

28 février 2021

GRAND ÂGE, EHPAD : sortir de l'inacceptable

INTRODUCTION.....	2
I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DU GRAND AGE : ENTRE REALITES DIFFICILES ET PERSPECTIVES ALARMANTES.....	3
I.1 La place de la personne âgée dans la société.....	3
I.2 La population âgée accueillie en EHPAD	5
I.3 Les établissements accueillant des personnes âgées.....	6
I.4 Un taux d'encadrement insuffisant et des disparités importantes de personnels dans les EHPAD8	
I.5 Des effectifs insuffisants en EHPAD.....	9
I.6 Des disparités tarifaires très marquées.....	9
II. LES GRANDES ORIENTATIONS SUR LES ENJEUX MAJEURS	10
III. UNE ORGANISATION A REPENSER.....	12
III.1 Le pilotage national	12
III.2 Les moyens budgétaires mobilisés pour les personnes âgées.....	14
III.2.1 Les financements du secteur.....	14
III.2.2 Les objectifs fixés dans la loi de finances de l'Etat et dans la loi de financement de la sécurité sociale.....	15
III.2.2.1 La loi de finances (programme 157 : handicap et dépendance) sous responsabilité de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).....	16
III.2.2.2 La loi de financement de la sécurité sociale (ONDAM) sous responsabilité de la direction de la sécurité sociale	16
III.2.2.3 L'intérêt d'un document de politique transversale	17
III.3 L'organisation nationale, régionale et territoriale	18
III.3.1 Au plan national.....	18
III.3.2 Au plan territorial	21
III.4 L'absence persistante d'un système d'information opérationnel et transversal, aux niveaux national et territorial.....	24
IV. DES PRINCIPES POUR UNE NOUVELLE ORGANISATION	25
CONCLUSION.....	26

INTRODUCTION

La crise sanitaire que nous traversons a été particulièrement marquée dès l'origine par la situation difficile des personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou prises en charge en établissements : dans la première phase de l'épidémie, de février à juin 2020, plus de 10 000 morts dans les EHPAD sur les plus de 30 000 recensés en France, et plus de 24 000 dans les EHPAD sur les 83 000 pour l'ensemble de la population au 17 février 2021. Et combien parmi les personnes âgées à domicile ? Cette information n'existe pas. En outre et au-delà même des décès ou de la gravité des pathologies engendrées, les confinements et les conditions dans lesquelles ils ont été mis en œuvre ont eu un effet délétère par la solitude dans laquelle ont été placées des centaines de milliers de nos concitoyens. Les difficultés extrêmes dans lesquelles se sont trouvés les personnels, le retard avec lequel les autorités ont pris conscience de cet ensemble de problèmes ont marqué les esprits.

Cette note ne vise pas à traiter l'ensemble des sujets mais seulement, conformément à l'objet du Cercle, les réformes à mettre en œuvre dans la gouvernance de l'Etat et des diverses entités publiques et dans la conduite des politiques publiques, sujets qui, au demeurant, lui semblent essentiels dans la situation actuelle du secteur. Elle se concentre sur les EHPAD, mais sans oublier les difficultés rencontrées à domicile par les personnes âgées et tous ceux qui les accompagnent.

Comment expliquer les retards dans le rassemblement des données, leur communication, les délais de réaction, l'absence de prise en compte de diverses difficultés et l'inadéquation de certaines des mesures prises ? Au-delà des événements du premier semestre 2020 en eux-mêmes, ce qu'ils ont mis en évidence, ce sont aussi des problèmes préexistants et plus profonds. Il faut analyser les causes de cette situation dans les EHPAD et en tirer des enseignements pour l'avenir.

Certes, cet avenir s'est esquissé à travers la création, par la loi du 7 août 2020, d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque de perte d'autonomie. Cependant, cette création d'une nouvelle branche ne suffit pas en elle-même. Encore faut-il en définir une gouvernance, une organisation, des conditions de gestion assurant l'adéquation et l'efficacité des moyens qui devront être mobilisés. Ce doit être l'objet du projet de loi pour l'autonomie d'en fixer le cadre général mais, d'une part, sa présentation au Parlement a de nouveau été reportée malgré l'urgence à répondre à la situation et, d'autre part, les dispositions législatives ne peuvent se suffire à elles-mêmes.

Le Cercle de la réforme de l'Etat souhaite ainsi dans la présente note, et sans revenir sur la question du financement traitée par les rapports Libault et Vachey, analyser les problèmes de gouvernance et de pilotage du secteur des EHPAD, et formuler des propositions dans le cadre d'ensemble du risque dépendance et d'une politique globale et transversale en direction des personnes âgées.

Le Cercle a publié le 9 avril 2020 une tribune intitulée « **La crise sanitaire met en lumière l'urgence d'une réflexion sur le pilotage des EHPAD** ». Cette note prolonge cette démarche. Elle propose une analyse d'ensemble et **DES AXES DE TRAVAIL** afin de **PORTER, ACCOMPAGNER, PILOTER AUTREMENT** la politique du Grand Âge et les EHPAD.

I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DU GRAND AGE : ENTRE REALITES DIFFICILES ET PERSPECTIVES ALARMANTES

I.1 LA PLACE DE LA PERSONNE AGEE DANS LA SOCIETE

Une personne est dite âgée, selon les textes, à partir de 60 ans, et souvent appelée sénior ou aîné(e). Cependant cet âge varie en fait selon les études officielles (INSEE, INED) qui retiennent également l'âge de 65 ans. Aujourd'hui, la question de l'âge et notamment la limite prévue par les textes devrait être regardée à l'aune d'une réalité qui est notamment qu'un nombre croissant de personnes poursuit une activité professionnelle ou bénévole nettement au-delà de 60 ou 65 ans. Cette évolution s'explique pour l'essentiel par la progression de l'espérance de vie, l'amélioration de l'état de santé moyen des personnes entrant dans ces tranches d'âge et par le relèvement de l'âge retenu pour la retraite dans les réformes successives des retraites. *La politique publique relative aux personnes âgées devrait s'appuyer sur une définition précise et correspondant mieux aux réalités actuelles (Proposition 1).*

Plus largement, les séniors sont des acteurs majeurs dans la vie associative de notre pays à laquelle beaucoup consacrent temps et énergie. Ils servent, souvent et longtemps, des causes notamment humanitaires en se mettant au service des autres¹. Ils sont des vecteurs de lien social et des composantes indispensables de la cohésion sociale. Bien que généralement bénévoles dans ce cadre, ils restent en réalité actifs.

Les personnes âgées sont aussi des consommateurs, et les publicitaires ne s'y sont pas trompés dans leur approche des baby-boomers. Le marché, national et international, profite de leur potentiel de consommation.

A la fois témoins du passé, acteurs du présent et leviers du futur par ce qu'elles apportent à leurs enfants et petits-enfants, elles doivent être considérées dans et pour cette place importante dans notre société.

Fondamentalement aussi, nos concitoyens sont, quel que soit leur âge, des personnes à part entière et doivent le rester jusqu'à la fin de leur vie, quelles qu'en soient les conditions. La situation dans laquelle se trouve la personne âgée ne doit pas déroger à cette règle, y compris en institution. **Le respect de la dignité et des droits essentiels ne saurait s'interrompre trois ou quatre ans avant la mort.**

Pour toutes ces raisons, une politique publique, dans laquelle la personne âgée est prise en considération pour tous ses besoins et toutes ses attentes, doit désormais être reconnue et promue comme grande cause nationale avec toutes les conséquences à en tirer. C'est une responsabilité que la France doit assumer, dans l'urgence.

La crise de la COVID-19 est en effet un grand révélateur des dysfonctionnements et des souffrances, souvent silencieuses, de bon nombre de résidents, de leurs proches et des personnels qui assurent leur prise en charge et leur accompagnement dans ce dernier parcours de vie. Les difficultés ne datent ni de mars 2020 ni de ces dernières années. Tout se passe comme si la crise liée au coronavirus, parce qu'elle touche toute la population avec un risque mortel particulièrement élevé pour les personnes âgées, conduisait chacun à redécouvrir les défis des politiques du grand âge, les EHPAD et leurs réalités, les centaines de milliers de salariés et d'aidants qui accompagnent, jour après jour, nos aînés.

Dès lors, quel chemin prendre, comment s'organiser, pour promouvoir **une véritable politique qui prenne mieux en considération les personnes âgées, dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne, tant en termes de protection sociale, d'action sociale, de solidarité, de cohésion sociale, qu'en ce qui concerne le respect de leur autonomie et de leur dignité** ? Comment s'inscrire

¹ Selon une étude de France bénévolat (mars 2019), 31% des plus de 65 ans sont bénévoles dans une association (cf. « L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France de 2010 à 2019 » France bénévolat/IFOP avec le soutien de recherches et solidarités et du Crédit mutuel.

dans une politique de prévention de la perte d'autonomie, avec un maintien personnalisé et durable à domicile, autant qu'il est possible et dans les meilleures conditions ? Comment soutenir des aides au logement qui accompagnent les dispositifs de lutte contre l'isolement et une gamme large d'activités et de loisirs pour maintenir une vie sociale après la retraite, en particulier un lien intergénérationnel utile aux plus jeunes et essentiel pour prévenir la dépendance ? Les objectifs sont bien ceux-là et ne peuvent ignorer que la réalité impose souvent aujourd'hui une prise en charge en institution pour les personnes âgées dépendantes qu'il convient de repenser, d'adapter, de conforter et d'accompagner.

A cet égard, la crise a mis en lumière, au plan général, l'absence de proximité entre l'Etat et le citoyen et l'insuffisance des « capteurs » des réalités sociales. Elle a souligné, d'autre part et plus spécifiquement, la question de l'accès aux droits et celle de la dignité et du respect de la personne pour les 600.000 résidents des EHPAD sur le 1,4 million de personnes âgées dépendantes, qui passent en institution les trois dernières années de leur vie. Une tranche de vie difficile, toujours douloureuse, pour ces personnes vulnérables, très souvent isolées et parfois sans famille. C'est un enjeu financier et politique mais aussi humain majeur et une obligation morale incontournable pour la puissance publique, qui gère des EHPAD et qui a plus globalement la responsabilité d'un secteur qu'elle organise, finance, régleme, alors que la population âgée continue de croître dans de fortes proportions. A défaut d'une politique publique immédiate de l'Etat en matière de dépendance qui soit à la fois globale et transversale, l'attention portée à la personne âgée, quel que soit son mode de prise en charge (domicile, EHPAD ..), doit devenir l'une des priorités nationales.

Au point de vue financier, ce secteur d'activité des EHPAD pèse à minima 26 Md€, et son financement est assuré en moyenne à hauteur de 47% par des fonds publics, avec un reste à charge mensuel par résident (et/ou famille) de 1977 € (cf. infra), supérieur au montant moyen des ressources pour la moitié des résidents. Cette réalité constitue un risque économique et social à prendre en compte, notamment dans la réforme des retraites, au regard des évolutions démographiques de la population âgée en France et de l'aggravation marquée de la dépendance chez les personnes âgées au cours de ces dernières années. Retraite et dépendance doivent être pensées comme deux volets d'une même politique publique.

La situation récente a démontré que les choix d'organisation et de gestion dans ce secteur étaient à la fois inadaptés et insuffisants. Ils ont fait payer un lourd tribut aux résidents² des EHPAD, à leurs proches et aux soignants. Les dispositions prises pour traduire les enjeux portés par la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement n'ont pas été à la hauteur de ses ambitions.

