient-il appuyer votre nouvelle stratégie ?

M. Patrick Hermange : Nous souhaiterions avoir les moyens d'une telle stratégie car la CNAVTS peut jouer un rôle non négligeable en faveur de la diversification des formes d'accueil répondant aux besoins et aux attentes de la population. Le problème est que notre branche est en déficit presque structurel depuis 2005 et le restera jusqu'en 2009. On ne sait donc pas ce qui sortira du bilan intermédiaire que la loi Fillon prévoit en 2008. Nous n'avons ainsi pas les moyens de nous consacrer davantage à l'action sociale, alors que nous souhaiterions être un acteur important de l'évolution et de l'aménagement des structures d'accueil.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous n'avez donc pas les moyens de soutenir une évolution vers des structures plus légères. Mais quels sont exactement les moyens que vous engagez en faveur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Vous avez parlé de 90 millions d'euros pour les investissements, mais je pense que vous menez d'autres actions.

M. Jean-Paul Le Bail : Sur un budget d'intervention de 373 millions d'euros, 288 millions sont consacrés aux aides à domicile, dont 240 millions pour les aides

ménagères et 48 millions pour les plans d'action personnalisés. Nous n'avons pas les mêmes moyens pour les établissements auxquels nous consacrons environ 70 millions – 90 l'an prochain.

Nous sommes partis du constat que nous-mêmes n'avions pas envie de vieillir dans les établissements qui sont aujourd'hui proposés et qu'il fallait essayer de concevoir ensemble de nouvelles structures d'accueil.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous semblez aussi vous interroger sur la pertinence de notre stratégie financière, entre prêts à taux zéro et subventions. De nouvelles modalités financières sont-elles envisageables, au service du soutien à des formes de prise en charge plus légères ?

M. Patrick Hermange : La réflexion se poursuit. Comme pour l'accueil des personnes âgées dépendantes, la question du financement va se poser, en particulier pour les collectivités locales qui ont peu de moyens, ou pour les structures associatives qui gèrent les logements foyers. Là aussi, dans un certain nombre de cas, si l'on veut que le projet aboutisse, la subvention sera préférable au prêt.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quelles sont vos relations avec la CNSA ?

M. Patrick Hermange : Elles sont modestes mais nous souhaitons les développer.

M. Jean-Paul Le Bail : Nous tentons d'obtenir un rendez-vous avec son président et son directeur. Mais la CNSA privilégie logiquement dans un premier temps ses relations avec la CNAMTS, les montants financiers étant autrement importants. Une convention est prévue entre nos deux établissements, mais je ne suis pas persuadé qu'elle sera suffisante. J'aimerais aussi qu'il y ait au niveau départemental une instance légère de coordination entre les différents financeurs. Nous avons commencé à y travailler dans mon propre département, mais il faudrait étendre cette expérience pour éviter d'aller dans des directions différentes.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les CRAM sont-elles associées aux PRIAC – Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ?

M. Jean-Paul Le Bail : Oui.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie et je vous invite à nous faire parvenir toutes les propositions que vous jugeriez utiles, en particulier sur la question du reste à charge et du financement des investissements.

Audition de Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas, chef du service de l'habitat et de la construction au ministère des transports, de l'équipement, du tourisme et de la mer, accompagnée de M. Jean-Pierre Bardy, sous-directeur de la qualité et du développement durable de la construction à la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, plus particulièrement chargé des questions techniques relatives aux normes de sécurité, notamment incendie

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas et M. Jean-Pierre Bardy, auxquels je souhaite la bienvenue.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : En octobre dernier, notre mission avait appelé l'attention du directeur général de la DGAS sur les inquiétudes suscitées par le coût de la mise aux normes de sécurité des logements foyers pour personnes âgées. M. Jean-Jacques Trégoat avait alors fait référence à des travaux menés avec les ministères de l'intérieur et du logement. Où en est la réflexion commune à ce sujet ? Est-il envisagé de revoir les textes pour éviter que les directeurs d'établissements soient contraints de consacrer la presque totalité de leurs capacités d'investissement à la réalisation de travaux de ce type ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Sur ce point, je laisserai à M. Jean-Pierre Bardy le soin de vous répondre.

M. Jean-Pierre Bardy : Jusqu'en 2001, les logements foyers étaient soumis à la réglementation relative aux bâtiments d'habitation. Mais l'on s'était rendu compte au fil des années 1990 que les résidents, vieillissants, étaient de plus en plus dépendants, si bien que les commissions de sécurité tendaient à considérer ces structures comme des hôpitaux, alors que les problèmes de sécurité y sont moins importants. Voilà ce qui a conduit à la définition de la réglementation de type « J » pour les logements foyers de personnes âgées. Pour les bâtiments à construire, l'application de cette réglementation ne pose pas de problèmes particuliers. En revanche, pour les bâtiments existants, problèmes financiers et problèmes techniques s'additionnent, et il est parfois impossible de répondre aux exigences réglementaires. L'analyse, qui tend à définir comment assurer la sécurité des personnes âgées dans les logements foyers sans faire de surenchère, n'est pas achevée, mais différentes pistes se dégagent.

Pour les bâtiments à construire, la réglementation de type « J » demeurerait, sauf s'il s'agit d'établissements ayant vocation à accueillir des personnes âgées non dépendantes. Dans ce cas, on s'interroge pour savoir s'il ne conviendrait pas d'en revenir à la réglementation relative aux bâtiments d'habitation. S'agissant des bâtiments existants qui accueillent des personnes âgées dépendantes, la réflexion s'oriente vers la définition d'une réglementation de type « J' », mieux adaptée. Enfin, les établissements existants destinés à accueillir des personnes âgées valides continueraient de se voir appliquer la réglementation « habitation ». La difficulté tient évidemment à l'évolution de l'état des personnes hébergées, le risque étant que certains gestionnaires déclarent n'accueillir que des personnes valides qui, dix ans plus tard, ne le seront plus, et dont la sécurité ne sera alors plus convenablement assurée. Nous réfléchissons donc à l'éventualité de conventions associant l'État, le conseil général, les logements foyers et les EHPAD pour permettre que les personnes devenues dépendantes puissent se voir proposer une place dans un établissement propre à assurer leur sécurité. Comme je vous l'ai dit, la réflexion est encore inaboutie ; nous allons tenter de chiffrer le coût que représenterait une mise aux normes en fonction de ce qui serait la réglementation « J' ».

M. Pierre Morange, coprésident : La réglementation de type « J » a été créée pour tenir compte des contraintes particulières à respecter pour assurer la sécurité des personnes invalides. Elles demeurent. Si une réglementation « J' » doit voir le jour, ne doit-elle pas être établie en fonction du degré de dépendance plutôt que de l'existence des bâtiments ? Procéder autrement me semble susceptible de déclencher de multiples contentieux.

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : On voit bien qu'il faudra établir une sorte « d'itinéraire » permettant de suivre l'évolution de l'état des personnes âgées, et que chaque établissement devra définir ce qu'il entend devenir. Des plans départementaux devront être élaborés, et nous plaidons en faveur de la prise en compte des besoins d'hébergement des personnes âgées dans les programmes locaux de l'habitat et de l'articulation avec les schémas gérontologiques. Actuellement, ce chaînage est très léger.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Connaissez-vous des exemples de Programmes locaux d'habitation (PLH) ayant pris cette dimension en compte ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Non, car la réflexion ne fait que s'engager, mais nous insistons en ce sens.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quand la révision des normes entrera-t-elle en vigueur ?

M. Jean-Pierre Bardy : Notre objectif est d'arrêter les grandes lignes de la réforme dans les trois ou quatre mois à venir pour qu'elle soit applicable dans le détail au cours de l'année qui vient.

M. Noël Diricq : Vous considérez que l'application de la réglementation de type « J » ne pose pas de problème pour les bâtiments neufs. Ce n'est pas l'opinion des opérateurs entendus par la mission qui, loin de décrire une situation irénique, ont tous fait état de difficultés multiples, qu'il s'agisse des coûts, des délais ou des complications administratives.

M. Jean-Pierre Bardy : J'ai voulu dire qu'il est plus facile d'appliquer la réglementation de type « J » dans le neuf que dans l'existant. J'ajoute que certains établissements se sont bien trouvés de la nouvelle réglementation car, avant son entrée en vigueur, les commissions de sécurité leur imposaient souvent les normes beaucoup plus sévères qui valent pour les hôpitaux.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : C'est exact. Un des aspects du problème tient aussi à la plus ou moins grande souplesse des commissions de sécurité.

M. Georges Colombier : Quand la réglementation « J' » leur sera-t-elle opposable ?

M. Jean-Pierre Bardy : Notre objectif est que le texte sorte dans l'année qui vient.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les règles relatives à l'accessibilité découlant de la loi du 11 février 2005 relative au handicap s'appliquent-elles aux établissements d'hébergement pour personnes âgées ?

M. Jean-Pierre Bardy : Cette question montre l'intérêt que trouveraient certains établissements à rester soumis à la réglementation « habitation ». En effet, les dispositions de

la loi du 11 février 2005 s'appliquent aux bâtiments neufs et ne s'imposent, pour les bâtiments existants relevant de la réglementation « habitation », qu'à l'occasion de travaux de rénovation importants. En revanche, les établissements recevant du public ont l'obligation de se mettre aux normes, c'est-à-dire d'appliquer la réglementation du type « J », sous dix ans. Certes, des dérogations sont possibles, mais les dispositions de ce texte seront source de complexité supplémentaire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pour ce qui est des aides à la pierre, ce sont les DDE qui accordent l'autorisation d'aller voir un prêteur. À quelles conditions ? Il a été fait état devant nous de pratiques incroyablement diverses selon les départements, certaines DDE refusant l'utilisation des prêts locatifs sociaux pour les établissements devant accueillir des personnes âgées dépendantes. Qu'en est-il ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Jusque tout récemment, nous considérons être des financeurs de logements et donc de logements foyers, et notre cible était la population des personnes âgées valides et autonomes. Cette définition, dont nous nous sommes rendu compte qu'elle était très floue, a néanmoins conduit à ce que nous financions le quart de l'offre, soit de 2 000 à 2 500 places d'EHPAD par an au cours des dernières années. Cette année, nous avons décidé d'en finir avec les querelles byzantines sur le degré de dépendance et nous avons clarifié le dispositif en établissant que l'on peut financer à l'aide de crédit logement toute structure qui relève du logement social ou médico-social. Trois conditions doivent être réunies : il doit s'agir du logement principal de la personne, ce qui exclut l'accueil de jour ; il faut que les normes techniques de type « logement » soient respectées, ce qui signifie, par exemple, pas moins de 20 m² pour un T1 ; et il faut qu'une redevance « logement » soit clairement individualisée pour permettre l'octroi de l'aide personnalisée au logement (APL). Si ces trois conditions sont remplies, les DDE peuvent autoriser des prêts en PLS (prêts locatif social) pour des EHPA ou des EHPAD. Ce sont des prêts sur trente ans, actuellement consentis par les établissements financiers au taux de 3,50 % environ. Ils sont obligatoirement de 50 %, ce qui déclenche les avantages supplémentaires que sont la TVA à 5,5 % et l'exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB), et l'aide à la pierre ouvre en corollaire le droit à l'APL, sous condition de ressources. Chaque année, 600 millions d'euros sont ainsi versés aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant en logements foyers.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Quel est le ratio allocation de logement à caractère social (ALS) sur APL ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Je vous communiquerai les chiffres par écrit. J'en viens à l'hétérogénéité des situations selon les départements. Dans le cadre du plan de cohésion sociale, l'enveloppe des prêts PLS va passer de 2 milliards en 2005 à 2,6 milliards en 2006 et à 3 milliards dans quelques années, mais cette masse croissante est destinée à financer tous les logements. Nombreux sont donc ceux qui viennent manger dans la même assiette, et les départements arbitrent en fonction des priorités locales. Certains décident, par exemple, de consacrer les PLS au logement classique, d'autres aux logements pour étudiants. Je sais que certains départements n'ont pas pu dégager un sou pour le logement de personnes âgées.

M. Pierre Morange, coprésident : Des précisions chiffrées sur vos interventions nous seraient utiles, car nous savons tous que le montant de l'aide à la pierre a un fort impact sur le coût de l'investissement et donc, *in fine*, sur le reste à charge.

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Nous en avons financé de 2 000 à 2 500 par an au cours des dernières années. La participation des collectivités locales est très hétérogène.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Des exemples chiffrés récents nous permettraient de mieux appréhender l'impact de votre action sur le prix de l'hébergement.

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Je vous les adresserai.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Que peut-on escompter de la délégation des aides à la pierre ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Tout dépendra de ce que chaque collectivité voudra en faire, et de la démographie locale. Le Limousin ne pourra faire l'impasse sur l'hébergement des personnes âgées mais les départements dont la population est très jeune considéreront sans doute que leurs priorités sont ailleurs. Pour l'heure, nous manquons encore de recul.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le ministère de l'équipement mesure-t-il l'impact des opérations immobilières sur les coûts d'hébergement ?

Mme Marie-Dominique Hébrard de Veyrinas : Pas spécifiquement. Nos calculs tendent plutôt à définir combien de points de subvention d'État représentent les avantages que sont l'exonération de TFPB et la réduction de taux de TVA.

M. Pierre Morange, coprésident : Madame, Monsieur, je vous remercie. Toutes vos propositions et suggestions tendant à améliorer le dispositif seront les bienvenues.