Le constat est alarmant :

- Au-delà des inflexions temporairement induites dans la mortalité par l'épidémie de COVID 19, une évolution démographique des personnes âgées très accentuée dans les prochaines années, aggravée par un état de dépendance qui va s'amplifier et s'intensifier,
- Des disparités d'implantation, de tarification et de réponse régionales/territoriales et sectorielles fortes et non maîtrisées,
- Un accès aux soins et aux prestations pour les personnes âgées rendu difficile par l'accompagnement insuffisant dans le maintien à domicile,
- Un système de financement complexe, avec un reste à charge pour les résidents (et/ou leurs familles) volontiers discriminant,
- Une inadaptation d'une bonne partie des établissements à l'état de santé des résidents,
- Des difficultés dans la gestion des personnels,
- Une situation difficile des directeurs d'établissement confrontés à des injonctions contradictoires,
- Une organisation inadaptée, un système d'information inexistant, un taux d'encadrement (nombre d'agents par résident) insuffisant.

² Le système de financement public, en dehors de la partie santé, est très dépendant des ressources de la personne âgée et de sa famille, dans la tradition de l'aide sociale française.

Ces différents éléments sont analysés ci-après en utilisant les données disponibles, dont certaines sont relativement anciennes. *Un suivi à intervalle plus resserré serait nécessaire (proposition 2).*

I.2 LA POPULATION AGEE ACCUEILLIE EN EHPAD

L'accès à un EHPAD est possible à partir de 60 ans. Cependant, de manière générale, la population âgée qui nécessite un tel accueil, notamment en raison de la dépendance, est plutôt de 75 ans.

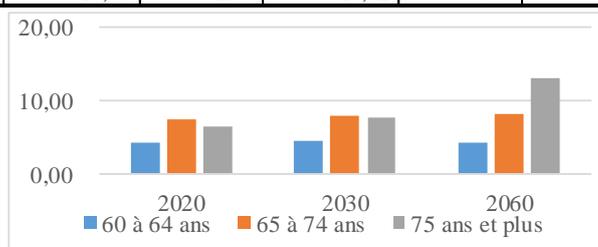
D'après les projections de l'INSEE - le nombre de personnes de 60 ans et plus passera de 17,8 millions aujourd'hui (26,2% de la population), à 20 millions en 2030 et près de 25 en 2060 (33,4% de la population). Le vieillissement de la population s'accroît -et la hausse de la mortalité entraînée par la pandémie actuelle n'en est qu'une interruption temporaire- tandis que le taux de natalité baisse. Ces tendances fortes constituent un risque majeur pour l'équilibre du système de solidarité (retraites, assurance maladie, etc.) qui repose sur une relative stabilité démographique.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé recensait fin 2015 (dernière enquête connue) près de 728 000 résidents hébergés dans un établissement pour personnes âgées (dont 585 560 en EHPAD), soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles de 90 ans ou plus. 80% de ces personnes relèvent d'un EHPAD. Rapportée aux projections faites pour 2060, la population concernée serait portée à 1,3 million de personnes âgées de 75 ans et plus dont plus d'1 million en EHPAD.

L'évolution la plus sensible concerne les plus de 75 ans, qui représenteraient alors 17,2% de la population (12,93 millions), contre 9,3% en 2020 (6,31 millions). Le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans, aujourd'hui de 1,4 million, serait, quant à lui, porté à 5 millions en 2060.

Tableau 1 - Évolution de la population âgée de 2020 à 2060 (source des chiffres : DREES et INSEE)

évolution population PA	2020		2030		2060		évolution 2020 à 2060	
	taux	nombre (en millions)	taux	nombre (en millions)	taux	nombre (en millions)	taux	nombre (en millions)
population totale		67,80		70,30		75,20	11%	7,40
60 à 64 ans	6%	4,14	6%	4,36	6%	4,14	0%	0,00
65 à 74 ans	11%	7,32	11%	7,87	11%	8,05	10%	0,73
75 ans et plus	9%	6,31	11%	7,59	17%	12,93	105%	6,62
60 ans et plus	26%	17,76	28%	19,82	33%	25,12	41%	7,36



L'INSEE projette une augmentation qui résulterait également d'un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. L'espérance de vie à la naissance, qui est de 78,4 ans pour les hommes, et 84,8 ans pour les femmes, atteindrait 86 ans pour les hommes et 91,1 pour les femmes.

La majorité des personnes âgées vieillissent longtemps dans de bonnes conditions, conservant ainsi leur autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans (1,42 million) sont concernées par la dépendance. L'âge moyen de la perte d'autonomie est de 83 ans. Elle concerne les plus âgés : 6,6% des personnes de 60 à 74 ans (0,76 million), contre 30,2% des plus de 75 ans (1,9 million), dont 0,3 million de personnes de plus de 85 ans, soit au total 15% de cette population (2,66 millions). 700.000 de ces personnes sont considérées

en perte d'autonomie sévère³. L'INSEE estime que le nombre de séniors en perte d'autonomie passera à 4 millions en 2050, soit une augmentation spectaculaire de 640% en 30 ans.

Actuellement, plus de 541 000 séniors en perte d'autonomie sont accueillis en établissement, soit la majorité des résidents en EHPAD. *L'évolution de l'âge des résidents et de leur état de santé nécessiterait dès maintenant une transformation de nombre d'établissements, un véritable changement de modèle : l'organisation du secteur doit être à même d'impulser cette transformation (Proposition 3).*

L'entrée en établissement est de plus en plus tardive (plus de 85 ans). Les femmes, dont l'espérance de vie est plus élevée que celle des hommes, sont plus nombreuses à vivre en institution. Selon l'enquête réalisée par la DREES en 2015, les résidents n'ayant pas quitté l'établissement, décédaient à 89 ans en moyenne (88 ans et 6 mois dans l'enquête de 2011), après une durée de séjour moyenne de trois ans et quatre mois. Cette durée varie selon le type d'établissement, sans que soient aujourd'hui connus les facteurs expliquant qu'elle est inférieure à la moyenne dans les EHPAD privés à but lucratif.

Enfin, les disparités observées dans la perte d'autonomie sont liées au contexte socio-économique et à l'offre sur le territoire. Une perte d'autonomie élevée à domicile est corrélée à un faible taux d'équipement en places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, et le niveau de pauvreté est un facteur explicatif de cet état.

On comptait 1,31 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2017, dont 41,3% en établissement et 58,7% à domicile. Il convient de souligner aussi la proportion très importante, notamment parmi les femmes, de personnes qui aident régulièrement un de leurs aînés (3,9 millions). Parmi elles, 2,8 millions apportent une aide à la vie quotidienne à une personne âgée vivant à domicile et 62% des aidants familiaux sont des femmes. L'entrée plus tardive des personnes âgées en établissement modifie le profil des aidants, car ces derniers sont eux-mêmes plus âgés et donc souvent moins disponibles, mobiles et présents, à domicile comme en établissement. Cette situation a pour effet d'accentuer la charge des professionnels (et donc le taux d'encadrement qui serait nécessaire) et, par conséquent, la responsabilité des établissements et de la collectivité.

I.3 LES ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES

Les EHPAD sont l'une des formes, quantitativement la plus importante et sur laquelle la crise pandémique a particulièrement appelé l'attention, d'hébergement des personnes âgées. Les autres établissements sont les Résidences Autonomie (auparavant appelées foyers-logements), proposant un mode d'hébergement collectif non médicalisé et qui accueillent des personnes âgées autonomes ; les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) accueillant des personnes âgées valides et semi-autonomes ; les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) qui sont des structures d'hébergement et de soins dédiées aux plus de 60 ans et adossées à un établissement hospitalier.

Les EHPAD mettent en œuvre des moyens médicaux moins importants que les USLD. Au plan administratif et financier, ils relèvent d'une catégorie spécifique, les établissements sociaux et médico-sociaux. Ils sont cependant au croisement d'une part, du sanitaire, qui finance *les soins* organisés dans les établissements et en ville (par la Sécurité sociale sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie -ONDAM) et, d'autre part, du social (solidarité nationale) qui prend en charge *la dépendance* de personnes vulnérables pour assurer la réalité de l'accès aux soins et l'équité sociale dans la mise à disposition de ces dispositifs.

Si des informations sur les EHPAD existent, elles sont relativement anciennes et varient selon les sources quant aux nombres d'établissements, de places d'accueil et de personnes accueillies.

Selon l'enquête réalisée par la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) en 2019 sur l'exercice 2017, il existerait 6 992 structures en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD), proposant 594 891 places et accueillant 571 912 personnes.

³ La maladie d'Alzheimer, qui est la plus fréquente des démences du sujet âgé, touche 23% de la population après 80 ans. Après 65 ans, elle concerne environ deux fois plus de femmes que d'hommes.

Des chiffres qui devront être consolidés et projetés en fonction de l'évolution de la population des personnes âgées –par-delà les évolutions temporaires induites par la pandémie de COVID 19- et des choix de prise en charge entre leur maintien à domicile et leur hébergement en établissement.

Alors que le nombre de places a augmenté depuis 2017, le nombre de personnes accueillies en EHPAD semblait relativement stable avant la pandémie, d'après les enquêtes de la DREES et de la CNSA (le taux d'occupation des places aurait brusquement chuté en 2020 autour de 65% en raison de la pandémie). Elles sont en revanche plus âgées et plus dépendantes.

Les EHPAD se répartissent en trois catégories : EHPAD privés à but lucratif, EHPAD privés à but non lucratif, EHPAD publics (eux-mêmes autonomes, rattachés à un Etablissement public de santé -EPS- ou rattachés à un centre communal d'action sociale - CCAS) :

Tableau 2 - Répartition des EHPAD par statut

EHPAD par statut exercice 2017	nombre EHPAD tarifés	taux/ ensemble	places installées (hébergement permanent)	taux/ ensemble	personnes accueillies (calcul base taux occupation)	taux moyen occupation (hébergement permanent)
EHPAD à but lucratif	1 786	26%	129 956	22%	122 419	94%
EHPAD privés à but non lucratif	2 244	32%	168 735	29%	163 673	97%
EHPAD publics	2 962	42%	288 500	49%	277 422	96%
<i>dont autonomes</i>	1 276	18%	111 592	19%	108 579	97%
<i>dont rattachés à un EPS</i>	943	13%	127 598	22%	120 963	95%
<i>dont rattachés à un CCAS</i>	743	11%	49 310	8%	47 880	97%
Total	6 992	100%	587 191	100%	563 513	96%

Tableau 3 - Evolution du nombre d'EHPAD par statut

EHPAD par statut évolutions 2011/2015/2017 en nombre d'établissements	2011		2015			2017		
	nb	taux/ ensemble	nb	taux/ ensemble	évolution / 2011	nb	taux/ ensemble	évolution / 2015
EHPAD à but lucratif	1 673	23%	1 769	24%	6%	1 786	26%	1%
EHPAD privés à but non lucratif	2 210	31%	2 287	31%	3%	2 244	32%	-2%
EHPAD publics	3 323	46%	3 344	45%	1%	2 962	42%	-11%
Total	7 206	100%	7 400	100%	3%	6 992	100%	-6%

Tableau 4 - Evolution du nombre de places en EHPAD par statut

EHPAD par statut en nombre de places installées évolutions 2011/2015/2017	2011		2015			2017		
	nb	taux/ ensemble	nb	taux/ ensemble	évolution / 2011	nb	taux/ ensemble	évolution / 2015
EHPAD à but lucratif	117 820	21%	132 430	22%	12%	129 956	22%	-2%
EHPAD privés à but non lucratif	159 610	28%	171 750	29%	8%	168 735	29%	-2%
EHPAD publics	288 110	51%	296 200	49%	3%	288 500	49%	-3%
Total	565 540	100%	600 380	100%	6%	587 191	100%	-2%

(Source des chiffres CNSA avril 2019 : la situation des EHPAD en 2017)

EPS : établissement public de santé

CCAS : centre communal d'action sociale

Comparée à l'enquête réalisée par la DREES en 2017 sur les exercices 2011 et 2015, l'enquête la plus récente, celle menée en 2019 par la CNSA sur l'exercice 2017, montre des évolutions sensibles :

Entre 2011 et 2017, le nombre de structures diminue (- 3%) mais la capacité d'accueil s'accroît (+ 4%). Toutefois, en fin de période, entre 2015 et 2017, si le nombre de structures continue à baisser, celui des places régresse lui aussi alors qu'il avait augmenté entre 2011 et 2015.

La part du secteur public diminue (42%, contre 45% au 31/12/2015) et 13% de ses EHPAD sont rattachés à un établissement public de santé (EPS). Leur capacité d'accueil, stable par rapport à 2011,

baisse de 3% par rapport à 2015, contrairement au secteur privé dont la capacité d'accueil recule de 2 % par rapport à 2015, mais après une hausse de 10% entre 2011 et 2015.

La part du secteur privé dans le nombre d'établissements augmente (58%, contre 55% au 31/12/2015 et 54% au 31/12/2011), notamment celle du secteur privé à but lucratif (26%, contre 24% au 31/12/2015 et 23% au 31/12/2011). La part du secteur privé dans le nombre de places installées (51%) dépasse désormais celle du secteur public (49%), et le secteur privé à but lucratif est le principal bénéficiaire en création de places (+10% entre 2011 et 2017).

Le secteur privé est en voie de restructuration avec des regroupements progressifs : quinze groupes privés représentent 15% des établissements et 10% des capacités d'hébergement. Le plus important est le groupe Korian, coté au SBF 120. Ces grands groupes se développent désormais massivement en dehors de nos frontières, donnant à la France un rôle majeur partout en Europe et, désormais, en Amérique du Sud. **Cette situation doit être regardée avec attention, au regard des difficultés observées par certains d'entre eux durant la crise du coronavirus et de la vitrine que certains constituent de fait à l'étranger, mais au regard aussi du taux d'encadrement (I.4), de la situation des effectifs (I.5), des disparités tarifaires et du reste à charge (I.6).**

I.4 UN TAUX D'ENCADREMENT INSUFFISANT ET DES DISPARITES IMPORTANTES DE PERSONNELS DANS LES EHPAD

En 2006, le plan Solidarité-Grand âge fixait un objectif de 65 personnels en ETP (équivalents temps plein) pour 100 résidents dit « taux d'encadrement ». Le « taux d'encadrement » moyen en EHPAD portant sur l'ensemble des personnels⁴ a progressé en 2015 par rapport à 2011 : 62,8 ETP pour 100 places au 31 décembre 2015, contre 59,5 en 2011. Ce taux et l'évolution constatée sur quatre ans varient selon le type d'établissement et seuls les EHPAD publics ont un taux d'encadrement supérieur à la moyenne et à l'objectif du plan « solidarité grand âge »⁵. En outre, dans le même temps, la population en EHPAD a vieilli et le niveau de dépendance s'est sensiblement aggravé.

Au-delà des variations selon le statut juridique, **des disparités importantes** existent aussi selon la situation de santé des résidents (groupe iso-ressources – GIR - correspondant au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)⁶. L'effectif de personnel nécessaire et sa qualification peuvent en effet dépendre des caractéristiques des établissements et de leur niveau de médicalisation.

Enfin, si la charge salariale représente en moyenne 70% des dépenses de personnel des EHPAD publics⁷, sa part est plus élevée dans le secteur privé à but lucratif (88%) malgré un taux d'encadrement moindre, comme on vient de le voir. *Cet écart mériterait d'être analysé en tenant compte de l'hétérogénéité existante en matière de fiscalité selon le statut juridique des établissements (Proposition 4)*. Ainsi, les

⁴ Les femmes représentent 87% des personnels.

⁵ (51,6 ETP (-4,0%) dans le secteur privé à but lucratif, 60,8 ETP (+1,5%) dans le secteur privé non lucratif, 71,4 ETP (+1,5%) dans le secteur public autonome, 66,5 ETP (-0,8%) dans les EHPAD publics rattachés à un EPS et 67,9 ETP (-2%) dans le secteur géré par des CCAS. Cf ; aussi déjà thèse de C. Martin sous la direction de B. Dormont 2014 montrant un encadrement plus faible en infirmiers et aides-soignants dans les EHPAD privés.

⁶ La **grille AGGIR** est une grille d'évaluation qui permet de déterminer le niveau de dépendance d'une personne âgée selon sa capacité à effectuer certaines tâches du quotidien. Elle évalue plus particulièrement les capacités à accomplir 10 activités mentales et corporelles dites « discriminantes » et 7 activités domestiques et sociales dites « illustratives ». Selon le niveau de dépendance, la personne âgée peut ou non bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Il existe 6 niveaux de GIR. Pour bénéficier de l'APA, le patient doit se situer entre le GIR 1 et le GIR 4. S'il se situe sur un GIR 5 ou 6, il ne peut pas être attributaire de l'APA, mais peut solliciter des aides auprès de sa caisse de retraite :

Les **GIR 1** et **GIR 2** correspondent aux niveaux de perte d'autonomie les plus forts, les **GIR 3** et **GIR 4** aux niveaux de perte d'autonomie moyens, les **GIR 5** et **GIR 6** aux niveaux de perte d'autonomie faibles.

⁷ Les établissements publics sont assujettis à la taxe sur les salaires

EHPAD publics, y compris ceux rattachés à un centre communal d'action sociale (CCAS), sont placés hors du champ de la TVA et sont assujettis à la taxe sur les salaires. Au contraire, les établissements commerciaux sont assujettis à la TVA, à l'impôt sur les sociétés et à la contribution économique territoriale (CET). Enfin, les EHPAD privés sans but lucratif suivent un régime mixte : exonérés de TVA, ils sont toutefois assujettis aux impôts locaux, contrairement aux EHPAD publics. **Il n'existe pas à notre connaissance, de statistiques disponibles redressées de ces effets fiscaux.**

I.5 DES EFFECTIFS INSUFFISANTS EN EHPAD

Dès 2018, près d'un EHPAD sur deux était confronté à des insuffisances de recrutement⁸, contre 1/3 en fin d'année 2015, soit 49 % des établissements privés et 38 % des établissements publics.

La répartition des personnels (salariés et extérieurs) par type de fonctions, établie par **la CNSA** au titre de 2017, ainsi que les effectifs correspondants (effectifs au 31 décembre 2015), calculés à partir de l'enquête **DREES N° 20** de septembre 2017, sont les suivants :

Tableau 5 - Répartition des personnels des EHPAD par fonctions et taux par rapport aux effectifs

Type de personnel	effectifs	taux ETP / effectifs
Direction / administration	17 347	4,6%
Services généraux	24 889	6,6%
Animation et service social	6 788	1,8%
Agent des services hospitaliers, agent de service	117 655	31,2%
Aide soignant, aide médico-psychologique, accompagnement éducatif et social	156 497	41,5%
Psychologue	3 394	0,9%
Infirmier	41 104	10,9%
Autres auxiliaires médicaux	4 902	1,3%
Pharmacien	1 131	0,3%
Médecin	3 394	0,9%
Total	377 100	100,0%

taux ETP source CNSA 04-2019: la situation des EHPAD en 2017

effectifs au 31 décembre 2015 source DREES N° 20 20 septembre 2017

Les établissements médico-sociaux alertent régulièrement sur leur manque d'effectifs, notamment par la voix des élus, des familles de résidents, de leurs représentants ou des médias. Sur la base des chiffres disponibles depuis 2018, on pouvait estimer que 63 % de ces établissements fonctionnaient avec au moins un poste non pourvu depuis six mois ou plus. Même si les postes de médecins coordonnateurs sont très recherchés, 1 poste est alors déclaré non pourvu depuis au moins 6 mois dans 10 % des EHPAD. S'agissant des postes d'aides-soignants, le même niveau de vacance est observé avec toutefois une moins forte attractivité (au moins 1 poste d'aide-soignant non pourvu depuis au moins 6 mois dans 9 % des EHPAD). Le phénomène est encore plus accentué pour les infirmiers puisqu'on enregistre 1 ou plusieurs poste(s) non pourvu(s) depuis 6 mois ou plus dans 4 % de ces établissements. **Ces écarts par rapport aux effectifs théoriques** peuvent paraître faibles, mais ils génèrent d'inévitables tensions dans la gestion des effectifs de ces établissements qui fonctionnent 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Ils impactent aussi la qualité des soins et d'hébergement des résidents, l'animation de leurs activités et la présence des personnels à leurs côtés. Les établissements situés dans les communes isolées sont les plus concernés par ces sous-effectifs.

I.6 DES DISPARITES TARIFAIRES TRES MARQUEES

Ce secteur d'activité est aussi caractérisé par la place importante des établissements privés qui continue de progresser (26% des EHPAD et 22% des places proposées pour le seul secteur privé à but

⁸ Enquête DREES de 2018

lucratif). Un secteur dans lequel la profession affirme qu'investir constitue toujours un placement d'avenir. Le marché français est l'un des plus développés d'Europe, loin de répondre à l'intégralité de la demande qui ne cesse de croître. Mais, il est important de veiller à ce que cet accroissement du poids relatif du privé, **sa concentration et sa financiarisation**, ne se réalisent pas au détriment de la qualité du service, car de nombreux écarts sont observés en termes de coût d'hébergement et d'encadrement entre public et privé. **Il faudra que le secteur privé, y compris à but lucratif, auquel est déléguée une mission de service public, soit assujéti à des obligations, en ligne avec la politique publique en faveur des personnes âgées, y compris sur la réalité des taux d'encadrement (Proposition 5).**

Des disparités tarifaires importantes sont observées entre les types d'établissement et en fonction de leur localisation, s'agissant notamment des dépenses d'hébergement. Réduire ces différences relève bien d'une politique de solidarité et de cohésion sociale, car elles peuvent différer trop longtemps un accueil en EHPAD, voire conduire à y renoncer, pour de nombreuses personnes âgées dépendantes.

Le coût global annuel moyen par place dans le privé à but non lucratif et public est de 41 014 € en 2017 (source CNSA) et varie de 38 250 € à 43 818, avec un coût médian de 41 453 €. L'écart va de 30 983 € à 49 435 €. La tendance observée dans l'évolution du coût moyen permet de l'estimer à 43 500 € actuellement.