*

Audition de M. M. Marc-René Bayle, adjoint au directeur général des collectivités locales (DGCL) au ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, accompagné de M. Bernard Nouvier, adjoint au chef du bureau de la réglementation incendie et des risques de la vie courante à la direction de la défense et de la sécurité civiles, de M. Emmanuel Aubry, chef du bureau des services publics locaux de la DGCL et son adjoint, M. Jérôme Teillard

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite à tous la bienvenue. Vous connaissez le thème de nos travaux et je laisse sans plus tarder la parole à notre rapporteure.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je me réjouis de vous accueillir alors que nous approchons de la fin de nos travaux, et j'espère que vous allez pouvoir nous donner des informations sur le travail que vous faites pour connaître les différents dispositifs qu'utilisent les collectivités locales pour soutenir l'investissement dans les établissements d'hébergement des personnes âgées. Pour notre part, nous nous intéressons particulièrement à la question du « reste à charge », y compris pour la part incombant au coût de l'investissement. Nos auditions nous ont permis de nous rendre compte qu'il y avait des différences très importantes entre les collectivités locales, qu'il conviendrait sans doute d'analyser en détail. Je vous demanderai donc pour commencer si les textes disent clairement qui est compétent pour de tels investissements.

M. Marc-René Bayle : La DGCL est compétente dans les domaines généraux des finances et de la fiscalité locales et des concours financiers de l'État. Mais le ministère pilote en la matière qui vous intéresse est celui des affaires sociales, plus particulièrement la Direction générale de l'action sociale. Pour notre part, nous sommes à la croisée de la décentralisation et de la logique sociale.

Juridiquement, c'est la personne morale gestionnaire de l'établissement qui est responsable des investissements. Le département joue toutefois un rôle essentiel, que lui ont conféré un certain nombre de textes : lois de décentralisation de 1983, loi de 1997, loi de 2001 sur l'APA, loi de 2004 sur les libertés et les responsabilités locales. Il est notamment en charge de la programmation des besoins et de la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

La Cour des comptes a estimé que cette politique représentait globalement 15 milliards d'euros, dont 60 % incombent à l'assurance maladie, 20 % à l'État et 20 % aux collectivités locales. Les responsabilités sont donc partagées, mais il faut aller plus loin et c'est tout le sens du travail que le Premier ministre a confié aux administrations à l'occasion de la Conférence nationale des finances publiques du 11 janvier dernier. Un groupe de travail est animé par le directeur du budget et par le directeur général des collectivités locales, un autre relève du directeur général des affaires sociales et je pense qu'il vous en reparlera tout à l'heure. Ces groupes sont destinés à mener la réflexion sur les financements, sur la décentralisation et sur les normes. Leurs travaux seront ensuite présentés aux associations nationales d'élus, l'objectif étant que la représentation nationale puisse en prendre connaissance avant le débat d'orientation budgétaire de la fin du semestre.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La représentante de la Caisse d'action sociale de Paris nous a dit que l'aide à la pierre des départements prenait actuellement la forme d'une subvention d'équipement et que le conseil général s'interrogeait sur la possibilité d'utiliser plutôt une subvention d'exploitation, afin de mieux maîtriser le coût d'hébergement. Est-ce juridiquement possible ?

M. Marc-René Bayle : Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités locales peuvent utiliser directement les aides à la pierre. Afin de maîtriser les finances publiques et de répondre à la demande des associations d'élus, nous pensons toutefois qu'il faut éviter d'aboutir à un mécanisme trop contraignant et à des normes trop coercitives.

M. Jérôme Teillard : La DGAS pourra vous apporter davantage d'informations sur les travaux en cours sur la prise en charge des amortissements, un décret budgétaire et comptable étant en préparation.

Il est vrai qu'aujourd'hui les modes d'intervention sont très différents, entre communes, certaines mettant des terrains à disposition, mais aussi entre départements. Parce qu'il s'agit d'une politique menée sur une base volontaire, il n'existe pas de dispositif type. Pour la création des établissements qui prennent en charge des personnes âgées, l'intervention des communes n'est pas obligatoire, même si elle est fréquente.

M. Marc-René Bayle : Les conseils généraux disposent des outils de coordination de toutes ces politiques : il existe désormais un cadre qui n'est pas coercitif, mais qui permet de coordonner et de rationaliser les investissements.

M. Pierre Morange, coprésident : L'ancien Commissariat général du plan a fait un tour de table des institutions appelées à apporter un concours financier aux constructions ou rénovations d'établissements d'hébergement. Il a constaté que, dans les comptes des

départements, la rubrique « équipement sanitaire et social » ne permet pas d'isoler ces concours. De quels moyens dispose-t-on pour connaître le montant des dépenses d'investissement des départements ?

Nous faisons toujours le même constat de la dispersion des informations et de l'extrême difficulté à les collecter. Faute d'une telle vision globale, il est impossible de savoir qui fait quoi et si les investissements répondent aux besoins de la population. Comment mener une politique d'investissement quand on ne connaît même pas la situation ?

M. Marc-René Bayle : L'Observatoire de l'action sociale décentralisée est en mesure de recueillir ces informations.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous les leur avons demandées, ils ne les ont pas.

M. Marc-René Bayle : Notre service d'études statistiques analyse les budgets des communes par catégorie à partir des remontées des comptes administratifs des collectivités locales. Nous travaillons beaucoup sur les comptes des départements, en raison de leur situation financière particulière. Dans le cadre de la conférence des finances publiques, les administrations vont pouvoir travailler collégialement, les informations que nous pourrions recueillir étant destinées à être transmises rapidement aux associations d'élus.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment ne pas ressentir de frustration quand on voit qu'il est impossible de maîtriser l'information ? Pouvez-vous nous dire, de façon très concrète, quelles dispositions il faudrait prendre pour que le ministre de tutelle ait effectivement la capacité de centraliser l'information ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La démocratie exige que les élus puissent connaître et comparer les données. L'accès à l'information est donc un enjeu essentiel. Or, pour l'instant, il n'y a strictement rien, c'est impressionnant !

M. Marc-René Bayle : On peut envisager de créer par voie réglementaire un dispositif de collecte des informations.

L'Association des départements de France a récemment proposé qu'une enquête soit menée auprès des communes sur l'ensemble de ces questions, en particulier sur les aides à la pierre, mais tout ceci relève plutôt de la CNSA, au titre de ses statuts et de sa convention d'objectifs. Or, si nous avons participé à sa création, nous ne sommes pas membres de son conseil d'administration.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La DGCL peut nous dire quels sont les montants consacrés par l'ensemble des collectivités locales à l'Éducation, mais pas à l'accueil des personnes âgées !

M. Marc-René Bayle : Nous pouvons vous donner les informations que nous recevons des budgets des collectivités locales. Il y a là un problème de mutualisation des informations avec le ministère compétent, qui est celui des Affaires sociales. Votre préoccupation est légitime, mais il faut que ce soit le ministre des affaires sociales qui prenne l'initiative, dans le cadre de la Conférence des finances publiques.

Il faut aussi prendre en compte le rôle nouveau que va jouer la CNSA.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Est-ce, à la différence du champ de l'Éducation, l'absence d'une compétence obligatoire clairement définie qui vous empêche d'accéder aux informations dans ce domaine ?

M. Marc-René Bayle : Tout à fait. Cela tient aussi au fait que l'assurance maladie intervient également.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons abordé la question du Fonds de compensation de la TVA (FCTVA) avec les personnes qui ont été auditionnées juste avant vous. Le contexte venant de changer, quelles sont vos réflexions à ce propos ?

M. Marc-René Bayle : La loi de finances pour 2006 a rendu éligibles au FCTVA les maisons de retraite appartenant aux collectivités locales et données en gestion à des associations à but non lucratif, dès lors qu'elles interviennent dans des missions de service public. Cette évolution était attendue, mais les établissements publics autonomes ne sont toujours pas éligibles, alors que les collectivités locales y ont souvent recours. C'est aujourd'hui un sujet de réflexion.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La direction du budget a-t-elle évalué les effets d'une nouvelle extension du dispositif ?

M. Marc-René Bayle : Non, mais nous pouvons le lui demander.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Merci de le faire rapidement, car nous approchons du terme de nos travaux.

Je profite de la présence de M. Bernard Nouvier pour revenir sur les questions de sécurité que nous avons abordées avec les représentants du ministère de l'équipement, en particulier à propos des normes des logements-foyers – le type « J ». Nous avons vu que les commissions de sécurité avaient un poids très important et que leurs choix étaient parfois assez arbitraires. Le ministère de l'intérieur mène-t-il avec elles un travail afin qu'elles s'adaptent davantage aux réalités du terrain ?

M. Bernard Nouvier : Il est vrai que les commissions de sécurité ont, sur le terrain, une marge d'appréciation importante et que les maires suivent la plupart du temps les avis donnés par les préventionnistes.

Au départ, c'est la réglementation « habitation » qui s'appliquait aux logements foyers, en dehors des locaux collectifs qui étaient classés ERP – établissements recevant du public – les locaux destinés aux personnes nécessitant des soins étant pour leur part classés ERP de type « U » – établissements de soins. En 1998, à la suite de l'incendie de Livry-Gargan, on a ressenti le besoin de réglementer l'ensemble des maisons de retraite, en considérant que le type « U » était sans doute trop contraignant mais que la réglementation « habitation » ne l'était pas assez. On a donc cherché à élaborer un texte satisfaisant du point de vue de la sécurité incendie mais qui permette aussi aux personnes âgées de mener une vie normale. C'est ainsi qu'on est arrivé au type « J », qui s'applique aux établissements à construire et aux établissements existants qui subissent des travaux modificatifs.

La réglementation impliquait que tous les établissements soient visités et contrôlés, sans qu'il soit obligatoire de faire des prescriptions. Mais son appréciation a varié selon les commissions qui ont visité les locaux. En effet, en application de l'article R. 123-8 du code de la construction, les commissions de sécurité ont la possibilité de faire des prescriptions de mise en sécurité pour les établissements existants. Face à un établissement existant ne

présentant pas toutes les garanties en matière de sécurité incendie, la tentation a été grande de recommander au maire de prescrire, ce qui marque une certaine dérive par rapport au texte. La DGAS et le ministère de l'intérieur sont conscients que l'application de la réglementation n'est pas aussi souple que nous l'avions prévu, ce qui n'est pas satisfaisant, notamment en termes de coût.

Nous recherchons donc avec la DGAS et la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHUC) les moyens de moduler cette application. Une solution pourrait être de remettre dans la réglementation « habitation » les établissements dont le GIR moyen pondéré est inférieur à 300. Une autre possibilité serait de remettre les logements foyers dans cette réglementation habitation, tout en prévoyant que les commissions de sécurité les visitent sur cet aspect de la sécurité incendie. La DGHUC a commandé à la société SOCOTEC une étude sur les normes incendie dans les logements-foyers, dont le résultat sera disponible début mars.

M. Marc-René Bayle : Depuis l'affaire de Furiani, les membres des commissions de sécurité ont redoublé de vigilance en raison du risque de mise en cause pénale.

Un groupe de travail vient d'être mis en place pour traiter cette question. Un grand nombre de textes sont intervenus dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, afin de fixer des normes répondant au principe de précaution. Prenant en compte les préoccupations des élus locaux, le ministère de l'intérieur est attaché à ce qu'un travail soit fait sur l'ensemble de ces normes. Lors de la Conférence des finances publiques, le Premier ministre a annoncé, pour ce qui concerne les compétences transférées, un moratoire des normes, qui s'applique à tous les secteurs. Il a aussi posé le principe d'une concertation avec les associations nationales d'élus locaux avant l'édiction de toute nouvelle norme. La mise en œuvre de ces deux mesures relève du champ d'investigation du groupe de travail Budget/DGCL.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La loi sur le handicap, qui prévoit des normes très précises, est-elle également concernée par ce moratoire ?

M. Marc-René Bayle : Non, car dans ce cas, la concertation préalable a été menée.

M. Jérôme Teillard : Sur la mise aux normes d'accessibilité – dans un délai de 10 ans – de l'ensemble des établissements recevant du public, un travail a été mené pendant près de neuf mois par le ministère de l'équipement avec les associations de personnes handicapées, les maîtres d'ouvrage, les professionnels du secteur. Les associations d'élus ont bien sûr été étroitement associées à cette concertation, qui a abouti au décret actuellement examiné par le Conseil d'État. Le principe qui vient d'être posé par le Premier ministre avait donc déjà été appliqué par anticipation à un texte qui a d'importantes conséquences pour les collectivités locales.

M. Pierre Morange, coprésident : Je me réjouis que le Premier ministre ait souhaité que des études d'impact permettent de mesurer les conséquences normatives des textes qui sont adoptés. Un certain nombre de nos collègues l'avaient souhaité, en particulier Pierre-Louis Fagniez dans le domaine sanitaire et social.

Par ailleurs, je suppose que c'est parce qu'on a observé que le fait de pouvoir récupérer la TVA avait une incidence sur les investissements et donc sur les constructions, que les critères d'éligibilité ont été modifiés. Mais a-t-on également mesuré les effets de cette mesure sur le coût de l'hébergement et, éventuellement, sur le « reste à charge » pour les familles ?

M. Marc-René Bayle : Vous vous situez là dans une logique d'aide sociale et la DGCL n'appréhende pas à cette question du « reste à charge ».