Déduction faite des aides à la dépendance et à l'hébergement, vivre dans un EHPAD coûte en moyenne pour un résident et/ou sa famille, 1 977 euros par mois, selon les relevés de la CNSA en 2018 : 1 842 € dans le secteur public, 1 988 dans le privé à but non lucratif et 2 710 dans le privé à but lucratif. Ce reste à charge est à rapprocher du revenu moyen des retraités, estimé à 1 461 € nets par mois par la DREES en 2016. **Un hébergement en EHPAD dépasse donc de 35 % les ressources moyennes des pensionnés¹⁰.**

C'est pourquoi un résident sur trois utilise son épargne pour financer son accueil en EHPAD. Selon la **DREES**, seules 35% des personnes déclarent avoir les ressources suffisantes pour financer leur prise en charge et un tiers des résidents (34%) a déjà utilisé son épargne pour faire face à cette charge. Craignant pour l'avenir, la moitié des personnes interrogées anticipe l'utilisation à terme de son épargne "pour supporter le coût lié à sa perte d'autonomie", précise l'enquête. Un résident sur dix (11%) envisage d'ailleurs de vendre tout ou partie de son patrimoine, contre 6% qui le font aujourd'hui. Près d'un quart des résidents prévoit de "mobiliser simultanément plusieurs ressources", notamment vendre du patrimoine et solliciter l'aide de l'entourage. Mais tous n'ont pas ces possibilités.

II. LES GRANDES ORIENTATIONS SUR LES ENJEUX MAJEURS

Un plan d'actions ambitieux, à la hauteur du nécessaire, doit donc être rapidement défini pour résoudre les problèmes actuels et anticiper les évolutions.

Les grandes orientations, assorties pour certaines de *propositions*, devraient être les suivantes :

- **Assurer une meilleure répartition territoriale des structures et des moyens mis en place pour répondre aux évolutions démographiques et à l'aggravation de l'état de dépendance des personnes âgées mais aussi des choix de prise en charge entre leur maintien à domicile et leur hébergement en établissement afin de favoriser un égal accès aux droits et à ces services sur l'ensemble du territoire ;**

⁹ Ce montant ne prend pas en compte les structures commerciales (EHPAD privés à but lucratif) qui sont exclues de l'estimation compte tenu du format de présentation de l'ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses) simplifié qui n'incorpore pas les données relatives à l'activité d'hébergement. 1786 structures, représentant le quart des EHPAD recensés, sont concernées.

¹⁰ Afin d'alléger le coût, le rapport Libault remis au gouvernement en mars 2019 préconise une baisse du reste à charge de 300 € par mois, mais uniquement pour les personnes modestes percevant entre 1 000 et 1 600 € de retraite mensuelle.

- **Organiser le maintien et l'accompagnement à domicile pour assurer une réponse adaptée et sécurisée aux personnes âgées qui veulent de plus en plus vieillir chez elles et dans de bonnes conditions, ce qui correspond à la priorité de la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement¹¹ et qui peut constituer une alternative au placement en EHPAD, avec *la création d'un cadre adapté pour les aidants (Proposition 6)* ;**
- **Améliorer la qualité globale de la prise en charge : soins, suivi, nourriture, hébergement, animation, *par exemple assurer une sortie régulière des résidents au moins dans l'enceinte de l'établissement*, pour contribuer à leur équilibre physique et psychologique, *et mettre systématiquement à disposition un téléphone* pour maintenir un lien social (Proposition 7) ;**
- **Favoriser une ouverture sur l'extérieur afin d'éviter une rupture complète entre l'avant et l'après entrée en EHPAD**
- ***Prendre la mesure des enjeux en matière de personnels au-delà des mesures de renforcement des effectifs, notamment par la mise en œuvre des mesures suivantes (Proposition 8) :***
 - ✓ *La saturation des effectifs, en valorisant les emplois dans les EHPAD ;*
 - ✓ *Le renforcement des formations, notamment pour les aides-soignants, en développant la validation des acquis de l'expérience ;*
 - ✓ *Outre l'amélioration des conditions de travail (pénibilité), une organisation des carrières permettant une reconversion à partir d'un certain âge ;*
 - ✓ *Le développement d'une communication ciblée auprès des jeunes, et des hommes en particulier compte-tenu du taux de féminisation très fort dans les EHPAD, pour encourager les vocations ;*
- ***Mettre en place un financement global permettant, d'une part, d'éviter aux personnes âgées aux ressources trop faibles de renoncer à une entrée en EHPAD, et, d'autre part, aux EHPAD qui émarginent à l'aide sociale de disposer de moyens suffisants pour assurer le logement, la nourriture et les charges du quotidien, et une vie digne pour les résidents (Proposition 9) ;***
- ***Harmoniser les tarifs pour éviter des modes de financement qui aboutissent à une ségrégation sociale : les personnes âgées les plus aisées dans les villes, et celles relevant de l'aide sociale à la campagne ou dans des endroits isolés (Proposition 10). En effet, le coût du foncier et les tarifs de l'aide sociale ne permettent généralement pas d'installer des EHPAD en ville ;***
- ***Réduire le reste à charge pour le résident et/ou sa famille et rapprocher les coûts et le reste à charge entre le secteur public et le secteur privé pour les résidents à revenus modestes (Proposition 11) ;***
- **Prendre en considération ces évolutions démographiques et les difficultés de financement dans la réforme des retraites.**

C'est tout l'enjeu d'une politique globale du Grand Âge qui ne peut être indépendante ni de la réforme des retraites ni des évolutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les difficultés nouvelles résultant de l'évolution démographique ajoutées aux difficultés observées dans les EHPAD nécessitent de repenser l'organisation de la politique publique en faveur des personnes âgées, en particulier :

- **Le pilotage national ;**
- **Les moyens budgétaires mobilisés pour les personnes âgées ;**
- **L'organisation nationale, régionale et territoriale ;**
- **L'absence persistante d'un système d'information.**

¹¹ Loi 2015-1776 du 28 décembre 2016 qui donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions

Ces sujets étant à la fois complexes et généralement peu connus en dehors des spécialistes du sujet, mais étant en réalité essentiels pour l'efficacité des politiques publiques en ce domaine, le Cercle assortit ci-après son analyse et ses propositions d'explications suffisamment détaillées et visant à les éclairer.

III. UNE ORGANISATION A REPENSER

Compétences et responsabilités sont aujourd'hui enchevêtrées, sans que l'Etat ait jamais su ou pu articuler et coordonner les interventions publiques relevant du domaine sanitaire et le traitement des aspects sociaux de la situation des personnes âgées, pourtant largement interdépendants. Cette incapacité s'est traduite par des choix d'organisation et de gouvernance inadaptés et s'est inscrite dans un quadruple contexte :

- une décentralisation désordonnée ;
- un retrait progressif de l'Etat de tout ce qui concerne la cohésion sociale et la solidarité ;
- une attention insuffisante à la coopération public/privé alors même qu'un appel croissant était fait au secteur privé ;
- un abandon par l'Etat de ses fonctions régaliennes de suivi, d'évaluation et de contrôle de ce secteur pourtant sensible par nature puisqu'il concerne des personnes en situation de vulnérabilité.

Les détresses qui se sont exprimées avec une acuité particulière pendant la crise existent de manière permanente et sont la conséquence de ces inadaptations et renoncements de l'Etat. La création d'un « 5^{ème} risque de la sécurité sociale » ne fera pas disparaître par elle-même ces problèmes. Sa réussite suppose de les régler. **Le rôle de l'Etat doit être repensé en matière de cohésion sociale et de solidarité** et particulièrement pour les personnes âgées et les EHPAD, objets de cette note. **Et un terme doit être mis à la complexité du système qui est décrit ci-dessous et qui le rend illisible, incompréhensible sauf d'un nombre restreint de spécialistes, et nécessairement inefficace.**

III.1 LE PILOTAGE NATIONAL

Au plan national, un pilote est pourtant désigné : la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Cette direction du ministère des solidarités et de la santé est en charge notamment des personnes âgées, et tout particulièrement des dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF) relatives aux EHPAD. Mais les services déconcentrés de cette direction ont été fortement réduits lors de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) de 2007-2009 puis démembrés dans le cadre de la Réforme de l'Administration Territoriale de l'État (RéATE) de 2010. Elle est aujourd'hui menacée dans le cadre de la réforme AP 2022¹² (action publique 2022). La question du pilotage national et de sa mise en œuvre territoriale, au croisement du sanitaire et du social, n'est pas réglée, sauf à considérer que la création de la 5^{ème} branche transfère la tutelle de la CNSA à la direction de la sécurité sociale (DSS). Et l'existence d'un secrétariat général des ministères sociaux, chargé notamment de coordonner les directions en charge des sujets sanitaires (direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins), des sujets sociaux (dont la DGCS) et du financement (direction de la sécurité sociale et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) n'apporte pas une vraie réponse, l'expérience l'a montré. *La désignation d'un véritable leader national, doté de compétences larges et de pouvoirs forts, pour piloter la politique publique en faveur des personnes âgées est donc une urgence, en lui donnant les moyens de son action*, notamment d'animation et de coordination générale sur l'ensemble des acteurs associés (directions d'administration centrale : DGOS, DSS, DGS, DB, ...)¹³, mais aussi et surtout la

¹² Améliorer la qualité des services publics, offrir un environnement de travail modernisé aux fonctionnaires et maîtriser les dépenses publiques en optimisant les moyens sont les objectifs du programme Action Publique 2022, lancé par le Gouvernement le 13 octobre 2017, pour accélérer la transformation de l'administration

¹³ Sans oublier :

- La Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
- La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

CNSA et les ARS, en tant que services de soutien, de régulation et d'accompagnement, en lien avec les conseils départementaux (*Proposition 12*). **Ce pilote pourrait être soit une DGCS rénovée, soit une CNSA dont les compétences et la gouvernance seraient redimensionnées, constituée en opérateur placé sous une tutelle claire.** La CNSA a pris une place centrale mais sans être ni le leader ni l'opérateur indispensables pour assurer tant la transformation en profondeur des établissements que la résolution à bref délai des problèmes les plus urgents.

Priorités de la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les évolutions démographiques, ne semblent pas prises en compte. Les EHPAD seront-ils la solution à cet enjeu ou l'accompagnement à domicile, prévu par la loi, combiné avec des établissements de types nouveaux, seront-ils des éléments de réponse à privilégier ? Comment sera assuré le financement de ces évolutions et de ces choix pour tenir compte de la capacité de financement des résidents et/ou de leurs familles ?

Evoquée par le Conseil de la CNSA le 26 mai 2020, la création d'un nouveau risque et d'une 5ème branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie a été validée par la loi organique et la loi ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale. La CNSA est chargée d'assurer la gestion de cette nouvelle branche. Les députés ont inscrit formellement, dans le code de la sécurité sociale, le principe d'un nouveau risque social et d'une branche spécifique du régime général dénommée "autonomie", chargée de ce nouveau risque. Il était prévu dans ce cadre que leurs conséquences en termes de financement et de gouvernance soient tirées d'une part dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, d'autre part dans le projet de loi pour l'autonomie¹⁴, qui, entre autres, définirait l'organisation et la gestion de ce nouveau risque. Toutefois, la présentation au Parlement de ce projet de loi pour l'autonomie, prévue pour l'automne 2020, a de nouveau été reportée malgré l'urgence à répondre à la situation, en particulier dans les EHPAD.

Lors du conseil précité de la CNSA, une motion a été adoptée à l'unanimité des votants « pour renforcer le système de protection sociale et soutenir l'urgence d'une grande loi autonomie ». Elle rappelle quelques principes essentiels qui doivent guider la mise en œuvre d'une grande loi autonomie.