Je puis toutefois vous indiquer qu'il existe des possibilités de modulation de la répartition des charges entre les sections tarifaires : on peut, par exemple, faire passer des dépenses d'animation sociale de l'hébergement vers la dépendance, en évitant toutefois que des modifications trop brutales des clés de répartition ne perturbent l'assurance maladie, la maîtrise des dépenses sociales s'inscrivant dans la volonté globale de maîtrise des dépenses publiques.

S'agissant de la compensation des charges relatives aux amortissements des gros travaux d'équipements de sécurité, un décret budgétaire et comptable est à la signature des ministres compétents, afin que certains excédents d'exploitation puissent être affectés au financement de ces travaux.

Je n'ai pas mandat pour parler des questions de fiscalité, mais il est vrai qu'on peut discuter de la modification du régime de récupération de la TVA sur les travaux et les investissements dans les établissements publics.

M. Georges Colombier : La note que vous nous avez remise sur le FCTVA, traite des maisons de retraite mais pas des logements foyers. *Quid* de la mise aux normes de ceux qui sont gérés par une commune ou par un EPCI – Établissement public de coopération intercommunale – ?

M. Marc-René Bayle : Le sujet est ouvert et mérite une concertation entre l'administration et les associations d'élus. Le rapport de la Cour des Comptes fait état de ce besoin de mise aux normes, mais juridiquement, pour l'instant, nous en restons à la disposition adoptée par le Parlement, qui marque déjà un progrès important.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il semble impossible d'identifier, dans les comptes des départements, la part des investissements destinée aux institutions médico-sociales. Une évolution vous paraît-elle possible, car nous avons vraiment besoin de cette connaissance ?

M. Marc-René Bayle : Je vous adresserai une contribution très précise sur la faisabilité de l'identification de ces éléments, à partir des budgets primitifs et des comptes administratifs dont nous disposons. Nous verrons avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) si des progrès sont possibles.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La difficulté d'accéder à la formation est manifestement liée à l'absence de définition claire de la compétence obligatoire. Existe-t-il, dans les champs de la santé et du handicap, d'autres secteurs où cette compétence n'est pas clairement définie ?

M. Marc-René Bayle : La décentralisation pose des problèmes d'articulation pour l'ensemble du champ social.

M. Jérôme Teillard : J'ai cru comprendre que votre mission avait l'intention de travailler sur l'action sociale des collectivités locales.

Des enquêtes périodiques de la DREES portent déjà sur l'ensemble des aides envisageables et sur les différences entre les communes. Nous sommes là dans un domaine qui relève de la compétence facultative laissée à l'initiative des communes, le législateur

n'ayant pas souhaité encadrer l'action des collectivités locales. Mais cela a aussi pour conséquence l'absence de remontée systématique des données.

S'agissant du handicap, les maisons départementales des personnes handicapées, auxquelles seront associés des fonds de compensation alimentés de façon volontaire par les collectivités, permettront peut-être de disposer des informations sur l'apport de chacun.

Il est vrai que, dans le champ du handicap, la loi du 11 février 2005 a clarifié un certain nombre de compétences obligatoires des départements, en particulier sur la prestation de compensation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les textes disent-ils qui a la compétence obligatoire pour les hôpitaux ?

M. Jérôme Teillard : Il y a une compétence de l'État et de l'assurance maladie, mais deux textes permettent aux collectivités d'investir. La loi du 13 août 2004 sur les libertés et les responsabilités locales, dont l'article 70 ouvre une expérimentation permettant aux régions de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires. La loi du 23 février 2005 sur le développement des territoires ruraux, dont l'article 111 a pour sa part ouvert cette possibilité aux communes et aux EPCI de montagne.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les réformes de santé dans les pays nordiques aboutissent à la désignation de compétences obligatoires dans l'ensemble de ces champs

M. Marc-René Bayle : Il faut quand même rappeler le principe de libre administration des collectivités locales.

Cela étant, pour les compétences transférées, la logique est un peu particulière dans le champ social en raison de l'intervention de la sécurité sociale.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'ai beaucoup participé au débat sur le champ social lors de l'examen de la dernière loi de décentralisation et j'ai été impressionnée de voir à quel point la question de la responsabilité des acteurs était taboue.

M. Emmanuel Aubry : Il me semble que la spécificité du champ social tient aussi à la multiplicité des acteurs, publics, privés et associatifs, dont beaucoup ne sont pas dotés d'une vraie comptabilité analytique, ce qui complique fortement la remontée des informations.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie et je vous invite à nous faire parvenir toutes les suggestions que vous jugerez utiles pour améliorer le fonctionnement du système.

Je précise que nous allons achever nos travaux sur ce thème début mars. Nous travaillerons ensuite sur la tarification à l'activité. À partir du mois de septembre, nous aborderons le sujet de l'action sociale au sein des collectivités territoriales, au travers des branches du régime général, en particulier de la Caisse nationale d'allocations familiales. Nous avons bien compris que la dispersion des informations en rend la collecte malaisée et je vous invite donc à vous préparer dès maintenant à une nouvelle audition en rassemblant les éléments épars.

Audition de M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale (DGAS) au ministère de la santé et des solidarités, accompagné de Mme Annick Bony, chef du bureau personnes âgées, et de M. Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable à la même direction

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaite la bienvenue à M. Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités, à M. Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable, et à Mme Annick Bony, chef du bureau personnes âgées.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je suis ravie de vous retrouver tous, et notamment Mme Annick Bony, qui a longtemps vécu dans la solitude au bureau des personnes âgées de la DGAS. Si l'on considère la faiblesse de l'implication de l'État en personnel, au niveau central, pendant tant d'années, il est peu surprenant que nous disposions de si peu d'informations ! M. Jean-Jacques Trégoat, lorsque nous vous avons accueilli, le 20 octobre dernier, vous avez évoqué une enquête portant sur les écarts de coûts d'hébergement, de soins et de dépendance dans une dizaine de départements. Qu'en est-il ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Je faisais allusion à l'enquête menée par la Cour des comptes et reprise dans son rapport particulier. Comme nous n'avons pas de vision exhaustive des différents facteurs de coût, facteurs qu'il est très difficile de distinguer précisément et d'exploiter sur le plan statistique, nous travaillons sur cet échantillon. Mais la loi de 2002 nous a permis de créer des indicateurs pour tout le champ médico-social. Ils sont déjà définis pour ce qui concerne la dépendance et l'exclusion et en passe de l'être pour l'aide à domicile. Considérant que les conventions tripartites avaient déjà permis d'y voir plus clair, nous avons choisi de définir en dernier les indicateurs pertinents pour les maisons de retraite et les EHPAD. Ils nous donneront une meilleure connaissance des données, établissement par établissement, et nous pourrons ainsi apprécier d'éventuelles divergences de coûts anormales. Les données seront transmises aux préfets de région et aux préfets, pour que les tarificateurs fassent les comparaisons nécessaires. Nous comptons ainsi parvenir à une certaine convergence tarifaire.

Il reste à savoir quels déplacements de curseurs sont possibles de l'un des trois secteurs de tarification à un autre, et comment réduire le coût d'hébergement, pour lequel nous constatons des écarts assez importants selon les établissements et les départements qui nous laissent à court d'explications. Il nous faut donc creuser l'analyse des facteurs du coût, qu'il s'agisse de la restauration, de la logistique ou des dépenses de personnel. Pour ces dernières, les différences ne devraient pas être significatives, puisqu'il existe des conventions collectives, mais il peut y avoir des différences injustifiées de taux d'encadrement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous avons retenu de notre visite en Belgique que l'ancienneté du personnel peut conduire à d'importantes différences de coût.

M. Jean-Jacques Trégoat : La prochaine conférence salariale aura lieu la semaine prochaine, et nous intégrerons un indice GVT – glissement vieillesse/technicité – très positif – à 0,5 ou 0,8 – car il a un effet beaucoup plus fort dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire. La notion est donc bien prise en considération à l'échelon national, mais il sera intéressant de le faire à l'échelon local.

M. Jean-Pierre Hardy : Le paradoxe est que, si l'on a mis au point assez vite des indicateurs synthétiques à propos des personnes âgées, les outils manquent pour parvenir à la convergence tarifaire pour le coût d'hébergement, seul étant connu le coût moyen. Mais l'on sait, par exemple, que le coût de la logistique varie automatiquement selon la taille de l'établissement. Pendant deux ans, une batterie d'indicateurs a été mise au point. Ils portent sur le coût de l'immobilier ; sur l'indice GVT, qui induit en effet de grandes différences ; sur la structure de qualification, car une surqualification ou une sous-qualification peut également entraîner une distorsion du coût d'hébergement ; sur les postes « restauration » et « blanchisserie ». Dans ces différents domaines, nous souhaitons établir des référentiels, qui permettront d'alerter les gestionnaires si les coûts s'en éloignent trop. De plus, la décomposition du coût d'hébergement permettra de mieux en analyser les facteurs et de corriger les fonctions mal gérées ou hypertrophiées, même dans les établissements les moins chers.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : En tenant compte des travaux de la mission MARTHE – mission interministérielle d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées – pensez-vous que la maîtrise des coûts passe seulement par des efforts internes de gestion ou qu'il faut aussi prendre en considération les coûts externes ?

M. Jean-Pierre Hardy : Nous avons constaté que, pour servir 200 repas, il faut de une à vingt-quatre personnes... C'est dire l'extrême diversité des situations et l'extrême disparité des établissements, en taille et en statut. Un travail de gestion interne est nécessaire, mais il faut aussi tenir compte des facteurs externes et notamment des surcoûts induits par les normes de sécurité.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Qui dit gestion dit direction. Or, nous avons été alertés à diverses reprises sur l'extrême difficulté du recrutement de directeurs d'établissements. Comment maîtriser les coûts s'il n'y a pas de direction ? Quel travail menez-vous sur la fonction de direction ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Un décret est en préparation, qui définira quelques référentiels grâce auxquels nous pourrions mieux analyser les facteurs de coût. Cela a fait dire que nous nous dirigeons vers une « tarification à l'activité », ce qui ne serait pas une mauvaise chose si elle est concertée avec le secteur, d'ailleurs assez partagé à ce sujet. Nous pensons que le système doit évoluer, et nous y travaillons de manière consensuelle, ou du moins non conflictuelle. Nous souhaitons mieux apprécier l'activité pour mieux la tarifier, et aussi que s'instaure une meilleure coopération entre tous les établissements du secteur médico-social. Dans les jours qui viennent, un décret sera publié qui permettra une coopération logistique. Il ne s'agit pas de fusion, mais de permettre le partage de plateformes de restauration ou de systèmes d'information car si, actuellement, les informations ne remontent pas, c'est pour partie parce que certaines petites structures ne disposent pas des outils nécessaires à leur collecte. Le décret permettra aussi la coopération en matière de gestion des ressources humaines. Si l'on constitue un groupement associant SSIAD – services de soins infirmiers à domicile -, maisons de retraite et services d'hospitalisation à domicile, la mutualisation des moyens permettra, par exemple, la présence d'un ingénieur sanitaire, tout en améliorant les perspectives de carrière pour tous. La coopération se fera donc sur des projets définis en commun, ce qui suppose des directeurs compétents. Sachant que la moitié de l'effectif des aides-soignantes va partir à la retraite sous peu, la mutualisation des moyens de toute la chaîne de prise en charge est nécessaire, tout comme l'amélioration des perspectives de carrière. Le décret incitera donc à la coopération, et j'espère que nous trouverons un outil de tarification favorisant les établissements qui s'y

prêteront. Ce décret est pour nous fondamental, car c'était l'outil manquant. Il s'agit de coopérer et, le cas échéant, de fusionner.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Cela devrait permettre des économies d'échelle.

M. Jean-Jacques Trégoat : Effectivement. Et avec cet élément important de l'édifice réglementaire que nous avons construit, nous pourrions mutualiser les coûts, en apprécier les facteurs et résoudre les questions de personnel, dont celui de la vacance de postes de direction.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'en viens à l'enjeu que constituent l'affectation à l'investissement des excédents d'exploitation et la réduction de l'imputation des amortissements. Des mesures ont-elles été prises à cet effet ? Que pensez-vous de la suggestion de la directrice du CCAS – centre communal d'action sociale – de Paris, qui demande, comme d'autres de ses collègues, la possibilité de transférer ou d'amortir les subventions ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Toute réduction des coûts se traduit par la réduction du « reste à charge », mais une partie du coût provient de la fiscalité, qui diffère selon le statut de l'établissement. Pour réduire le « reste à charge », mieux vaut jouer sur tous les claviers que transférer des dépenses.

M. Jean-Pierre Hardy : Pour que les travaux de sécurité n'entraînent pas de renchérissement, le mécanisme d'affectation de l'excédent doit garantir la neutralité de l'amortissement. Très souvent, en fin de campagne budgétaire, certaines opérations n'ayant pas eu lieu, des crédits non reconductibles étaient disponibles pour financer l'entretien, mais les comptables publics n'acceptaient pas ce procédé. Ce dispositif va être créé, et les collectivités pourront en faire des subventions amortissables, ce qui devrait permettre de neutraliser le coût des travaux de mise aux normes de sécurité.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ceux-là seulement ?