- *La gouvernance des politiques de l'autonomie par la réunion des parties prenantes représentatives au niveau national et territorial ;*
- *Le renforcement d'un pilotage à distance partagé entre tous les acteurs associés aux politiques de l'autonomie ;*
- *L'animation et l'accompagnement de parties prenantes par des fonctionnalités agenciées qui garantissent le rôle de chacun et l'adhésion aux principes d'égalité des chances et de pleine citoyenneté des personnes quel que soit leur âge, leur situation de handicap, de santé et quel que soit le territoire où elles vivent ;*
- *L'approche domiciliaire, en établissement comme chez soi, qui appelle une transformation de notre offre médico-sociale, dans une logique de décroisement et de réponse aux aspirations de nos concitoyens, reconnaissant la spécificité de leurs besoins ;*
- *La convergence des politiques à destination des personnes âgées et de celles en situation de handicap ;*
- *L'urgence de la revalorisation salariale des personnels du domicile qui constituent le premier recours des politiques de soin et de prendre soin ;*
- *La nécessité de la réunion de l'ensemble des financeurs des politiques de l'autonomie par un pilotage concerté, dans le cadre d'une loi de programmation, dans le respect des compétences et des engagements explicites de chacun et dans un dialogue parlementaire renforcé. La politique de l'autonomie répond aux exigences d'un risque complexe en ce qu'il concerne tous les aspects de la vie de nos concitoyens. Les parties prenantes rappellent que la réponse apportée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap procède de 4 dimensions essentielles pour garantir l'égalité des chances et la citoyenneté : le soin, l'accompagnement, la réponse en logement et la fonction présentielle ;*
- *La réduction significative du reste à charge de nos concitoyens.*

- L'Agence nationale de la cohésion des territoires
- Voire la Direction générale des collectivités locales

¹⁴ Comme proposé par le rapport Vachey « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement (septembre 2020) ».

Ces principes appellent à un élargissement du périmètre traditionnel de la protection sociale et à une transversalité renforcée. *La grande loi autonomie* devra en conséquence définir l'effort de financement nécessaire, dont le rapport Libault, le rapport Vachey, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et le conseil de la CNSA ont évalué le niveau et qu'il conviendra de mettre en œuvre dans le cadre d'une loi de programmation dédiée, en complément de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'objectif global de dépenses (OGD).

III.2 LES MOYENS BUDGETAIRES MOBILISES POUR LES PERSONNES AGEES

III.2.1 Les financements du secteur

Les EHPAD constituent un secteur d'activité à lourd enjeu financier.

Les financements publics pour le secteur des personnes âgées, dont les EHPAD, sont principalement assurés par la CNSA¹⁵. Ses ressources provenaient de trois sources dont les deux premières sont les principales :

- L'Assurance maladie¹⁶;
- La Solidarité nationale¹⁷ ;
- Et, le cas échéant, des fonds propres.

A ces financements, s'ajoutaient la participation des Conseils départementaux au titre de la dépendance et les aides accordées par la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour le logement.

Selon la CNSA¹⁸, les financements publics pour les personnes âgées étaient, en 2019, de 23,61 Md€ :

- CNSA : 12,97 Md€ (55%), dont la contribution de l'ONDAM (9,9 M€) ;
- Départements : 6,56 Md€ (28%), ce montant étant net des transferts CNSA ;
- Assurance maladie (ONDAM) : 2,27 Md€ (9%) pour les soins de ville ;¹⁹
- Etat : 1,81 Md€ (8%) au titre des dépenses fiscales.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 porte la création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale gérée par la CNSA. Cependant, l'évolution des moyens budgétaires affectés aux personnes âgées observée sur 2020 et 2021 correspond pour l'essentiel aux mesures résultant du Ségur de la santé, tout particulièrement des mesures salariales.

Tableau 6 - Evolution des dépenses affectées par le CNSA aux personnes âgées

¹⁵ La CNSA est un établissement public administratif national sous la tutelle des ministères en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du budget.

¹⁶ Ces dépenses sont fixées par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les personnes âgées.

¹⁷ Pour 2019 :

- La contribution de solidarité pour l'autonomie, « part activité » (CSA - journée nationale de solidarité) : 2,1 milliards d'euros prévisionnels ;
- 100% de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) : 0,8 milliard d'euros prévisionnels ;
- Une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) : 2,3 milliards d'euros prévisionnels.

¹⁸ Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2019

¹⁹ Vient compléter l'enveloppe de dépenses de soins des EHPAD

	2019	2020	2021	observations
budget total CNSA	26,72	29,10	31,60	
s1 financements des établissements dont les EHPAD	10,72	12,35	13,05	2021: 1,5 Md€ au titre des revalorisations salariales
s2 APA	2,71	2,62	2,38	
s5 autres dépenses	0,21	0,26	0,30	2021: 250 M€ au titre mesures prévues par le Ségur de la santé
total dépenses ciblées	13,64	15,23	15,73	
part des dépenses ciblées / budget total	51,05%	52,35%	49,78%	

source: annexe 7 du PLFSS 2021 pour 2019 et 2020, conseil CNSA pour 2021

En outre, il n'existe pas d'information précise et complète sur le coût des EHPAD.

Bien que relevant de la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux, les EHPAD sont, on l'a dit, au croisement du sanitaire (ONDAM) et du social (solidarité nationale), ce qui devrait normalement conduire à une présentation plus globale et transversale des moyens consacrés aux personnes âgées et, plus spécifiquement aux EHPAD, conformément aux priorités fixées par la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Les moyens mobilisés pour les EHPAD sont-ils suffisants ? Au-delà du montant financier insuffisant, une politique publique sans objectifs clairs, sans indicateurs appropriés et sans préparation budgétaire d'ensemble, ne peut permettre de répondre ni aux défis complexes du Grand Âge ni à l'enjeu de la nécessaire rénovation complète de la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient en institution ou à domicile. Un rapport de l'OCDE, publié le 22 juin 2020 montre que la France se singularise par des sous-effectifs plus importants que ses voisins européens.

Le rapport de l'OCDE de juin 2020

Selon ce rapport, la France dispose de 2,3 professionnels pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans, contre 5 professionnels pour 100 en moyenne dans 28 autres pays. L'OCDE précise que les effectifs devraient être augmentés de 90% en 20 ans et va donc au-delà des préconisations du rapport LIBAULT qui s'inscrivait dans un contexte différent. L'OCDE rejoint les analyses et demandes de l'intersyndicale SAPA²⁰ et de l'AD-PA²¹ en soulignant la nécessité que le Ségur²² de la santé débouche à très court terme sur des créations de postes en établissement, comme en soutien à domicile.

L'AD-PA, pour ce qui la concerne, attend que l'Etat intègre pleinement le secteur de l'aide aux personnes âgées aux plans de relance annoncés par le Ministre chargé de l'Economie et, au niveau européen, afin de répondre à l'urgence tout en luttant contre le chômage.

III.2.2 Les objectifs fixés dans la loi de finances de l'Etat et dans la loi de financement de la sécurité sociale

La présentation budgétaire de la loi de finances de l'Etat (programme 157) et de la loi de financement de la sécurité sociale est révélatrice d'une absence de présentation globale, d'objectifs et d'indicateurs portant sur les mesures relatives aux personnes âgées. Elle affiche en revanche un objectif de maîtrise des comptes sociaux (« objectif de dépenses à ne pas dépasser » dans le PLFSS) qui ne semble pas en cohérence avec les enjeux portés par la loi de décembre 2015 précitée, s'agissant notamment de la prise en compte des évolutions démographiques et de l'aggravation de la dépendance des personnes âgées.

²⁰ Intersyndicale des Services d'Aide aux Personnes Agées

²¹ Association des Directeurs au service des Personnes Âgées

²² Les mesures présentées n'ont pas répondu à ces attentes.

III.2.2.1 La loi de finances (programme 157 : handicap et dépendance) sous responsabilité de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

On retiendra surtout de l'extrait ci-dessous l'absence de présentation globale de la politique publique concernant les personnes âgées à laquelle contribuent d'autres financeurs que l'Etat et la Sécurité sociale²³ (départements, usagers), d'informations sur sa mise en œuvre et sur sa gouvernance, ainsi que d'objectifs opérationnels, en particulier pour les EHPAD. La non affectation de crédits en Loi de finances initiale (LFI), à l'exception des dépenses fiscales et de 1,8 million d'euros consacrés à la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables, ne peut pas justifier cette absence de présentation globale que ne pallie pas la LFSS.

Le PLF 2020 se limite à la présentation suivante : « Les besoins d'aide à l'autonomie...liés au handicap ou au grand âge, touchent aujourd'hui un nombre croissant de familles. Ce sont plus de 1,7 million de personnes qui sont concernées. En outre, les perspectives démographiques montrent que les enjeux les plus importants sont à venir, du fait de la perte d'autonomie consécutive au grand âge : 25% des Français ont plus de 60 ans aujourd'hui, cette proportion atteindra 30% en 2060...L'objectif global du programme « Handicap et dépendance », piloté par la Direction générale de la cohésion sociale, est de permettre ... aux personnes âgées en perte d'autonomie de participer pleinement à notre société et de pouvoir choisir librement leur mode de vie, ce qui engage notamment à leur faciliter l'accès aux espaces de vie de droit commun, avec l'appui d'un accompagnement gradué et adapté à leurs besoins.

La feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018 vise, quant à elle, à renforcer la prévention de la perte d'autonomie et à améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ou en établissement. Une consultation citoyenne et une concertation nationale associant l'ensemble des acteurs, sous le pilotage de Dominique Libault, se sont déroulées d'octobre 2018 à mars 2019 et ont abouti à la remise d'un rapport de propositions afin de préparer le projet de loi annoncé par le Président de la République sur le financement de la perte d'autonomie qui devra être présenté d'ici la fin de cette année (2020). »

Le PLF 2021 a plutôt aggravé encore les lacunes de la présentation budgétaire puisqu'il ne comporte pas même d'exposé général de ce type. « Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées est un des leviers nécessaires à l'inclusion de la société, permettant à tous de vivre une vie « comme les autres, au milieu des autres » selon les mots du Président de la République. Ce sont plus de 1,7 million de personnes qui sont ainsi concernées. L'objectif global du programme « Handicap et dépendance », pilote par la Direction générale de la cohésion sociale, est de permettre aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en perte d'autonomie de participer pleinement à la société et de pouvoir choisir librement leur mode de vie, ce qui engage notamment à leur faciliter l'accès aux espaces de vie de droit commun, avec l'appui d'un accompagnement gradué et adapté à leurs besoins. »

III.2.2.2 La loi de financement de la sécurité sociale (ONDAM) sous responsabilité de la direction de la sécurité sociale

Comme déjà rappelé, les présentations mériteraient de dissocier, dans l'ONDAM médico-social, les personnes âgées des personnes en situation de handicap²⁴ et, s'agissant des personnes âgées, de distinguer les différents dispositifs avec un focus sur les EHPAD.

²³ Cette présentation globale devrait reprendre l'ensemble des contributions des différents régimes concernant les personnes âgées.

²⁴ Ce qui a commencé à être fait dans le cadre de la présentation de la LFSS 2021.

La loi de financement de la sécurité sociale « participe à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées avec le développement de l'accès aux structures de répit pour les proches aidants, une prime pour la formation des aides-soignants, le financement de soins infirmiers de nuit et l'augmentation du taux d'encadrement en EHPAD. »

L'ONDAM médico-social affecté aux personnes âgées a été voté en LFSS 2021 à hauteur de 13,4 Md€, contre 12,0 Md€ en 2020 et 10 Md en 2019. Ce montant représente 6% de l'ONDAM (225,4 Md€)²⁵.

III.2.2.3 L'intérêt d'un document de politique transversale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait porté le rapport d'information IBORRA – FIAT N° 769 du 14 mars 2018 relatif aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)²⁶. **Ce rapport pointait notamment une prise en charge insatisfaisante, un modèle d'établissement à revisiter, ainsi qu'une gouvernance et un financement à repenser pour l'adapter à ce nouveau modèle. Or les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale successives n'ont pas apporté les réponses à ces axes d'amélioration.**

Les situations observées dans les EHPAD interpellent en outre sur la prise en compte d'autres dimensions qui relèvent également de la compétence de la DGCS : lien entre perte d'autonomie et pauvreté, protection des personnes vulnérables, que les structures soient publiques ou privées, qui font l'objet du programme 304 - Inclusion sociale et protection des personnes²⁷.

Les enjeux d'une politique publique en direction des personnes âgées, la multiplicité des financements et des acteurs publics et privés, et la diversité des dispositifs mis en œuvre, notamment pour les EHPAD, invitent à créer un document de politique transversale (DPT) annexé à la loi de finances (Proposition 13). Un tel document intégrerait, et en les mettant en perspective par rapport aux orientations prioritaires de transformation, les crédits inscrits au budget de l'Etat, les dépenses fiscales mais aussi les dépenses prévues par la LFSS et l'ensemble des autres crédits ou dépenses inscrits directement dans les budgets des diverses entités publiques concernées, sans oublier le reste à charge. Il permettrait à la représentation nationale de s'assurer que les priorités affirmées, notamment par la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement et la loi sur l'autonomie, sont effectivement mises en

²⁵ L'ONDAM pour les personnes âgées en 2021 est de 13,4 Md€ (5,97% de l'ONDAM) dans le tableau 6 de l'annexe 7 relative à l'ONDAM, alors qu'il est arrêté à 13,6 Md€ (6,03% de l'ONDAM) dans le tableau de l'article 93 de la LFSS 2021. Il progresse de 3,4 Md€ par rapport à l'objectif 2020 (initialement 10 Md€ portés à 12 M€ dans le montant rectifié en PLFSS). Cette mesure recouvre :

- 1,3 Md€ correspondant à l'écart Covid ;
- 0,3 Md€ au titre des mesures du Ségur de la santé ;
- 1,1 Md€ pour les changements de périmètre (1,05 Md€ pour la part des recettes CNSA - CSG, CSA et CASA - affectées au financement de l'OGD) ;
- 0,1 Md€ pour le transfert des soins de ville).

Dans ce cadre, les mesures nouvelles porteraient sur une enveloppe de 0,8 Md€ correspondant, pour un montant de 0,5 Md€ à la poursuite des mesures relatives au développement de l'accès aux structures de répit pour les proches aidants, à la prime de formation des aides-soignants, au financement des soins infirmiers de nuit et à l'augmentation du taux d'encadrement.

²⁶ La mission a structuré son diagnostic et ses propositions autour de trois axes :

- le constat largement partagé sur le terrain est celui d'une prise en charge insatisfaisante malgré d'excellentes initiatives ;
- le modèle même de l'EHPAD doit donc être repensé à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d'offrir un service plus qualitatif, centré sur les besoins du résident et des personnels, à la fois sur le plan des soins, sur celui de l'innovation technologique et du développement des alternatives à la surmédicalisation et à la sur-médication ;
- enfin, la gouvernance et le financement des EHPAD devront être réinventés pour s'adapter à ce nouveau modèle.

²⁷ Ce programme porte la protection des personnes vulnérables et la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté qui peuvent concerner les personnes âgées. Il ne produit cependant aucune information relative aux personnes âgées sous tutelle, notamment les résidents des EHPAD.

œuvre dans le cadre d'une organisation opérationnelle, structurée et cohérente avec les enjeux de la politique publique promue.

III.3 L'ORGANISATION NATIONALE, REGIONALE ET TERRITORIALE

Une politique publique, à enjeux économiques et sociaux si considérables, nécessite un portage fort, une organisation claire et structurée pour une mise en œuvre régionale et territoriale pertinente et évaluée.

La Covid 19 a conduit la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France²⁸ qui sont au contact direct des appels d'urgence, à dénoncer l'organisation actuelle. Elle a critiqué les "rivalités entre ministères" en prônant au contraire "une organisation en réseau" ; une absence de dialogue entre les différents services de l'Etat qui a entraîné des conséquences dramatiques dans les Ehpad ; l'attitude des Agences régionales de santé qui, "accaparées par la gestion du nombre de places en réanimation hospitalière (...) ont trop longtemps oublié les EHPAD, laissant seules les collectivités territoriales face au décès en nombre de nos aînés".

III.3.1 Au plan national

La nouvelle organisation mise en place en 2005 concomitamment à la création de la CNSA devait simplifier la gestion, en réduisant le nombre d'acteurs et en optimisant l'utilisation des ressources mobilisées au titre de la solidarité en direction des personnes âgées dépendantes.

Or, plusieurs ministères, directions, organismes ou institutions interviennent dans la définition des objectifs de cette politique publique, dans son organisation, dans la détermination des moyens mobilisés, et dans leur mise en œuvre. Si la fonction de **chef de file relève en principe** de la direction générale de la cohésion sociale, en charge des personnes âgées et du Code de l'action sociale et des familles, dont relèvent les EHPAD, celle-ci n'est pas en mesure d'assumer réellement cette mission.

L'organisation partage en effet le pilotage entre quatre directions du ministère des solidarités et de la santé (cohésion sociale, offre de soins, santé, sécurité sociale) et le secrétariat général des ministères sociaux.

S'y ajoute la direction du budget relevant du ministère de l'action et des comptes publics qui intervient sur le budget de l'Etat et sur le PLFSS²⁹.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a pour mission de concevoir, piloter et évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. Elle assure également la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a pour mission de construire l'offre de soins de demain (établissements et soins de ville).

²⁸ 4 juillet 2020 : une "gestion de crise éloignée des principes fondamentaux" dans le cadre de la lutte contre le coronavirus Covid-19

²⁹ la direction de la sécurité sociale (ministère des solidarités et de la santé) en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale (ONDAM social et médico-social) et la direction du budget (ministère de l'action et des comptes publics) qui, dans le cadre des travaux préparatoires au PLFSS « s'attache à concilier les impératifs de maîtrise des déficits sociaux et de redressement des comptes publics avec le besoin de justice sociale et le maintien de la qualité de notre système de protection sociale. »

La direction générale de la santé (DGS) a pour mission de préserver et améliorer l'état de santé des citoyens, de protéger la population des menaces sanitaires, de garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé et de mobiliser et coordonner les partenaires.

La direction de la sécurité sociale (DSS) est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance.

Le secrétaire général des ministères sociaux (SGMAS) anime et coordonne l'action de l'ensemble des directions et services des ministères et participe au pilotage des établissements qui en relèvent. A ce titre, il préside les comités des directeurs. En liaison avec les directions et services compétents, il participe aux réflexions stratégiques sur les missions, l'organisation et les activités des ministères et de leurs établissements.

Il assiste les ministres pour le pilotage et la coordination de l'organisation du système de santé et de prise en charge médico-sociale, en exerçant les attributions qui lui sont assignées, au titre du pilotage national des agences régionales de santé, par les articles D. 1433-1 et D. 1433-8 du code de la santé publique pour veiller notamment à la cohérence de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques sanitaires et sociales.

Il coordonne, à cet effet, l'action des services et des établissements concernés de l'Etat ainsi que leurs relations avec l'assurance maladie en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé et de prise en charge médico-sociale.

Il préside le comité permanent chargé de préparer les travaux du conseil national de pilotage des ARS, et, en l'absence des ministres, préside celui-ci.

La direction du budget (DB), au ministère des finances, est chargée de proposer une stratégie soutenable des finances publiques, de préparer le budget de l'Etat et d'élaborer les projets de lois de finances, en s'efforçant de trouver les marges de manœuvre nécessaires au financement des priorités du Gouvernement. Elle propose des réformes et des économies structurelles pour maîtriser la dépense publique, participe à l'élaboration de la politique économique et financière et incite à l'amélioration de la gestion publique. Elle « s'attache à concilier les impératifs de maîtrise des déficits sociaux et de redressement des comptes publics avec le besoin de justice sociale et le maintien de la qualité de notre système de protection sociale ».

Ces directions s'appuient sur un opérateur, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** qui anime **le réseau des ARS** (agences régionales de santé) piloté par le secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS). La tutelle de la CNSA est assurée par la DGCS et la direction du budget. Celle-ci intervient par ailleurs sur les moyens alloués à la CNSA avec la direction de la sécurité sociale (LFSS/ONDAM social et médico-social).

La CNSA a été mise en place en mai 2005. Elle est, depuis le 1^{er} janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles, d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Elle dispose pour cela d'un budget de plus de 26 milliards d'euros. Elle est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

Toutes les directions précitées ainsi que le SGMAS siègent au conseil de la CNSA en tant que représentants de l'Etat. Sont également membres du conseil les représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance retraite sous tutelle de la DSS et de la DB, donc de l'Etat. **Une multiplicité d'acteurs dont la responsabilité interroge quant au manque d'articulation et de coordination des interventions publiques** relevant du domaine sanitaire et le traitement des aspects sociaux de la situation des personnes, pourtant largement interdépendants.

La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), membre du conseil de la CNSA et du conseil national de pilotage des ARS, dont les responsabilités ont été étendues en matière de régulation du système de soins³⁰. Le vieillissement est l'un des défis mentionnés dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 entre l'Etat et la CNAM. Son organigramme comporte une direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins notamment en charge des relations avec les professions de santé libérales et les fédérations représentatives des établissements hospitaliers, et une mission d'élaboration des politiques et des plans d'actions liés aux orientations en matière de gestion du risque. Une direction qui semble intervenir sur le champ de la DGS et de la DGOS ;

La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), membre du conseil de la CNSA. Le vieillissement est l'un des défis dans sa COG 2018-2022 ;

La caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Bien que gestionnaires des aides au logement, les CAF ne sont pas représentées au conseil de la CNSA. La COG 2018-2022, qui fixe des priorités en direction des personnes en situation de handicap, n'aborde pas le thème du vieillissement, y compris dans les mesures de soutien aux aidants familiaux. Elle ne comporte que des chiffres globaux concernant à la fois le soutien aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

La CNSA rassemble l'essentiel des moyens financiers de l'État et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées. Ces financements sont complétés par des ressources propres (contribution solidarité autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie).

- Elle verse aux conseils départementaux une partie de ses ressources pour contribuer au financement des aides individuelles : l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées.
- Elle répartit l'autre partie de ses ressources en matière d'offre collective à partir des priorités identifiées avec les agences régionales de santé.
- Elle apporte aussi un soutien financier à diverses actions, dont une aide à l'investissement.

La CNSA pilote et anime également les conférences des financeurs au niveau national, au travers notamment de fréquentes rencontres entre l'ensemble des partenaires – organisation de séminaires, groupes techniques nationaux –, avec la mise à disposition d'un interlocuteur privilégié en son sein³¹.