M. Jean-Pierre Hardy : S'agissant du décret prévu, oui. Mieux vaudrait, pour le reste, réfléchir à l'harmonisation des régimes de récupération de TVA et des taux de TVA applicables dans ce secteur. Ainsi réduirait-on le coût de l'investissement et le besoin de recours à l'emprunt, et donc l'amortissement. Substituer à l'assujettissement à la taxe sur les salaires l'application d'une TVA à taux réduit sur l'hébergement en diminuerait le coût. Le secteur commercial ne paye pas la taxe sur les salaires mais la TVA au taux de 5,5 %, et l'on sait bien que ce dispositif est nettement plus intéressant. Pourquoi ne pas le généraliser ? Un simple changement de régime de TVA suffirait à réduire le coût d'hébergement.

M. Jean-Jacques Trégoat : Si l'on peut déjà arriver à compenser l'amortissement des travaux de sécurité, le coût en sera neutralisé.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Mais pourquoi ceux-là uniquement ?

M. Jean-Pierre Hardy : Il est possible d'avoir une vision large de ces travaux...

M. Jean-Jacques Trégoat : Il est rare que l'on entreprenne des travaux de sécurité seuls. L'objectif est de renforcer la sécurité, mais on en profite souvent pour aller au-delà et, par exemple, pour améliorer l'accessibilité. J'insiste sur le fait que la récupération de la TVA

est à l'origine d'importantes distorsions de coûts, puisque, selon leur statut juridique, certains établissements sont éligibles au FCTVA et d'autres ne le sont pas. Ces questions sortent de notre champ de compétence, mais nous pensons, comme nos collègues de la DGCL, qu'il faudrait revoir l'ensemble des régimes fiscaux relatifs aux établissements pour ne pas faire exploser le coût d'hébergement. Il faudrait aussi se pencher sur le problème du conventionnement à l'APL des établissements non commerciaux et, d'une manière générale, renforcer la cohérence du dispositif.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce que vous préconisez me semble aller dans le sens d'une plus grande équité.

M. Jean-Jacques Trégoat : D'autres mécanismes gagneraient à être clarifiés. Ainsi, la fiscalité locale ne pèse pas de manière égalitaire sur toutes les personnes hébergées en EHPAD, car si l'exonération de taxe foncière est automatique, l'exonération de la taxe d'habitation dépend de chaque comptable et peut donc rester à charge.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pourrait-on imaginer d'extraire le coût d'hébergement de l'assiette de l'impôt sur le revenu ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Nous ne l'avons pas envisagé. La réflexion sur les moyens de réduire le « reste à charge » peut prendre d'autres chemins. Ainsi, le coût de l'animation sociale figure dans la partie « hébergement » ; si elle passait dans la partie « dépendance », le « reste à charge » diminuerait. C'est une piste, mais elle consiste à reporter une charge sur d'autres financeurs. De même, est-il équitable d'imputer 100 % des locaux de blanchisserie au volet "dépendance" ? Et que dire de la répartition 70 %-30 % des charges d'aides-soignantes et d'AMP – aide médico-psychologique –, périodiquement évoquée ?

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Avez-vous une idée des sommes en jeu ?

M. Jean-Pierre Hardy : Une enquête de 1996 montrait que le coût de nombreux animateurs était répercuté dans le coût d'hébergement, alors qu'il s'agit aussi de prévention de la dépendance. À l'époque, la charge avait été estimée à 250 millions de francs. Les mêmes questions peuvent se poser pour les frais d'entretien des locaux, car c'est bien parce que les gens sont dépendants que l'entretien doit se faire d'une certaine manière. Le déplacement de tous ces curseurs est loin d'être neutre – particulièrement celui qui concerne la répartition de la charge des aides-soignantes et des AMP. Pour les usagers, le reste à charge a deux volets : d'une part, ce que nous appelons le « talon » du G5-G6, d'autre part le tarif hébergement. On peut jouer sur les deux composantes, le « talon » étant proportionnel à la cherté de l'établissement – s'il compte un fort effectif d'aides-soignantes par exemple.

Mme Annick Bony : L'APA couvre un tiers du coût : le conseil général paie 268 euros par mois, le résident 129 euros.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce n'est pas négligeable, et il y a une véritable rupture d'égalité entre les personnes maintenues à domicile qui, lorsqu'elles recourent aux SSIAD, ne payent rien, et les personnes hébergées, auxquelles sont imputées 30 % des mêmes frais.

M. Jean-Jacques Trégoat : Le Conseil d'État a considéré qu'il n'y a pas rupture d'égalité, les SSIAD intervenant pour prodiguer des soins techniques. Mais, de fait, la position des différents curseurs emporte des conséquences financières pour les usagers.

M. Pierre Morange, coprésident : La démarche de renforcement de la coopération, de mutualisation et de chaînage des moyens que vous avez engagée est pour nous un grand motif de satisfaction. Elle correspond à la philosophie de notre mission, qui souhaite la rationalisation des ressources humaines et financières. Nous espérons aussi que le mécanisme prévu de neutralisation des amortissements permettra de réduire le reste à charge. Dans cette logique de rationalisation, menez-vous une réflexion d'ensemble sur les capacités potentielles d'accueil, en EHPAD et en USLD – unités de soins longue durée – bien sûr, mais aussi par l'utilisation des lits d'hôpitaux qui viendraient à être dégagés ?

M. Jean-Jacques Trégoat : Nous avons souffert du cloisonnement créé par la loi de 1975 et par la loi hospitalière. Il nous faut maintenant veiller à faire travailler ensemble le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Les deux décrets évoqués y concourront, sans y suffire, mais la loi du 11 février 2005 a institué les PRIAC – programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie –, qui répondent à votre préoccupation. Ils permettront d'analyser les SROS – schémas régionaux d'organisation sanitaire – de la troisième génération, grâce à quoi la CNSA pourra recenser l'ensemble des besoins, ce qui ne pouvait être fait jusqu'à présent, et déterminer si des crédits doivent être basculés vers un secteur donné. Pour autant, l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) sanitaire et l'ONDAM médico-social demeureront. Si les PRIAC sont bien exploités et qu'ils se traduisent en priorités budgétaires, on évitera la dispersion des efforts et, tous les ans, les ARH – agences régionales de l'hospitalisation –, les DRASS et les départements se rencontreront et travailleront de concert, sous l'autorité des préfets de région.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : J'espère que les PRIAC seront bien l'outil que vous décrivez, mais je vois poindre des risques de conflit.

M. Jean-Jacques Trégoat : On ne peut certes changer la société par décret, mais si l'on n'a pas les outils nécessaires, on est sûr de ne rien faire.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : De moins en moins de personnes font appel à l'aide sociale. Comment l'expliquez-vous ? Par ailleurs, quelle sera l'attribution des crédits exceptionnels d'investissement de 350 millions destinés aux établissements ?

M. Jean-Pierre Hardy : Le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale baisse, en effet, ce qui traduit l'arrivée en établissements de personnes qui ont une pension de retraite complète. L'évolution dépendra du montant des futures pensions et des périodes de précarité au cours des carrières. Dans l'ordonnance de simplification du 1^{er} décembre 2005, nous avons prévu la possibilité que, par convention entre le conseil général et l'établissement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées ayant accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur dernière capacité agréée sur les trois exercices précédant celui de la demande puissent sortir de la tarification administrative, les deux parties s'accordant sur une tarification « aide sociale », le reste relevant d'une tarification négociée. Cela permet à certains établissements qui se trouvaient bloqués dans leurs investissements par une tarification contraignante de ne plus l'être. L'ordonnance a renvoyé à un décret simple, qui sortira sous peu, les dispositions destinées à éviter l'éviction des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

M. Jean-Jacques Trégoat : Tous les assouplissements vont dans le bon sens.

Pour ce qui est des 350 millions, le conseil d'administration de la CNSA a formulé des propositions privilégiant les établissements publics qui bénéficient de l'aide sociale et,

éventuellement, les unités de soins de longue durée. Un arrêté va préciser les règles d'éligibilité ; les projets devront être présentés avant le 30 avril afin que les premiers fonds soient distribués en juin et que les opérations démarrent au plus vite. Les sommes en jeu étant très importantes, il fallait s'entourer de toutes les garanties. Il ne s'agit pas de construire de nouveaux EHPAD mais bien d'améliorer les conditions de vie des personnes hébergées dans les bâtiments existants, sans s'en tenir aux travaux de mise aux normes de sécurité.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Qu'en est-il des conventions tripartites ?

Mme Annick Bony : La barre des 5 000 établissements conventionnés est désormais franchie. La loi de financement de la sécurité sociale prévoit une nouvelle vague de 1 400 conventions, pour en terminer, en 2006-2007, avec la réforme des EHPAD éligibles et des logements foyers. Les informations qui nous reviennent font état du recrutement de 30 000 équivalents temps plein. La réforme se traduit donc bien par l'amélioration de la prise en soin et par celle du taux d'encadrement en personnel soignant et non soignant. Les statistiques montrent un renfort de 7 ETP – équivalent temps plein –, dont 5,5 en personnel soignant, par établissement de taille moyenne. Une étude de février 2005 de la DREES montre un taux d'encadrement moyen de 0,45 pour les établissements, et de 0,57 pour ceux qui ont signé une convention. Cela relativise ce qui est dit sur le taux d'encadrement.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Nous avons effectivement senti une évolution.

M. Jean-Jacques Trégoat : Et ces données témoignent des progrès accomplis. Vous trouverez dans le dossier que je vous ai remis les réponses écrites promises lors de notre première audition, ainsi qu'une fiche relative aux normes.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous en remercie.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous demanderai, selon l'habitude de notre mission, de nous faire part de vos suggestions et propositions. Madame, Messieurs, je vous remercie.

AUDITIONS DU 21 FÉVRIER 2006

Audition de M. Denis Piveteau, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous prie d'excuser l'absence de M. Pierre Morange, coprésident, actuellement en mission pour l'Assemblée.

Nous accueillons ce matin M. Denis Piveteau, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, que nous avons déjà auditionné mais que nous avons souhaité revoir pour approfondir un certain nombre de sujets.

Vous avez sans doute vu, dans les comptes rendus de nos auditions, que nous étions partis de la question du financement de l'ensemble du dispositif en faveur des personnes âgées, mais que nous avons été amenés à nous pencher davantage sur le « reste à charge » pour les personnes âgées et leurs familles, ainsi que sur le fait que les investissements sont, au bout du compte, supportés par les personnes âgées elles-mêmes.

Les comptes prévisionnels de la CNSA pour 2006 font désormais apparaître en ressources l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées et handicapées. Cet ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) médico-social, complété par une contribution de la CNSA alimentée par le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie, permet de financer les établissements pour personnes âgées handicapées. Pouvez-vous aujourd'hui nous indiquer quel est le montant exact de cet ONDAM ?

Nous aimerions également savoir combien d'établissements ont aujourd'hui signé une convention tripartite et comment vont se dérouler les premiers renouvellements de ces conventions.

M. Denis Piveteau : Cette année, comme l'année précédente et les années à venir, les ressources de l'assurance-maladie sont complétées par les ressources propres de la CNSA. Sur la section du financement des établissements et services sociaux médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes, le montant total inscrit cette année est de 4,883 milliards d'euros, chiffre qui doit être corrigé pour obtenir celui des dépenses encadrées, car ce ne sont pas les remboursements de l'assurance maladie qui sont encadrés mais bien les dépenses des établissements. Je ne puis vous indiquer immédiatement le montant total mais il reste légèrement inférieur à 5 milliards.

Son évolution depuis 2000 est retracée dans les documents que je vous ai précédemment transmis. Le taux de progression de ce qu'on pourrait appeler l'« ONDAM personnes âgées » est en moyenne supérieure à 10 % par an, même s'il faut tenir compte des reports.

J'observe toutefois qu'on ne dispose pas d'un ONDAM spécifique pour les établissements et je ne peux donc vous communiquer que les enveloppes et non pas une ventilation entre établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Tout au plus peut-on constater ce qui a été consommé en exécution, mais ces données ne paraissent pas accessibles année après année. Nous ne disposerons d'informations complémentaires que grâce aux programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Les conventions signées couvrent 400 000 places, dont environ 80 000 au titre des conventions signées à la fin de l'année dernière. On arrive, en effet, au renouvellement de quelques conventions signées en 2000 et 2001, pour moins de 400 établissements au total. La CNSA a procédé jeudi dernier à une première notification des enveloppes pour 2006, soit 98 % des crédits. Nous avons prévu non seulement les crédits nécessaires à la participation aux dépenses de tous les établissements, mais aussi les crédits nouveaux liés à des créations de places et à la médicalisation de places existantes, c'est-à-dire à la signature et au renouvellement de conventions. J'ai pris le parti de constituer une réserve de précaution dans la mesure où le ministre a annoncé l'ouverture de réflexions sur l'assouplissement de la tarification pour une meilleure prise en charge des soins dans les établissements ayant déjà signé des conventions. L'accompagnement des améliorations et de la médicalisation pourra ainsi bénéficier, lorsque les critères ont été arrêtés, de 30 millions d'euros. Je rappelle en effet que la CNSA n'a pour responsabilité de fixer ni le montant des enveloppes ni les règles applicables à la tarification, mais uniquement les règles de répartition entre les départements, qui doivent être les plus justes possible au vu des critères. Aussi, si l'accent est mis sur le renouvellement des conventions, il conviendra de bien noter les départements qui en comptent un nombre important.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les représentants des mutuelles nous ont fait observer que lorsqu'ils étaient bien dotés les EHPAD n'étaient guère enclins à signer des conventions en raison de l'application de la « DOMINIC + 35 » (dotation minimale de convergence). Quelle est la position de la CNSA vis-à-vis de tels établissements ?

M. Denis Piveteau : La « DOMINIC + 35 » est tempérée par le clapet anti-retour, qui fait qu'un établissement ne peut pas perdre des ressources en provenance de l'assurance maladie.

Mais je n'ai pas vocation à m'exprimer sur cette question au nom de la CNSA, dans la mesure où le conseil n'a pas été amené à en débattre. Même s'il ne lui est pas interdit de se saisir des sujets relatifs à la perte d'autonomie, je rappelle que la Caisse a surtout un rôle de répartition territoriale équitable des sommes dont elle dispose. Or les documents que je viens de vous remettre montrent de fortes disparités entre les territoires et donc la nécessité d'un important rattrapage.

Il est ainsi important que la répartition des crédits destinés aux nouveaux conventionnements soit faite au vu de l'écart entre le nombre de places déjà conventionnées dans les départements et ce qui reste à faire. Il n'était donc pas inutile de la CNSA se penche sur cette question et fasse remonter les informations de chaque département.

Pourquoi est-on à 100 % de conventionnement dans certains départements et à 20 % dans d'autres ? À l'évidence, les raisons sont diverses et nous espérons que ce nouvel outil que seront les PRIAC permettront de mener une étude fine.

Certains établissements, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), mieux dotés que ce à quoi ils pourraient prétendre si les ressources leur étaient affectées sur la base de la « DOMINIC + 35 », ne voient guère d'incitation financière à passer une convention.

Il en est de même des établissements ayant fortement recours à des soins libéraux, donc à des intervenants extérieurs rémunérés et remboursés à l'acte, dans le cadre de la prise en charge individuelle des patients : ces soins n'apparaissant pas dans le budget de l'établissement, ils ne sont pas pris en compte par le mécanisme du clapet anti-retour.

Enfin, un certain nombre de petits établissements hésitent à se lancer dans un travail complexe d'ingénierie administrative, qui les obligerait, par exemple, à examiner l'ensemble des procédures et à s'intéresser en détail à chaque emploi et à la qualification des personnels.

Cela étant, même si le processus n'est pas aussi rapide qu'on l'avait espéré, le nombre des conventionnements ne fléchit pas. Il y a quand même un bénéfice pour les établissements qui entrent dans le dispositif, le taux d'encadrement en personnel soignant par patient augmentant en moyenne de 0,4 %.

J'en viens aux tableaux qui vous ont été remis. Un certain nombre d'événements sont intervenus depuis que nous nous sommes vus : lancement du plan d'investissement, campagne tarifaire 2006, mise en place des PRIAC, analyse des besoins remontant des départements, que nous attendons pour fin mars – début avril, pour que l'ONDAM puisse être construit à partir de ces informations, travail d'analyse, certes encore sommaire, destiné à définir les bons critères de répartition.

Le premier tableau part du constat qu'il y avait au 31 décembre 2005 31 000 places en attente de financement. Il s'agit de dossiers d'EHPAD ayant reçu un avis favorable des Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) et répondant à un besoin, mais qui ont été rejetés par le préfet, non parce qu'il en contestait le bien-fondé mais faute de financement, le plan Vieillesse et Solidarité ayant été bâti sur un rythme de 5 000 créations de places chaque année.

Logiquement, cela devrait conduire à donner plus d'argent aux départements qui ont beaucoup de places en attente. Mais on s'aperçoit qu'il n'y a, en fait, aucune corrélation entre le taux actuel d'équipement en maisons de retraite et le nombre des places en attente : certains départements où l'équipement est supérieur à la moyenne nationale ont beaucoup de places en attente, d'autres où le taux d'équipement est inférieur, en ont très peu.

Pourtant, la disparité entre les départements est très forte puisqu'on va de 24 à 204 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. En clair, cela signifie qu'on peut avoir, selon les départements, jusqu'à dix fois plus de chances de trouver une place en établissement. Cela montre la nécessité de moduler l'accroissement des moyens afin d'avantager les départements qui sont en situation de rattrapage.

J'ajoute que cela conduit les porteurs de projets à exercer une pression plus forte là où ils savent qu'il y a beaucoup de places en attente.

Mais la situation est sans doute la plus grave là où il y a à la fois un nombre de places disponibles inférieures à la moyenne nationale et une absence de porteurs de projets. Cela montre qu'il ne suffit pas d'engager plus de moyens et qu'il faut aussi avoir la capacité de stimuler les projets.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La situation de ces derniers départements est-elle liée à la proportion des structures privées à but commercial, ou à celle des services de soins à domicile ?

M. Denis Piveteau : Nous ne disposons pas des données permettant de faire le lien avec le privé commercial. Nous avons effectué des croisements avec le potentiel fiscal, qui ne sont pas probants, mais nous n'avons pas pu en faire avec le coût du foncier. Une étude spécifique serait nécessaire pour avoir des éléments non plus seulement sur les flux, que nous connaissons grâce à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, mais aussi sur les stocks.

Si on inclut les SSIAD, il faut aussi tenir compte des soins infirmiers libéraux. Or, jusqu'ici, l'assurance maladie ne pouvait pas nous donner le nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) par département. C'est pour cela que le deuxième document est un tableau par région. Il donne la dépense assurance maladie par habitant pour les EHPAD, les USLD, les SSIAD et les AIS.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Le tableau ne prend pas en compte les hospitalisations à domicile (HAD) intervenant en gériatrie, alors qu'on sait qu'un certain nombre de départements les utilisent dans une logique de soins à domicile.

M. Denis Piveteau : Sur ce tableau, l'exemple de la Corse est le plus probant, dans la mesure où l'entité régionale est plus proche de l'entité départementale. On voit que le nombre de places en attente est assez important, et que la dépense par habitant l'est aussi. Comme il n'y a pas beaucoup d'EHPAD, cela montre que cette dépense est surtout utilisée pour les infirmiers libéraux et les SSIAD.

Même s'il faut se méfier des données agrégées, la tendance qui se dessine sur ce tableau est manifestement contraire au bon sens : plus on dépense par habitant et plus il y a de places en attente.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Peut-on en conclure que la Corse a su, mieux que d'autres, faire supporter à l'assurance-maladie la prise en charge des personnes âgées ?

M. Denis Piveteau : En dehors de la Corse, les moyennes régionales ne signifient pas grand-chose et il est donc difficile de faire des comparaisons.

La Franche-Comté est un des exemples qui avaient été présentés au conseil de la CNSA, et il ne faut voir là aucun clin d'œil... Elle fait partie de ces régions où les départements sont assez proches les uns des autres, alors que les profils départementaux sont très différents ailleurs, en particulier en Languedoc-Roussillon. C'est pourquoi les enveloppes doivent être déléguées au niveau régional car c'est là qu'on peut le mieux répondre à la nécessité urgente de rattrapages entre les départements. Telle est la démarche de la CNSA, car la responsabilisation des acteurs locaux est essentielle.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Pour la Franche-Comté, le tableau montre qu'il y a peu de projets et, de ce fait, peu de financements par l'assurance maladie pour les hébergements en USLD, les SSIAD et les AIS.

M. Denis Piveteau : Il n'y a pas de lien de cause à effet. On peut simplement dire que les dépenses de l'assurance maladie par personne âgée sont inférieures à la moyenne nationale, ce qui justifierait un rattrapage, mais que pourtant les porteurs de projets ne se dirigent pas vers ces départements. Peut-être cela tient-il simplement au fait qu'ils ne savent pas quelle est exactement la situation et qu'on n'affiche pas une stratégie claire d'affectation de moyens supplémentaires aux départements qui en ont le plus besoin.

Le tableau suivant intègre les logements foyers et les USLD. L'absence de corrélation logique demeure. La question des places en attente de financement est préoccupante car on a l'impression qu'un besoin s'exprime et qu'on n'y répond pas, mais ces tableaux montrent aussi que certains vrais besoins ne s'expriment pas.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : On a bien vu avec l'exemple de Paris ce problème du manque d'opérateurs.

M. Denis Piveteau : Pour que les opérateurs se dirigent vers les départements où il y a des projets à développer, il faut d'abord qu'ils sachent que c'est là que les besoins sont les plus manifestes et qu'ils aient connaissance d'une stratégie claire et à moyen terme de rattrapage. La transparence est donc très importante.

Mme Paulette Guinhard, coprésidente et rapporteure : Les difficultés à accéder à la connaissance figureront en bonne place dans notre rapport. Je vous remercie donc des efforts que déploie la CNSA pour mettre en place un dispositif de collecte des informations. L'enjeu démocratique sera ensuite, surtout dans le contexte de la décentralisation, la diffusion de ces informations en direction des habitants, des opérateurs et des décideurs.

M. Denis Piveteau : C'est aussi en diffusant ces informations qu'elles s'amélioreront. Je ne considère pas, par exemple, que le taux d'équipement soit un bon indicateur du niveau de couverture des besoins : il faut tenir également compte de la population à venir et des flux entre les départements.

M. Noël Diricq : On peut se demander pourquoi, alors que dans certains départements où il y a un grand nombre de projets en attente, les opérateurs sont prêts, les efforts de la collectivité ne décollent pas. Pourquoi y a-t-il autant de projets dans une région comme la Corse, alors que la présence des infirmières à domicile est très importante ? Les opérateurs ne se rendent-ils pas compte qu'il n'y a de place pour eux ni politiquement ni économiquement ?

M. Jean-Marie Rolland : Je suis frappé, à la lecture du premier tableau, par les différences entre des départements voisins comme le Var et les Alpes-Maritimes ou les Vosges et le Territoire de Belfort. Manifestement, la volonté politique n'est pas la même selon les départements et je comprends donc mal le souhait de la CNSA de mener un rééquilibrage au niveau régional.

M. Denis Piveteau : Les porteurs de projets adoptent une stratégie rationnelle quand ils se dirigent vers les départements peu équipés. Sur le tableau, la corrélation n'est pas faite avec les enveloppes déléguées chaque année mais avec le taux d'équipement tel qu'il est. On voit, par exemple, que la Haute-Savoie est en retard rapport à l'ensemble de la région Rhône-Alpes, plutôt mieux équipée que la moyenne, mais les porteurs de projets savent que ce département a fait l'objet d'un important effort de rattrapage.

De tels tableaux valent surtout par le message qu'ils délivrent, mais on ne peut pas tirer de raisonnement d'un seul point donné, ici d'un seul département.

S'agissant du rééquilibrage, l'objectif d'équité dans la répartition des enveloppes est inscrit dans la loi et l'échelon régional est sans doute administrativement le plus commode mais il n'est pas forcément le plus pertinent.

Vous m'avez aussi interrogé, Madame la rapporteure, sur le « reste à charge » et sur les aides à l'investissement.

Il y a trois manières d'aider l'investissement, une des limites étant que la charge des investissements, amortissement compris, pèse sur le tarif d'hébergement : soit on recourt à des sources de financement exogènes ; soit on allège le contenu du tarif d'hébergement de certains de ses éléments actuels ; soit on accompagne le coût d'hébergement, notamment pour les personnes à bas revenus, en améliorant la prise en charge par l'aide sociale.

On peut jouer à la fois sur les trois, selon une logique territorialisée : je ne suis pas sûr que la combinaison des trois systèmes doive être toujours la même entre un département rural, où les retraites agricoles sont inférieures à 1 000 euros par mois, et un département urbain où le problème principal est le coût du foncier. Car un des enseignements majeurs de nos premières analyses est bien que les situations sont très contrastées entre les départements et qu'il faut se garder d'aller trop vite vers une politique uniforme.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : *Quid* des 350 millions d'euros qui iront normalement à l'investissement ? Avez-vous pris en compte les questions que nous nous posons ? Dans quelle logique vous inscrivez-vous ? Où en sont les PRIAC ?

M. Denis Piveteau : La loi de financement de la sécurité sociale a prévu que ces 350 millions n'iraient pas à la création de nouvelles places mais à la réhabilitation de l'existant. On est donc dans une logique proche de la médicalisation, afin d'aller vers une meilleure qualité de prise en charge dans les établissements existants. Ces crédits ont en particulier vocation à accompagner les établissements qui hésitent à entrer dans la démarche de conventionnement. On peut ainsi les aider à répondre au cahier des charges de la médicalisation.

M. Georges Colombier : Une partie de cette somme est-elle destinée aux logements foyers ?

M. Denis Piveteau : Le texte est clair : les logements foyers sont éligibles. Le conseil de la CNSA a toutefois fixé des priorités. Il a ainsi jugé souhaitable que cette aide puisse accompagner des démarches de conventionnement, qu'elle permette de financer des bilans patrimoniaux, qu'elle ait des répercussions directes sur le tarif appliqué aux usagers.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La logique d'utilisation de ces 350 millions fera que ceux qui ont le plus gros besoin de création de places n'y seront pas éligibles. Le coût de l'investissement restera ainsi à la charge des personnes âgées.

M. Denis Piveteau : Le principe a été posé que cette opération, qui n'épuise pas à elle seule l'aide qu'on peut apporter à l'investissement, ne vise que des places déjà autorisées.

Il faut à la fois aller vite et ne pas se précipiter, car il s'agit d'une somme considérable par rapport à toutes les opérations d'investissements antérieures. Jusqu'au mois d'avril, les régions vont faire remonter les projets éligibles. C'est au vu de ces demandes qu'il sera procédé aux délégations. S'il y a suffisamment de projets de qualité, la totalité des 350 millions d'euros sera immédiatement déléguée et pourra faire l'objet d'engagements avant l'été, le décaissement suivant ensuite le rythme des travaux.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je vous remercie vivement.