Elle est chargée d'animer, sur le champ de la dépendance des personnes âgées, le réseau des agences régionales de santé (**ARS**), en charge du pilotage de la politique de santé publique et de la régulation de l'offre de santé en région, ainsi que de l'amélioration de la santé de la population et de l'accroissement de l'efficacité du système de santé. La situation est cependant complexe : le réseau des ARS est placé sous la responsabilité du secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), qui s'appuie sur la direction générale de la santé (DGS), mais ne participe pas au conseil de la CNSA.

Comme les directions qui représentent l'Etat à son conseil, la CNSA est membre du Conseil national de pilotage des ARS³². Cette instance est chargée de donner à ces agences les directives pour la mise en œuvre territoriale de la politique nationale de santé, l'organisation de la prise en charge médico-sociale et de la gestion du risque. Elle s'assure de la prise en compte de l'objectif de réduction des inégalités de santé.

De nombreux acteurs ministériels, dont certains s'appuient sur les établissements sous tutelle et leurs réseaux territoriaux (CNSA/ARS, CNAM, CNAV), interviennent dans ce secteur d'activité sans qu'une

³⁰ Loi de réforme d'août 2004

³¹ La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA ont élaboré un guide technique dont la seconde édition est parue en juin 2019.

³² Le conseil national de pilotage des ARS réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la CNSA, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

priorité ressorte en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé. La prise en charge médico-sociale est affichée, mais elle concerne plutôt le secteur du handicap.

Cette organisation complexe ne permet pas d'impulser une politique publique. Le SGMAS ne semble pas en capacité de coordonner la politique sanitaire et la prise en charge médico-sociale sur l'ensemble du champ. Le démantèlement de la DGCS, qui a débuté avec le transfert d'une large part de son réseau déconcentré aux ARS en 2010, ne la met pas non plus en situation de jouer ce rôle. Cette situation s'inscrit sur une toile fond où l'Etat s'est désengagé du champ social, les dépenses sociales étant considérées comme relevant de la compétence des conseils départementaux. **Un désengagement qui porte également sur le rôle le plus régalien de l'Etat : le contrôle de la mise en œuvre des politiques publiques** de cohésion sociale et de solidarité, dans ce cadre, celle qui concerne les personnes âgées et celui des établissements médico-sociaux.

Une réorganisation d'ensemble de l'échelon central apparaît indispensable (proposition 14), comme le Cercle a eu l'occasion de le relever à d'autres titres dans sa note du 20 janvier sur « l'Etat face aux crises qui viennent ».

III.3.2 Au plan territorial

La loi confie aux **conseils départementaux**³³ les réponses de proximité et le versement des aides individuelles. La CNSA assure l'appui aux conseils départementaux, « premiers acteurs de l'action sociale ». Elle charge la CNSA de veiller au respect de l'égalité de traitement pour toutes les personnes concernées sur l'ensemble du territoire. La caisse nationale doit dans ce cadre assurer la répartition équitable des enveloppes financières destinées au fonctionnement des établissements et des services d'accompagnement à domicile.

Pour ce faire, l'organisation territoriale s'appuie sur **la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** qui était l'un des dispositifs phares de la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Chaque département est responsable sur son territoire de l'animation de la conférence des financeurs qui est présidée par le président du conseil départemental. Le directeur général de l'ARS ou son représentant en assure la vice-présidence³⁴. Cette instance³⁵ a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune³⁶. Elle constitue un cadre de gouvernance et d'élaboration d'une stratégie territoriale, et a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires, et un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif. À cet effet, elle établit un diagnostic des besoins des personnes concernées par ces programmes qui résident dans le département et recense les initiatives locales.

Les principaux axes du programme coordonné de financement concernant les personnes âgées dépendantes sont :

³³ La loi NOTRe du 7 août 2015 a conforté les départements dans leurs missions de solidarités humaines, en particulier le champ des personnes âgées et de la dépendance (création et gestion des maisons de retraite, aides) et en matière de gestion des allocations individuelles de solidarité (APA).

³⁴ Ces dispositions ne prévoient pas l'intervention du préfet.

³⁵ Y siègent des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) à travers ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. Sa composition peut être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Quand les représentants des services départementaux de l'Etat compétents en matière d'habitat et de cohésion sociale ou toute autre personne concernée par les politiques de l'habitat rejoignent les membres de la conférence des financeurs, celle-ci devient **la conférence des financeurs de l'habitat inclusif**.

³⁶ Depuis l'entrée en vigueur de la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (dite loi ELAN) en 2019, la conférence des financeurs est compétente en matière d'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles ;
- L'attribution d'un forfait autonomie par le conseil départemental aux résidences autonomie *via* un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- Le soutien aux proches aidants ;
- Le développement d'autres actions collectives de prévention.

Ne participent pas à la conférence des financeurs :

- La Caisse d'allocations familiales qui intervient pourtant sur les aides au logement ;
- Les représentants des CCAS des villes qui ont créé et gèrent des EHPAD ;
- Les représentants des usagers (résidents) sur les frais d'hébergement, dont une part significative reste à leur charge ;
- Les représentants des personnels.

La CNSA réalise en principe chaque année un bilan de l'activité des conférences des financeurs, mais **ce bilan n'est pas disponible sur son site**. Il devrait permettre de connaître l'implication effective des ARS en matière sociale (volets hébergement et dépendance) et de régulation dans les différents domaines relevant de leur responsabilité et *il devrait donc être publié (Proposition 15)*.

La loi met en effet à la disposition du directeur général de l'ARS divers leviers, notamment l'autorisation de créer des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

Les ARS, en tant qu'établissements publics administratifs de l'Etat sous tutelle des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et handicapées, ont compétence sur le champ sanitaire et médico-social public et privé mais pas sur le champ social, ce qui ne permet ni un pilotage unifié en région, ni de répondre complètement aux besoins des personnes âgées ni d'assurer l'adéquation du système à la globalité des problèmes du Grand Âge. Elles coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des structures pour personnes âgées et dépendantes.

Elles sont représentées dans chaque département par une délégation départementale qui décline localement la stratégie régionale de santé. Ces délégations assurent une mission de proximité et représentent localement les Directeurs généraux d'ARS en étant les interlocuteurs des élus, des préfets de départements et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans leur territoire. Elles doivent ainsi constituer l'interface entre le niveau régional et les acteurs de proximité. La politique du Grand Âge doit être connectée aux différentes dynamiques de territoire. Elles ne sont cependant généralement pas en mesure d'assurer pleinement ce rôle.

Même si les ARS sont chargées de mettre en œuvre les orientations du comité de pilotage national, leurs directeurs généraux disposent d'une marge d'appréciation. *Deux analyses mériteraient d'être réalisées (Proposition 16) :*

- L'utilisation de cette marge d'appréciation pour éviter les difficultés constatées dans les EHPAD et les disparités observées entre les établissements et entre les départements.
- Les observations et recommandations du comité de pilotage national et de la CNSA sur ces points.

La concentration d'attributions au sein des ARS ne suffit pourtant pas en elle-même à garantir le portage effectif du problème des EHPAD.

Le réseau des ARS a été créé par la loi HPST du 21 juillet 2009. Celle-ci définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité et crée une agence régionale de santé qui a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé (définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé), des principes de l'action sociale et médico-sociale (énoncés aux articles

L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles³⁷), ainsi que des principes fondamentaux du code de la sécurité sociale (affirmés au I de l'article L. 111-2-1).

Elles ont également pour mission l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires, l'observation de la santé, l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec les préfets; la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé. Elles pilotent et régulent l'offre d'accompagnement médico-social, secteur qui recouvre les établissements et services pour les personnes âgées.

Les ARS contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le conseil national de pilotage (CNP) des ARS est présidé par le ministre chargé des affaires sociales et de la santé (ou, en son absence, par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales)

Enfin, le **financement des EHPAD** fait l'objet de conventions tripartites conclues entre la structure et ses autorités de tarification :

- Le Conseil départemental pour le tarif dépendance ;
- L'Agence régionale de santé (ARS) ou le préfet de département (réf. site ehpads.com)³⁸, pour le tarif soins, ce qui place le délégué départemental sous l'autorité de ce dernier.

Ne participent pas à cette phase les organismes qui ne participent pas à la conférence des financeurs (cf. supra), soit la CAF, les représentants des CCAS des villes, les représentants des usagers (résidents), les représentants des personnels.

Ces conventions tripartites prévoient notamment :

- Une démarche d'évaluation interne et externe,
- Des modalités d'évaluation du dispositif conventionnel.

En 2021, les **CPOM** (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), prévus par l'article 58 de la "Loi d'adaptation de la société au vieillissement" du 28 décembre 2015, vont se substituer aux conventions tripartites pluriannuelles des EHPAD. Tous les gestionnaires d'EHPAD devront avoir signé un CPOM au plus tard en 2021.

Selon l'arrêté du 3 mars 2017 précisant le contenu du cahier des charges des CPOM, ce contrat « est ... source de simplification administrative (...). Il devient le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs établissements. Il est enfin un levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux. Ainsi, le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du projet régional de santé (PRS) et des schémas régionaux et départementaux d'amélioration continue de la qualité (...), ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficience des organisations ».

³⁷ **Article L116-1** : l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales.

Article L116-2 : l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de **répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.**

³⁸ Ce qui interroge quant à la participation du préfet au processus de création, tarification et contrôle.

L'outil contractuel change, mais manifestement pas son cadre de référence que sont les projets régionaux de santé (PRS) qui traitent le volet sanitaire, alors que le secteur médico-social en charge des personnes âgées dépendantes nécessite une approche croisée avec le volet social (Proposition 17). En outre, si cet outil reste une « machine à papier », il n'améliorera pas la situation au profit de l'usager, dont les difficultés récentes ont marqué un paroxysme mais qui ont, sur bien des points, un caractère permanent. Et les CPOM ne seront qu'un nouvel outil de régulation budgétaire.

Le conseil de la CNSA réuni le 21 décembre 2020 déclarait que « la gestion des risques associés à l'autonomie des personnes âgées ..., reposera sur la conciliation d'objectifs de qualité, d'efficacité, d'équité territoriale, de transversalité. Cela pourrait par exemple prendre corps dans les conventions conclues avec les départements. Celles-ci comporteraient des objectifs communs d'un département à l'autre pour réduire les inégalités, tout en tenant compte de leurs spécificités ». Un moyen d'encadrer les CPOM passés avec les EHPAD.

Cette orientation, qui s'inscrit dans le projet stratégique de la caisse pose également la question de l'articulation entre gouvernance nationale et gouvernance locale pour une CNSA qui n'a pas d'antennes locales. Quelle articulation sera instaurée entre la CNSA et les ARS afin que les orientations de la branche autonomie, qui « porte en elle la promesse de la vraie citoyenneté de tous, de l'égalité des chances, une notion propre aux politiques de l'autonomie » soient effectives au niveau territorial ? La question est déterminante pour l'efficacité du système.