Le souci de ne pas faire attendre le ministre Philippe Bas, que nous allons entendre maintenant, vous a amené à répondre rapidement sur certains points et je vous invite donc à nous transmettre par écrit ce que vous n'auriez pas eu le temps de nous dire, ainsi que d'éventuelles propositions.

**Audition de M. Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Monsieur le ministre, je vous souhaite la bienvenue et vous prie de bien vouloir excuser l'absence de M. Pierre Morange, coprésident de notre Mission, empêché. Comme vous le savez, nous étudions depuis le mois d'octobre le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. Le montant du reste à charge des résidents est préoccupant et nous nous sommes interrogés, en particulier, sur les moyens d'atténuer les charges liées à l'investissement pour réduire la part de l'immobilier dans le coût d'hébergement.

Plus largement, nous avons été frappés par l'extrême complexité des circuits de décisions et par l'absence vertigineuse d'informations sur la structure des coûts, ce qui confirme les constatations de la Cour des comptes et de l'ancien Commissariat général du Plan. Nous souhaitons connaître votre avis sur ces différents points.

M. Philippe Bas : La complexité que vous évoquez est inhérente à un système qui s'est construit dans le temps et dans lequel les départements continuent de jouer un rôle essentiel. La création de l'aide personnalisée d'autonomie (APA) et la médicalisation des établissements qui accueillaient les personnes âgées dépendantes tendaient à résoudre un problème qui n'avait pas été suffisamment pris en considération jusqu'alors. Elles supposaient la montée en charge de l'assurance maladie et des financements assis sur la solidarité nationale. Parce que les pouvoirs publics ont choisi, par souci de pragmatisme, de ne pas faire table rase du passé et de ne pas retirer aux départements la compétence en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, la complexité du dispositif en a, en effet, été renforcée ; ce qu'il a fallu compenser par une nouvelle organisation. M. Denis Piveteau, que vous venez d'entendre, a pu rappeler toute l'importance que revêt à cet égard la création de la CNSA. Non seulement la Caisse regroupe l'ensemble des financements non départementaux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais elle a vocation à agréger les données pour définir, en liaison avec les conseils généraux, les instruments de pilotage dont nous avons besoin pour sortir du flou dont nous avons hérité. Aujourd'hui, le logiciel national recense uniquement les dépenses d'assurance maladie affectée au secteur médico-social. Cela permet d'en analyser l'évolution mais cela ne permet pas de relier ces dépenses avec celles qui relèvent des volets « dépendance » et « hébergement » qui sont du ressort des départements. Il le faut, pourtant, si l'on souhaite déterminer ce qui reste à la charge des personnes considérées, de leur famille ou de l'aide sociale.

Le système d'information que la CNSA a été chargée de créer permettra, d'ici 2007, de comparer comment, à prestations égales, les ressources des établissements sont utilisées, et favorisera la convergence tarifaire qui n'existe pas aujourd'hui. Pour ne citer qu'un exemple, on sait que le coût d'une aide-soignante est ventilé à 70 % sur le volet « soins » et à 30 % sur le volet « hébergement ». Or, les sources de financement sont cloisonnées, et l'on ne peut procéder aux rapprochements nécessaires. Il était donc urgent de créer des systèmes d'information suffisants. Cela n'implique en rien une remise en cause du rôle respectif des départements et de l'assurance maladie mais, le principe du cofinancement étant acquis, de surmonter les difficultés que suscite la coexistence des sources de financement.

Selon moi, la CNSA préfigure la cinquième branche de la protection sociale. À dessein, je n'utilise pas le terme de « cinquième risque », car le dispositif diffère du mécanisme de sécurité sociale institué en 1945 en ce qu'il n'est pas entièrement redistributif et qu'il a une composante départementale héritière de l'aide sociale. Nous sommes donc en

phase d'expérimentation d'un système nouveau appelé à se développer. En effet, les travaux de la Cour des comptes et de l'ancien Commissariat général du plan ont souligné que nos besoins vont augmenter. Chaque euro consacré aux personnes âgées dépendantes doit donc être bien dépensé.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : La Cour des comptes a évalué à 1 % de notre PIB la dépense socialisée en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes et estimé qu'« *il ne peut être exclu par principe de la voir croître* ». Quel est votre avis à ce sujet ? La complexité du mécanisme de financement de la dépendance, dont vous nous avez rappelé l'origine historique, est-elle appelée à se perpétuer ?

M. Philippe Bas : La question est de savoir si la nation pourra faire face, par un prélèvement reposant sur la solidarité nationale, à ce besoin croissant. Il faut donc déterminer à quelle hauteur les finances publiques seront sollicitées dans les prochaines années.

Au cours du présent quinquennat, nous avons dû procéder à un très important effort de rattrapage en matière de défense et, même s'il reste à un niveau élevé, je ne pense pas que cet effort devra s'accroître encore au cours des cinq à dix ans à venir. S'agissant du budget de l'Éducation nationale, la tendance démographique étant ce qu'elle est, l'effort portant sur le secondaire, le supérieur et la recherche doit pouvoir être financé par redéploiements à moyen et long terme, et je ne vois pas non plus de perspective de dépenses accrues dans ce budget déjà très élevé, ce qui devrait permettre de dégager des marges dans les prochains budgets.

Le troisième poste très important de dépenses publiques est celui des aides à l'emploi. Or, la régression du chômage entamée il y a dix mois et dont je suis convaincu qu'elle va se poursuivre, associée aux perspectives démographiques bien connues, rend vraisemblable, là encore, une régression de la dépense publique. En conclusion, on peut s'attendre à la stabilisation ou à une très probable régression de ces trois très gros postes de la dépense publique. En revanche, le besoin de prise en charge du vieillissement de la population, et des conséquences de la multiplication des cas de maladie d'Alzheimer, ira croissant. Aussi, pour répondre précisément à votre question, je considère que, au cours des cinq à dix prochaines années, notre pays pourra faire face à ce besoin, en organisant le redéploiement de son effort.

Comment évaluer le besoin ? J'observe que ceux qui savent nous disent qu'ils ne savent pas tout. De fait, nous ne pouvons pas dire quelle sera la prévalence de la dépendance à l'échéance de quinze ou de vingt ans. On peut faire des professions de foi, et affirmer que non seulement on vivra plus longtemps mais que l'on vivra beaucoup mieux à un âge donné, et que la dépendance, loin d'augmenter, aura tendance à se réduire, en raison de l'alimentation, des activités et d'autres paramètres. Mais, même dans ce cas, l'augmentation de la population des personnes âgées sera elle aussi très rapide jusqu'en 2025-2030, si bien qu'il y aura augmentation continue de la population des personnes âgées dépendantes et, donc, augmentation incontestable des besoins. Comment y faire face ?

Après que l'ancien Commissariat général du Plan m'a remis sa première étude de prospective des besoins d'hébergement en établissement, qui recensait les hypothèses à l'horizon 2015, je lui en ai commandé une seconde, en demandant que l'on privilégie le scénario du libre choix. En effet, il ne serait pas sage de couvrir le territoire de maisons de retraite si le premier choix des intéressés est le maintien à domicile. Pour autant, le manque de places en structures d'hébergement est patent et important. L'essentiel est donc de répartir l'effort sur l'ensemble de la gamme des offres : aide à domicile, aide ménagère, accueil de

jour, hébergement temporaire. C'est pourquoi j'ai souhaité que ne puissent plus être créés de nouveaux établissements d'hébergement qui ne répondraient pas à certaines conditions, au nombre desquelles l'habilitation à l'aide sociale, la possibilité d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, des liens étroits avec les SSIAD et des capacités d'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

Cette politique de diversification de l'offre doit être mise en œuvre avec constance. Elle permet le libre choix, et elle permet aussi que les personnes âgées se familiarisent avec les établissements d'hébergement, évitant le choc d'une entrée brutale imposée par un accident de santé, situation qui augure mal de leur future adaptation. C'est ainsi que l'on pourra faire face aux besoins au cours des vingt prochaines années, et c'est pourquoi je répète qu'il ne serait pas raisonnable de couvrir le territoire national de maisons de retraite. Rappelons-nous les sanatoriums construits en masse à la fin de la deuxième guerre mondiale, sans tenir compte de la généralisation du BCG et qu'il a fallu reconverter, et examinons l'option retenue par le Québec, qui a décidé de ne plus créer de places en établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes. Ce postulat posé, les autorités publiques québécoises s'obligent à régler le problème de la dépendance autrement, par des aménagements tendant à regrouper les personnes âgées dépendantes dans des appartements attenants à une cellule de soins disponible en tant que de besoin. Nous avons de grands progrès à faire en matière de diversification de l'offre de prise en charge, et le Gouvernement annoncera des mesures tendant à mettre en œuvre les recommandations inspirées de l'étude que le Centre d'analyse stratégique, ancien Commissariat général du Plan, lui remettra sous peu.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je pense, comme vous, qu'il ne faut pas opposer hébergement et maintien à domicile, et qu'il faut favoriser le libre choix. Mais l'exemple des pays scandinaves doit aussi être médité, car après avoir privilégié le maintien à domicile, ils ont fait machine arrière et ouvert de nouvelles maisons de retraite. S'agissant du financement des besoins, vous avez parlé de redéploiement des moyens plutôt que de nouveau prélèvement ; pourtant, de nombreux pays s'engagent dans la voie de l'assurance dépendance obligatoire. D'autre part, la complexité du financement, qui allie le dispositif lié à la suppression du jour férié, l'affectation d'une fraction de la CSG, l'ONDAM médico-social et les aides départementales, est avérée. Ne considérez-vous pas que l'ensemble gagnerait à être simplifié ? Enfin, si la CNSA préfigure l'organisation d'une cinquième branche de protection sociale, préfigure-t-elle aussi la décentralisation de l'assurance maladie ?

M. Philippe Bas : Avec la journée de solidarité nationale, on n'est pas très loin de l'assurance dépendance obligatoire, et l'affectation à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) d'une fraction de la CSG va dans le même sens. La diversité des sources de financement doit être considérée comme une richesse pour un dispositif qui a besoin de ressources dynamiques. Ainsi, la solidarité nationale prend actuellement l'APA en charge à hauteur de 37 %, alors que le Gouvernement avait fixé le plancher à 33 % quand elle a été créée. On est donc nettement au-delà. Et, comme vous vous en souvenez, l'APA est aussi financée pour partie par redéploiement de ressources.

Je ne dis pas que la situation actuelle pourra s'éterniser, mais la pression financière n'est pas telle qu'elle impose des solutions urgentes. Mettons ce délai à profit pour mener à son terme la réflexion qui permettra de décider comment financer la dépendance quand la question se posera – et elle se posera, nous le savons, puisque le nombre des bénéficiaires de l'APA a encore augmenté de 7 % en 2005. Je suis ouvert à toutes les hypothèses, à condition qu'elles aient été étudiées de manière approfondie. L'une d'entre elles est d'articuler ce qui

serait la cinquième branche de la protection sociale avec une couverture complémentaire. À cet égard, les modèles transposables ne manquent pas mais, la réflexion d'ensemble n'est pas suffisamment aboutie pour que le Gouvernement puisse vous livrer le scénario qui a sa préférence.

Pour en revenir au financement de la dépendance, je répète que l'important est que les ressources, quelles que soient leur source, soient dynamiques, ce qui est le cas aussi bien pour la CSG que pour le produit de la journée nationale de solidarité.

S'agissant de la décentralisation éventuelle de l'assurance maladie, la loi du 13 août 2004 permet de développer un échelon de gestion régional, ce qu'il serait éminemment souhaitable d'expérimenter ; mais il s'agit là d'un autre sujet que celui dont nous traitons aujourd'hui. Pour ce qui est du secteur médico-social, la délégation de crédits emporte déjà régionalisation et décentralisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Je me dois de vous faire part de mon désaccord politique de principe avec le financement de la dépendance par le biais de la suppression d'un jour férié, dispositif tel que toutes les formes de revenus ne participent pas à l'obligation de solidarité nationale. Pour en revenir au « reste à charge », pensez-vous que l'on puisse se satisfaire de l'existant, si l'on met en regard le niveau moyen des pensions et le coût de l'hébergement, avec une aide sociale insuffisante ? Pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes comme pour ceux qui accueillent des personnes handicapées, ne faut-il pas revoir la question de l'imputation des charges d'investissement pour réduire le tarif de hébergement ? Ne faut-il pas, aussi, faire évoluer le système d'aide au logement ou même la fiscalité ?

M. Philippe Bas : Il est indispensable qu'il n'y ait pas de barrière à l'accès aux établissements pour personnes âgées dépendantes. Voilà pourquoi j'ai veillé à ce qu'aucune autorisation ne soit donnée aux créations d'établissements, notamment à but lucratif, qui ne sont pas habilités à l'aide sociale au moins pour une partie des places. Il est exact que le système actuel n'est pas assez favorable. Certes, l'hébergement ouvre le droit à l'allocation de logement social (ALS) et à l'aide personnalisée au logement (APL), ce qui est positif, mais tous les établissements ne sont pas éligibles au prêt locatif social (PLS). J'ai donc décidé d'en élargir l'accès à tous les EHPAD, ce qui emporte la TVA au taux réduit de 5,5 %. Cette mesure, qui aura pour effet de réduire le coût de l'hébergement et donc le montant du « reste à charge », sera généralisée progressivement et d'application complète en 2008. L'autre sujet à explorer est celui de l'harmonisation des régimes de déduction fiscale liée à la dépendance. On sait qu'une personne âgée dépendante peut déduire de son impôt sur le revenu 50 % du coût des aides ménagères qui lui sont nécessaires lorsqu'elle est à son domicile, sous un plafond assez élevé, cependant qu'une personne hébergée en établissement ne peut déduire que 25 % d'une somme dont le plafond est plus bas. Il faut étudier la possibilité de rapprocher ces deux régimes.