III.4 L'ABSENCE PERSISTANTE D'UN SYSTEME D'INFORMATION OPERATIONNEL ET TRANSVERSAL, AUX NIVEAUX NATIONAL ET TERRITORIAL

Des informations existent depuis longtemps sur les EHPAD, même si certaines méritent d'être complétées, précisées et suivies, comme le coût moyen annuel global par résident ou la répartition par source de financement, y compris pour la part des résidents et de leurs familles. Elles se traduisent toutefois par une connaissance fragmentaire et qui manque parfois de cohérence (nombre d'établissements, de places, de résidents...) et, plus au fond, ne pallie pas une méconnaissance de la situation sanitaire des résidents et de la qualité de l'accompagnement et de l'hébergement. Seul un système d'information en capacité de croiser les données physico-financières et sanitaires (assurance maladie, social, collectivités territoriales, établissements médico-sociaux publics et privés, résidents et familles) serait de nature à fournir en temps réel, des informations précises et complètes sur le fonctionnement et l'activité des EHPAD et sur la situation des résidents. Ces données sur les établissements doivent s'accompagner de données sur l'état de santé des résidents eux-mêmes. Système qui existe aujourd'hui pour les hôpitaux mais pas pour les EHPAD. Ce serait un outil de pilotage précieux en temps normal, et indispensable en temps de crise.

Améliorer le pilotage et la gouvernance suppose donc de s'appuyer sur un système d'information opérationnel et transversal, aux niveaux national et territorial, dont les données contribueront à la fois au pilotage et aux études et recherches réalisées sur le champ des personnes âgées, en particulier sur les EHPAD (CNSA, DREES, INSEE... mais aussi recherche publique et privée) - (Proposition 18).

Prévu dans le Système national des données de santé institué par la loi de 2016 puis dans le Health data Hub annoncé en 2018, il n'existe toujours pas. D'où la difficulté des autorités à réunir même des données de base, comme le nombre de décès de personnes âgées liés au coronavirus.

Mais ce problème a des origines plus anciennes. Lors de la création de la DGAS (direction générale de l'action sociale qui a précédé la DGCS) en 2000, existait l'outil d'enquête Géode social et médico-social. La DGAS avait prévu de l'améliorer pour assurer le pilotage et le suivi du secteur en charge des personnes âgées. A l'enquête annuelle devait se substituer un système d'information performant. Les améliorations à apporter au système existant avaient été analysées par cette direction, en lien avec les autres directions concernées. Lorsque la CNSA a été créée, il lui a été demandé de reprendre ce chantier.

Aujourd'hui, le SI-PH (personnes handicapées) mis en place par la CNSA fonctionne : « L'harmonisation des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) repose sur des fonctionnalités communes de leurs logiciels. L'un des aspects du programme

consiste à définir les fonctionnalités attendues par la CNSA, les MDPH, les départements, les agences régionales de santé, les établissements et services médico-sociaux et les éditeurs, puis à les traduire dans des référentiels métiers à destination des équipes des MDPH, et des référentiels fonctionnels et techniques à destination des éditeurs et des MDPH autonomes dans la conception de leur logiciel. En revanche, le **SI-PA** (personnes âgées), à l'exception des remontées relatives à la tarification, n'est toujours pas lancé. Comment explique-t-on un tel écart entre deux secteurs d'activité pilotés par la même direction (DGCS), et un tel retard sur le champ des personnes âgées ? Une nécessité qui ne semble pas constituer une priorité pour la multitude d'acteurs qui intervient au niveau national et territorial sur le champ des personnes âgées.

Aujourd'hui, les outils dont disposent l'Etat et ses représentants pour piloter et suivre la politique publique en faveur des personnes âgées sont des enquêtes menées par la DREES et l'INSEE et des données extraites de la base constituée par la CNSA à partir :

- des ERRD (états réalisés des recettes et des dépenses) déposés par les gestionnaires d'EHPAD sur la plateforme « ImportERRD » de la CNSA³⁹ ;
- de l'application API de la CNSA qui détaille la tarification. Elle est renseignée par les ARS et complétée par les informations nécessaires au calcul de l'équation tarifaire des EHPAD ;
- de la base « RsideEHPAD » transmise par la CNAM décrivant les dépenses de ville des EHPAD ;
- de la base FINCESS (INSEE) qui permet de caractériser les établissements.

La création d'un véritable système d'information, le SI-PA, qui nécessiterait une base législative pour fonder une obligation de remontée des données, ne semble toujours pas priorisée. En l'état actuel, il ne figure pas dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA.

On voit bien que la matière existe pour élaborer un tel système d'information, essentiel au pilotage, à la gestion, au suivi, à l'évaluation et au contrôle de la politique publique relative aux personnes âgées. Les études précitées constituent une base pertinente pour l'analyse fonctionnelle d'un système d'information partagé avec l'ensemble des acteurs, sans oublier les conseils départementaux, les communes et intercommunalités, les établissements (quel que soit leur statut), et les usagers. Un système interfacé aux bases de données existantes des champs sanitaires et sociaux, mais les annonces ministérielles successives n'ont pas été mises en œuvre.

IV. DES PRINCIPES POUR UNE NOUVELLE ORGANISATION

Une multiplicité d'acteurs représentant l'Etat, des objectifs qui font du champ social le parent pauvre dans une organisation qui interroge quant à la direction ministérielle qui serait légitime à assurer le pilotage d'une politique publique en direction des personnes âgées.

Au plan territorial, une déclinaison qui n'assure pas un portage suffisant des établissements médico-sociaux que sont les EHPAD, au croisement du sanitaire et du social. Les départements peuvent-ils dans ce contexte se substituer à l'Etat sur l'ensemble des actions relevant de ce champ social et dans son pilotage national ? Il n'est pas évident que ce soit leur rôle.

Il n'existe pas de représentation institutionnelle des résidents d'EHPAD -et les spécificités même de ces résidents empêche qu'il y en ait une- donc pas de force de rappel. La puissance publique est la seule à pouvoir agir, ce qui rend d'autant plus indispensable qu'elle soit organisée pour le faire.

Pour remédier aux problèmes constatés, il faut désigner clairement un leader et lui donner les moyens de l'être, les autres directions ministérielles et organismes publics venant en appui, rôle de leader qui n'est vraiment confié aujourd'hui ni à la DGCS, ni au secrétariat général des ministères sociaux, ni à la CNSA. Comme indiqué précédemment, il pourrait être soit une DGCS rénovée, soit une CNSA dont les compétences seraient redimensionnées, constituée en agence sous une tutelle claire, mais la situation actuelle est incompatible avec une action publique adaptée et efficace.

³⁹ Les structures commerciales (26%) sont exclues du calcul du coût d'une place en hébergement compte tenu du cadre de présentation simplifié qui n'incorpore pas l'hébergement.

A ce pilotage, il conviendrait d'associer les Conseils départementaux, les CCAS, ainsi que les usagers et leurs familles, les aidants mais aussi les directeurs d'EHPAD et les représentants des personnels pour maîtriser au niveau territorial (région, département, communes et intercommunalités) la réponse de proximité aux besoins des populations concernées, renforcer l'animation et la coordination et mieux évaluer qualitativement le secteur médico-social public et privé.

Un pilote qui doit pouvoir :

- Compter sur des services déconcentrés qui devraient être en mesure d'articuler le sanitaire et le social, contrairement à ce qui ressort de l'organisation actuelle ;
- S'appuyer sur des structures de contrôle territoriales compétentes sur l'ensemble du champ de la cohésion sociale et de la solidarité (dépendance, personnes vulnérables, lutte contre la pauvreté et insertion, ...), dont les EHPAD ;
- S'appuyer sur un système d'information opérationnel permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs assignés par les pouvoirs publics et la représentation nationale.

CONCLUSION

Les conséquences de la crise sanitaire sur les EHPAD et les fortes réactions qui se sont alors manifestées, mais aussi l'ensemble de problèmes préexistants que ces circonstances ont fait ressortir montrent l'urgence à traiter ce secteur, et plus largement le Grand âge, dans sa plénitude, c'est-à-dire dans toutes ses dimensions à la fois sanitaires et sociales.

La nécessité d'adapter le pilotage de la politique publique en direction des personnes âgées et de mettre en place un pilotage et des organisations adaptées s'inscrit dans ce double cadre

Dès lors, l'Etat peut-il poursuivre son désengagement du champ de la cohésion sociale et de la solidarité ? Et peut-il encore différer les conséquences de l'aggravation anticipée du niveau de dépendance ainsi que les difficultés des personnes âgées et de leurs familles à assumer la charge résultant de la prise en charge en EHPAD, s'il veut garantir une équité dans le droit d'accès aux soins et aux services ? Peut-il continuer d'accepter la détérioration de la qualité en matière d'hébergement et de soins ressortant de la situation des EHPAD ? Il doit mettre en place, et en urgence, une organisation stratégique et opérationnelle qui, à la fois, permette une transformation en profondeur des établissements, une évolution vers de nouveaux types d'hébergements, et, assure, pendant la période longue inévitablement nécessaire à la concrétisation complète de ce nouveau modèle, la solution des problèmes aigus qui se posent aujourd'hui.

Une articulation opérationnelle doit être trouvée entre l'échelon national, régional, départemental, voire infra-départemental. Elle devra être accompagnée par des organisations compétentes dans ce domaine d'activité pour redonner au champ de la cohésion sociale et de la solidarité, essentiel s'agissant des personnes âgées, sa place dans le paysage institutionnel. Si tel avait été le cas, les difficultés rencontrées pendant la période récente auraient été considérablement réduites.

Si le chef de file, pilote de la politique destinée aux personnes âgées, est la Direction générale de la cohésion sociale, son maintien semble incertain dans le cadre de la réforme « AP 2022 », au même titre que celui de ses services déconcentrés (DRJSCS et DDCS/PP). Cette orientation semblant se confirmer, cette direction d'administration centrale ne disposerait plus de services déconcentrés régionaux et départementaux pour lui permettre de s'assurer de la mise en œuvre d'une politique publique globale en direction des personnes âgées, cohérente avec les orientations nationales et les réalités territoriales. Sauf à doter les ARS d'une compétence d'ensemble et donc d'une pleine responsabilité d'État couvrant à la fois le champ sanitaire, médico-social mais aussi social sur leur territoire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et qui suppose une transformation profonde des ARS.

Quel pilote peut dans ces conditions mener une action efficace ? Ne faut-il pas repenser le modèle actuel d'organisation en redonnant à l'Etat le rôle qui doit être le sien dans le champ de la cohésion sociale et de la solidarité, en lien avec les Conseils départementaux, les communes, les intercommunalités et les CAF pour couvrir un secteur particulièrement vaste et hautement sensible (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes vulnérables, prévention de la pauvreté et lutte contre l'exclusion, ...) ? Ce devrait être un enjeu important de la loi 4 D (décentralisation, différenciation, déconcentration

et décomplexification). Ces champs d'activité nécessitent en effet une approche globale, transversale et interministérielle, quel que soit l'administration centrale ou l'organisme national qui pilote et porte cette politique publique. Et il faut, au service de cette politique, un véritable opérateur, ce que n'est pas vraiment aujourd'hui la CNSA.

L'organisation de ce secteur doit reposer sur un management éclairé et responsable et une GRH en capacité de redonner du sens en revisitant le recrutement, les qualifications, la formation, la qualité de vie au travail, l'évolution des fonctions tout au long de la vie professionnelle et en s'appuyant sur l'expérience de nos voisins européens. Elle doit répondre à des objectifs clairs et à des actions précises, donnant une traduction concrète à la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Telle est l'ambition pour une protection renforcée des plus faibles qui doit être portée maintenant sans délai, et qui doit être un aspect incontournable de la réforme de l'Etat. C'est aussi et surtout une nécessité pour le respect de la dignité des personnes âgées. Les Droits de l'homme ne sauraient s'arrêter trois ans avant la mort.