Je ne doute pas que vous avez évoqué avec M. Denis Piveteau le plan d'investissement que j'ai lancé grâce aux 350 millions d'euros votés par le Parlement avec l'objectif de rénover et d'humaniser les EHPAD. Cette enveloppe permettra des réhabilitations qui ne se faisaient pas parce que les établissements concernés se refusaient à recourir à l'emprunt, dont le remboursement aurait eu une répercussion sur le tarif d'hébergement. C'est un facteur important de réduction du reste à charge, tout comme l'APA, que peut, si nécessaire, compléter l'aide sociale. Notre objectif est bien que personne ne soit écarté en raison de ses ressources de l'accueil en établissement, si c'est la solution qui lui convient.

Par ailleurs, M. le ministre de la santé et moi-même avons confié à Mme Hélène Gisserot la mission d'étudier comment utiliser au mieux le foncier libéré par les établissements hospitaliers pour créer encore plus de places que les 5 000 places prévues grâce à un budget médico-social en augmentation de 13,5 %, dont 9 % issus de l'ONDAM de la sécurité sociale et 4,5 % de la CNSA. C'est donc un effort nécessaire mais exceptionnel que nous avons entrepris pour médicaliser davantage de places en établissements et en ouvrir de nouvelles, en libérant des financements jusqu'à présent consacrés à des lits d'hospitalisation.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Vous avez parlé de 5 000 places, mais ce sont 31 000 places qui ont été autorisées dans le cadre des schémas régionaux.

M. Philippe Bas : Vous parvenez à ce total en agrégeant l'ensemble des avis favorables donnés à des projets régionaux, mais ces projets ne seront pas intégralement financés, car ils ne sont pas forcément prioritaires, et d'autres peuvent émerger dont la réalisation sera jugée plus urgente. Les financements doivent répondre aux besoins prioritaires, que les PRIAC auront recensés en mars. L'important est de ne pas relâcher un effort constant, celui que nous poursuivons en réalisant 10 000 places en deux ans au lieu des quatre ans initialement prévus et en prévoyant d'en financer le double. Nous mettons bel et bien les bouchées doubles, mais en affectant les financements aux projets qui répondent aux besoins les plus sensibles et non, seulement, à ceux qui ont reçu un avis technique favorable. Le second rapport de l'ancien Commissariat général du Plan dira si le rythme de 5 000 places nouvelles par an est le bon, comme je le pense.

M. Georges Colombier : Même s'ils recourent aux assurances complémentaires, nombre de nos concitoyens sont, comme je le suis, très attachés au système de protection sociale par répartition. L'important, c'est que les moins argentés aient la garantie d'un minimum de protection sociale. Il faut effectivement réfléchir à la création d'un cinquième risque, mais aussi réduire les disparités fiscales entre les personnes âgées dépendantes liées à leur lieu de résidence – domicile ou hébergement en établissement – car l'iniquité actuelle est source de grande incompréhension.

M. Philippe Bas : Je suis tout à fait d'accord avec vous sur la nécessité de poursuivre la réflexion sur la création d'une cinquième branche de protection sociale, dispositif dans lequel le département gardera tout son rôle. Quant au réexamen des différences de régime fiscal auxquelles vous fait allusion, c'est une exigence.

M. Jean-Marie Rolland : Si l'on envisage les choses dans l'optique de l'aménagement du territoire, étant donné les disparités dans la répartition des établissements et dans l'application de mesures de prévention, on peut se demander si les départements ruraux, où la population âgée de plus de 75 ans ne cesse de croître alors que le taux d'activité décline, seront à même, d'ici quinze ou vingt ans, de financer la politique de prévention et l'accueil des anciens. À cet égard, la création d'un cinquième risque serait un moyen de renforcer la solidarité entre les départements ruraux et les autres.

M. Philippe Bas : C'est l'un des sujets qu'il faudra examiner. Je me suis rendu dans plusieurs départements ruraux dont la situation démographique est celle que vous décrivez. Mais il ne faut pas désespérer, ces départements peuvent renforcer leur attrait en créant des services pour les familles, comme l'a fait la Dordogne en créant des crèches en milieu rural, avec des résultats très encourageants. Les familles sont prêtes à s'installer à nouveau à la campagne si des services publics leur permettent de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ne pensez-vous qu'il serait nécessaire de clarifier ce qui relève de la maladie dans le volet dit « dépendance », et d'imputer à l'assurance maladie ce qui doit l'être ? En Belgique, par exemple, l'assurance maladie prend en charge l'ensemble du personnel de soin et de santé.

M. Philippe Bas : D'une certaine manière, nous venons de sortir du système belge. Il est toujours très difficile de dissocier ce qui relève des soins et de la santé...

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Ce n'est pas ce qu'ils ont fait.

M. Philippe Bas : ... alors qu'on s'occupe d'une seule personne. Nous avons un système d'une simplicité extrême, dans lequel on distinguait de manière absolue soins et hébergement. Mais cette distinction, concevable lorsque l'entrée en établissement se faisait à 75 ans pour un séjour d'une dizaine d'années, n'est plus tenable lorsque l'entrée a lieu entre 83 et 85 ans pour un séjour de deux ans en moyenne. Cela a conduit à la nouvelle tarification, qui semble complexe. Je n'en suis pas l'auteur, mais j'en comprends les raisons. C'est peut-être une cote mal taillée, mais elle peut évoluer. D'ailleurs, à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites, j'ai pressé les responsables régionaux de prendre davantage en compte le niveau des "soins" dans la dotation allouée à ce titre. L'outil PATHOS (logiciel utilisé pour l'évaluation de la charge d'un établissement) est pertinent, mais l'évolution est pour l'instant inachevée car le profil de la population visée n'est pas le même qu'il y a une dizaine d'années.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Il faudra donc nécessairement augmenter l'ONDAM médico-social.

M. Philippe Bas : C'est ce que nous faisons.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Les critères d'éligibilité au PLS vaudront-ils aussi pour les 350 millions disponibles ?

M. Philippe Bas : La question reste à trancher.

Mme Paulette Guinchard, coprésidente et rapporteure : Monsieur le ministre, je vous remercie.

ANNEXE 4 : DÉPLACEMENTS DE LA MISSION

1 – Déplacement à Bruxelles, le 15 février 2006

– *Rencontre avec :*

- M. Quairiat, Centre public d'action sociale de Bruxelles, Directeur d'établissements publics d'accueil pour personnes âgées

– *Visite de la maison de repos et de soins Résidence « Aux Ursulines » et entretien avec :*

- M. Krémer, Directeur

– *Déjeuner, en présence de Mme Yonnet, attachée à la mission économique près l'Ambassade de France, à l'invitation de :*

- M. Roche, Ministre conseiller à l'Ambassade de France

– *Table ronde à l'INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité) avec :*

- M. Van Bunnan, Attaché
- Mme Hendrix, Conseillère aux Relations internationales
- Mme Yonnet, attachée à la mission économique près l'Ambassade de France

2 – Déplacement à Marmande-Tonneins (Lot-et-Garonne), le 27 février 2006

– *Déjeuner de travail au centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins en présence de :*

- M. Gérard Gouzes, Maire de Marmande
- Mme Anne-Yvonne Even, Directrice départementale des affaires sanitaires et sociales du Lot-et-Garonne
- M. Philippe Séror, Directeur du centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins
- Mme Maryse Arnaud, Directrice-adjointe du centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins
- Dr. François Bonnevey, Chef du service gériatrie et médecin coordinateur de l'unité Alzheimer
- Mme Guipouy, Surveillante générale de l'unité Alzheimer
- M. Yves Gineste, Directeur du centre de communication et d'études corporelles (formation)
- M. Jérôme Pellissier, co-auteur avec Yves Gineste du livre « Humanitude »

– *À l'unité Alzheimer (USLD) de Marmande-Tonneins :*

- Présentation par M. Yves Gineste de la méthodologie de soins « Gineste-Marescotti », fondée sur la philosophie de l'Humanitude et associant toucher, parole, regard face aux comportements d'agitation pathologique
- Échanges avec l'équipe soignante formée aux techniques présentées
- Visite de l'unité

ANNEXE 5 : GLOSSAIRES

ABRÉVIATIONS

Sigle	Libellé
AGGIR	Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources
AIS	Acte Infirmier de Soins réalisé par un infirmier libéral
AMI	Acte Médico-Infirmier
AMP	Aide Médico-Psychologique
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASQ	Aide Soignant Qualifié
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAPB	Direction Générale de l'Administration, du Personnel et du Budget du ministère de la santé
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Dotation Globale de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPS	Établissement Public de Santé
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
GMPS	GIR Moyen Pondéré Soins
HAD	Hospitalisation À Domicile
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Établissement (pour personnes âgées)
PAD	Personnes Âgées Dépendantes
PH	Praticien Hospitalier
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SCM	Section de Cure Médicalisée
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

NOTIONS-CLÉS

Sigle	Libellé
AGGIR	Grille nationale d'évaluation du degré de perte d'autonomie
CLAPET ANTI-RETOUR	Le Forfait Global de soins alloué à l'établissement avant le conventionnement est supérieur à la dotation de soins minimale calculée en tarification ternaire ⇒ L'établissement a le droit de conserver la différence qui représente le montant du CLAPET (dans la limite de 30 % des dépenses salariales afférentes aux ASQ et AMP lorsque l'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur), à charge pour lui de l'affecter à des charges de soins d'ici le terme de la convention Les modalités du rééquilibrage entre la dotation et les charges réelles en soins (résorption du CLAPET) doivent être négociées dans le cadre de la convention
DOMINIC	Dotation soins minimale allouée dans le cadre de la tarification ternaire à un EHPAD
EFFET MÉCANIQUE	Le forfait global de soins alloué à l'établissement avant le conventionnement est inférieur à la dotation de soins minimale calculée en tarification ternaire ⇒ L'autorité de tarification compétente doit rembourser cette dette de l'Assurance maladie dès le premier exercice de la convention
ERNEST	Simulation de la réforme de la tarification réalisée par la Mission Marthe
GIR	Classement des résidents par niveau de dépendance – Définition de 6 niveaux de GIR – GIR 1 à 6, le GIR 1 regroupant les résidents les plus lourds en terme de dépendance, le GIR 6 les plus légers
GIRAGE	Évaluation du niveau de dépendance des résidents dans un établissement
GMP	Niveau moyen de dépendance des résidents dans un établissement
MUTUALISATION DES GIR	Dans le cadre de la tarification ternaire, les 6 GIR ont été regroupés 2 par 2, constituant ainsi 3 groupes GIR, afin de définir 3 tarifs soins et dépendance
OPTION PARTIELLE ou GLOBALE	Options tarifaires sur le budget soins qui détermine les charges prises en compte par l'Assurance maladie (libre choix de l'établissement)
PATHOS	Logiciel utilisé pour l'évaluation de la charge en soins d'un établissement c'est-à-dire du niveau de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies gériatriques
PRIAC	Outil de programmation pluriannuelle décrivant les priorités de financement des crédits administrés par l'État en matière de créations, extensions, transformations des établissements et des services d'accompagnement pour personnes âgées et personnes handicapées ; avec pour double objectif une répartition équitable en fonction des besoins et une garantie d'égalité d'accès sur l'ensemble du territoire
SAISEHPAD	Logiciel utilisé par les DDASS pour le suivi de la réforme sur le versant Assurance Maladie
TERNAIRE (tarification)	Ventilation des charges d'un établissement suivant 3 sections d'imputation tarifaire : hébergement, dépendance et soins

**ANNEXE 6 : ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF NATIONAL
DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)
DE 1999 À 2005
(SOURCE DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)**

**ONDAM 1999 à 2005 (hors compte épargne temps) et Objectif de dépenses 2006 (ONDAM + CNSA)
et évolution des moyens accordés au secteur**

	en encaissements/décaissements			en droits constatés				
	1999	2000	2001	2002	2003 (1)	2004 (2)	2005 (3)	2006 (4)
base définitive	2066	2193	2359	2725	2937	3264	3841	4391
<i>dont</i>					-150	30	185	14
<i>rebasage/débasage</i>								
<i>dont fongibilité</i>				-6	34	54	65	95
évolution en taux	5,6%	7,5%	12,1%	12,0%	8,3%	10,0%	11,4%	13,6%
ONDAM ou OGD avant prélèv. réseaux	2181	2357	2644	3053	3180	3591	4279	4987
<i>prélèvement</i>					0,3	8,7	3,6	1
<i>réseaux</i>								
ONDAM ou OGD après prélèv. réseaux	2181	2357	2644	3053	3180	3582	4275	4986
Mesures nouvelles ONDAM	115	164	285	328	243	318	434	368
Mesures nouvelles CNSA						151	217	226
Total mesures nouvelles	115	164	285	328	243	469	434	595
ONDAM réalisé (5)	2197	2366	2505	2897	3259	3582	ND	ND
différence avec ONDAM voté	16	9	-139	-156	79	0	ND	ND

(1) **Remarques ONDAM 2003** : En l'absence de système d'information permettant de suivre les engagements financiers des DDASS avant mi-2004, les remontées comptables n'ont pas permis de prendre la mesure de ceux pris en 2002, ce qui a conduit à un débasage de 150 M€ dans la construction de l'ONDAM 2003 sur la base des versements de l'assurance maladie qui conduisaient à constater une très forte sous-consommation en 2002. Or, un nombre très important de conventions tripartites avait été signé en fin d'année 2002, certaines prenant effet au 1er janvier 2003, qui ne s'étaient pas traduits fin 2002 par des versements d'assurance maladie.

Dès lors, l'exercice 2003 était très contraint : les effets reports des conventions tripartites signées en 2002 ou avec effet au 1er janvier 2003 étaient très importants (gageant les mesures nouvelles) alors même que la construction de l'ONDAM 2003 n'avait pas pu les prendre en compte.

Afin de ne pas freiner le rythme de signature des conventions tripartites et compte tenu des financements disponibles, les services déconcentrés ont reçu consigne de signer des conventions tripartites ayant une application différée dans le temps au 1er janvier 2004 (soit 12 mois d'effet report). Par ailleurs, 30 M€ ont été délégués en plus (rebasés en ONDAM 2004).

(2) **Remarque ONDAM 2004** : L'ONDAM 2004 a été construit hors apport CNSA (loi créant la CNSA non votée) et a été rebasé de 30 M€ délégués en dépassement en 2003. Par ailleurs, à la suite de la mise en place de la cotisation solidarité autonomie (CSA) à mi-année 2004, 151 M€ ont été délégués (= part CSA 2004 affectée au MSPA) par circulaire du 30 août 2004. A noter que le taux d'évolution de 11,4 % concerne l'ONDAM voté et ne tient pas compte de ces mesures complémentaires. De manière générale, il convient de souligner que l'apport de la CNSA complète celui de l'assurance maladie pour le financement des structures médico-sociales pour personnes âgées afin de permettre une progression des dépenses du secteur telle que définie par le plan

vieillesse et solidarités, sachant que l'accélération antérieure des dépenses liées à la réforme des EHPAD n'avait fait l'objet d'aucune mesure particulière de financement.

Concernant la réalisation, la sous-consommation des crédits nouveaux en 2004 est déterminé par la différence entre les réalisations constatées et l'ONDAM voté qui n'incluait pas l'apport de la CNSA. Dès lors, la sous-consommation est dans les faits plus importante puisqu'il convient d'y ajouter les 151 M€ alloués en plus des mesures issues de l'ONDAM voté à mi-campagne budgétaire (comptabilisés en disponible de fin de campagne 2004).

(3) **Remarque ONDAM 2005** : En 2005, la CNSA contribue au financement de l'ONDAM qui, rebasé de l'apport CNSA 2004, comporte donc dans son taux les mesures nouvelles CNSA (217 M€ sur 434 M€ de mesures nouvelles).

Par ailleurs, outre le rebasage de 151 M€ au titre de la CNSA, les opérations suivantes ont été réalisés : rebasage de 33 M€ pour un objectif France entière (auparavant, il y avait une ligne spécifique DOM) et de 11,10 M€ au titre d'un transfert USLD vers MSPA et débasage de 9,83 M€ au titre de provision non réalisée.

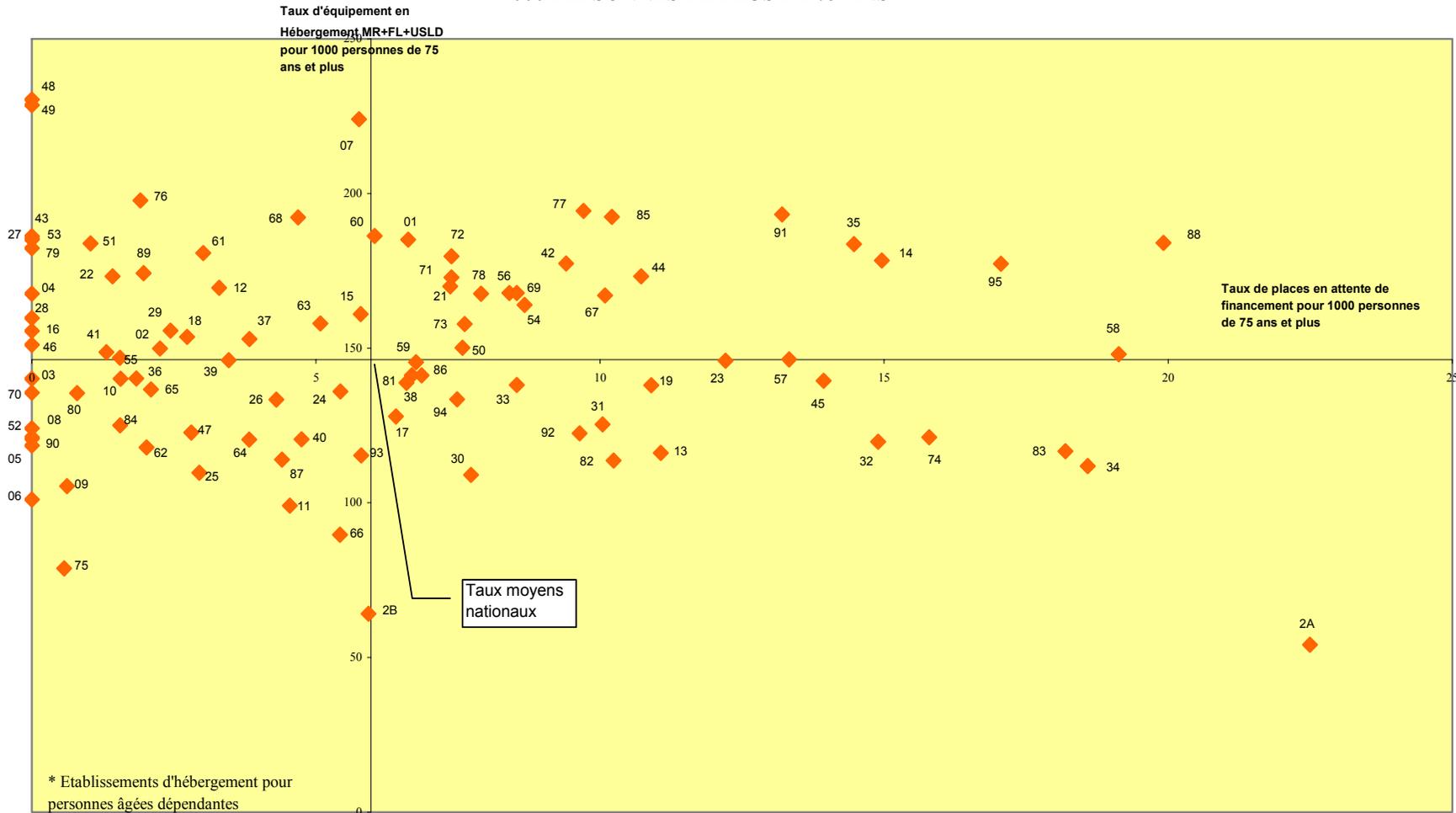
(4) **Remarque 2006** : À la suite de l'adoption de la loi du 11 février 2005, le schéma est modifié, c'est à présent l'ONDAM qui contribue à l'objectif de dépenses médico-social délégué à la CNSA, "OGD", qui est composé de la contribution de l'ONDAM et de l'apport CNSA cf. art. L. 314-1-1 CASF).

La base initiale de l'OGD 2006 comporte un total de 13,84 M€ de rebasage soit : -7 M€ au titre du débasage relatif à la fin du compte épargne temps, + 10 10 M€ au titre de mesures déléguées en dépassement de l'ONDAM 2005 pour financer une aide ponctuelle au soutien des établissements rencontrant des difficultés structurelles et + 10,84 M€ au titre de mesures déléguées en dépassement de l'ONDAM 2005 du fait d'une insuffisance provision pour financements des augmentations salariales (+0,5% au 1^{er} juillet et +0,8 % au 1er novembre non budgétés dans la campagne 2005).

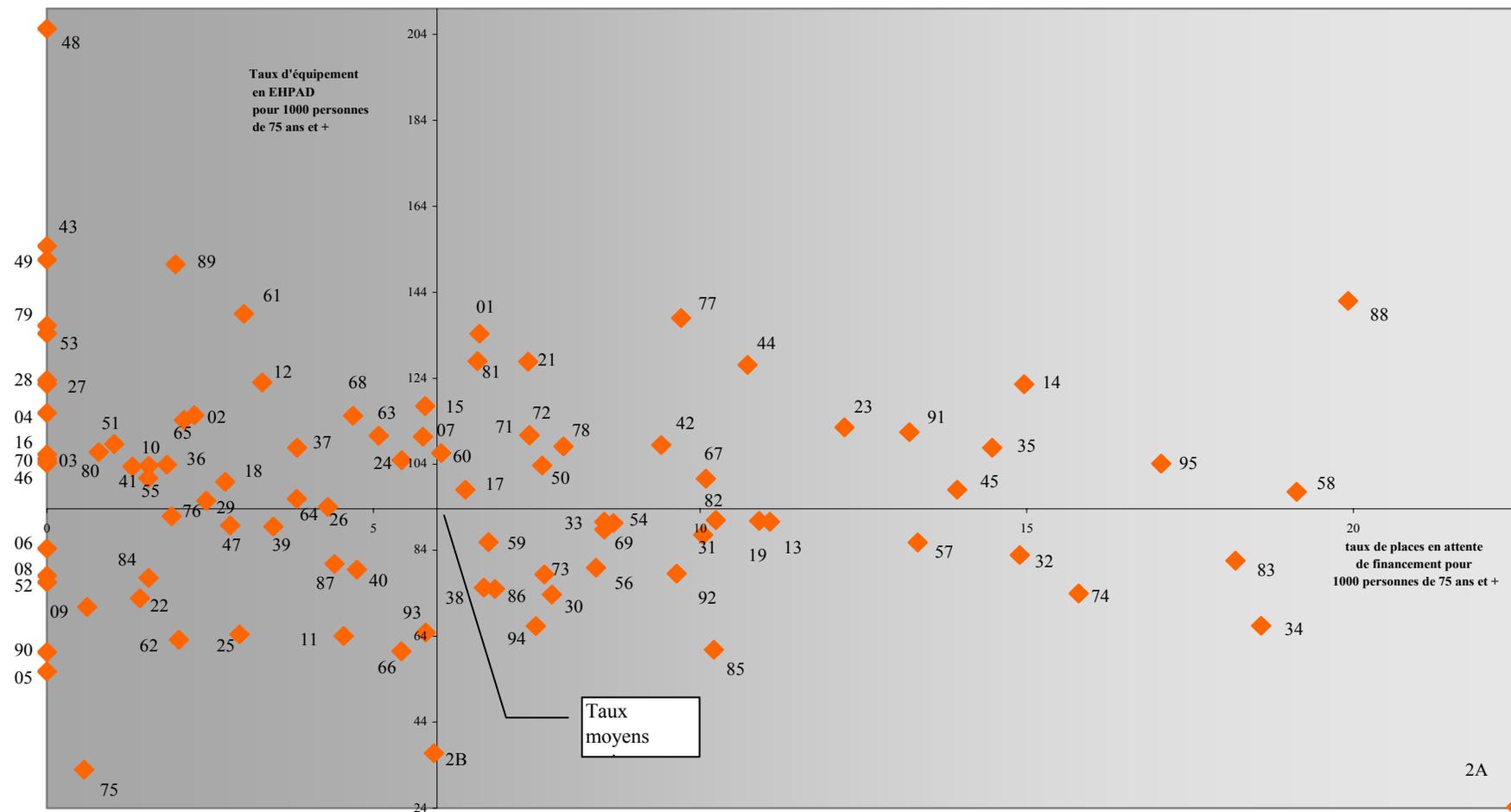
(5) Données issues de la Commission des comptes de la sécurité sociale (rapport de septembre 2005) qui intègrent entre 2003 et 2004 les réalisations au titre des dépenses liées au compte épargne-temps qu'il est impossible d'individualiser (9 M€ en 2003 et 7 M€ en 2004 et 2005).

**ANNEXE 7 : REPARTITION DES DEPARTEMENTS
EN FONCTION DE LEUR TAUX D'EQUIPEMENT
EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT ET DU TAUX
DE PLACES EN ATTENTE DE FINANCEMENT
(SOURCE CNSA - MARS 2006)**

REPARTITION DES DEPARTEMENTS EN FONCTION DE LEUR TAUX D'EQUIPEMENT EN STRUCTURE D'HEBERGEMENT (Maisons de retraite, Foyers Logements ,Unités de soins de longue durée) ET DU TAUX de PLACES d'EHPAD* EN ATTENTE DE FINANCEMENT POUR 1000 PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS



REPARTITION DES DEPARTEMENTS EN FONCTION DE LEUR TAUX D'EQUIPEMENT EN MAISON DE RETRAITE ET DU TAUX de PLACES D'EHPAD* EN ATTENTE DE FINANCEMENT POUR 1000 PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS



* Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

N° 3091 – Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées (Mme Paulette Guinchard)