

## REPENSER LE FINANCEMENT DES MAISONS DE RETRAITE MÉDICALISÉES

Actes de la 18<sup>e</sup> Matinée thématique du 13 juin 2019

### SOMMAIRE

#### TABLE RONDE 1

Le modèle de financement actuel et ses fragilités

- **Le financement des Ephpad – L'exemple de Logea**  
Erik Dermit ..... 3
- **La mesure des coûts en Ephpad**  
Nelly Boulet ..... 4
- **Repenser le système d'accompagnement de la perte d'autonomie**  
Sylvain Denis ..... 5
- **Le modèle de financement actuel et ses fragilités**  
Céline Moreau ..... 6

#### TABLE RONDE 2

Quelles évolutions ?

- **Exemple de la Mutualité française**  
Émilie Duchange ..... 9
- **Quelles évolutions du partage public/privé dans le financement ?**  
Roméo Fontaine ..... 10
- **Financer le modèle ?**  
Romain Gizolme ..... 11
- **Quelques pistes d'amélioration dans le financement des Ephpad**  
Gaël Hilleret ..... 13

### LE MOT DU PRÉSIDENT

#### Urgences, pas de réponse simple à un problème complexe

La question des urgences est présente sur le devant de la scène à intervalle régulier au gré des crises sanitaires et des mouvements sociaux à l'hôpital. Elle est présentée comme symptomatique des dysfonctionnements de notre système de santé, au point de rencontre douloureux de l'hôpital et de la médecine de ville.

Symptomatique de quoi ? D'un manque de moyen ? Certainement, l'hôpital a souffert du retour à marche forcée à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie ; le dernier PLFSS différant ce retour à l'équilibre témoigne de la nécessité ressentie par le gouvernement de relâcher la pression sur l'hôpital. Mais, on le sait, ce n'est pas l'unique cause des difficultés rencontrées par les services d'urgences, ou pour le moins par certains d'entre eux. De nombreux témoignages nous informent des réalités rencontrées

pour dénoncer l'engorgement délétère des services mais aussi le dévoiement de l'utilisation des urgences par manque d'alternatives dans l'offre de soins des territoires ou en raison de comportements inadaptés des usagers du système de santé.

On est pourtant dans la peine pour faire une analyse fine et détaillée, partagée par tous, des services d'urgences et des patients les visitant. Cette réalité est d'ailleurs probablement très hétérogène selon les territoires. Certains travaux cherchent à objectiver cette réalité, ils sont dispersés et encore trop peu nombreux. On manque cruellement de connaissances approfondies même si des progrès sensibles ont été réalisés grâce notamment aux observatoires régionaux des ur-

*(Suite page suivante)*

### ÉDITORIAL

Les Ephpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) veulent changer de nom. Certains proposent de remplacer le terme d'«établissement» par celui de «résidence» ou de «maison» pour renforcer l'idée qu'il s'agit là d'un lieu de vie, d'un domicile, avant d'être un lieu de soins : qui se plaît à l'idée de vivre dans un «établissement» ? D'autres proposent de supprimer la référence à la dépendance, trop stigmatisante. Certains souhaitent souligner leur caractère médicalisé quand d'autres souhaitent mettre en avant leur dimension médico-sociale. Le débat n'est pas tranché. Mais de nombreux établissements du secteur ne font d'ores et déjà plus aucune référence sur le support de communication aux termes d'«Ephpad», préférant par exemple parler de «maison de retraite médicalisée» ou de «résidence pour aînés»...

Ces débats sémantiques révèlent sur le fond une divergence de point de vue sur la fonction sociale de ces établissements qui

accueillent en France près de 600 000 personnes. Tous les acteurs s'accordent à dire que les Ephpad d'aujourd'hui sont très différents des maisons de retraite d'il y a un demi-siècle, au regard du profil des personnes accueillies ou des missions qui leur sont confiées.

Cette volonté de changer de terminologie vise aussi sans doute à éloigner l'image très négative que les médias ont récemment véhiculée sur les Ephpad. Malgré un reste-à-charge médian proche de 1 850 € par mois<sup>1</sup>, la qualité de la prise en charge y serait très variable d'un établissement à l'autre et les conditions de travail extrêmement difficiles. Qualité de la prise en charge, conditions

*(Suite page suivante)*

<sup>1</sup> Xavier Bernard et Malika Zakri (2018), « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite », Études et Résultats, n° 1 095, Drees.

## Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse  
Bâtiment 15/16  
16, avenue Paul Vaillant Couturier  
94807 Villejuif cedex

Tél.: 06 67 52 04 16

E-mail: [sg@ces-asso.org](mailto:sg@ces-asso.org)

Site internet: [www.ces-asso.org](http://www.ces-asso.org)

### Directeur de rédaction:

Jérôme Wittwer,  
assisté de Denis Raynaud  
et Bruno Detournay

### Secrétariat de rédaction:

Claire Maugé

### IRDES Conception maquette:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes),  
Anne Evans (Irdes)

### Mise en pages:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes)  
Damien Le Torrec (Irdes)

ISSN: 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

## Le mot du président (suite)

gences. Chacun a sa propre vision, sa propre expérience, sa propre interprétation, ses propres solutions. Il est délicat de s'accorder sur des solutions sans s'accorder sur un constat. Plus la réalité est complexe et mal connue plus la tendance à la simplifier à outrance pour faire porter ses arguments est forte.

Au-delà des mesures immédiates résultant de la gestion de crise, le pari fait aujourd'hui par le gouvernement est celui de la réorganisation de l'offre de soins de premiers recours, devant favoriser l'intégration et la continuité de soins, couplée avec le déploiement d'hôpitaux de proximité. On comprend cette logique

d'offre mais cela devrait nous obliger, en premier lieu, à mieux comprendre les comportements de recours aux urgences, finalement très mal connus, et qui président à la réussite ou aux échecs des réformes mises en œuvre. Les économistes de la santé ont leur part de travail à réaliser sur ce point. Il nous faut comprendre la demande pour la réguler ou pour ajuster de manière pertinente l'offre de soins. C'est un débat confus, pour partie aveugle, à nous de contribuer à l'éclairer. ■

**Jérôme Wittwer**

Président du Collège  
des économistes de la santé

**Cette Matinée thématique du Collège a été organisée  
en partenariat avec la FNMF et l'enquête SHARE le jeudi 4 avril  
à la Maison des Mines (270 rue Saint-Jacques, 75005 PARIS).**



## ÉDITORIAL, suite...

de travail, reste-à-charge... autant de constats relatifs à des thématiques plus que familières aux économistes de la santé.

Pourtant, la prise en charge des personnes âgées en Ehpad reste un champ de recherche relativement peu investi par les économistes. On y retrouve pourtant des problématiques au cœur de la discipline. On pense naturellement aux questions actuelles sur la régulation du secteur et le modèle de financement, aujourd'hui remis en cause par une majorité d'acteurs. On pense également aux questions relatives à l'accessibilité financière et géographique, aux comportements de demande d'entrée en Ehpad, à la gestion des files d'attente et à la sélection des résidents, aux asymétries d'informations sur la qualité, etc.

En consacrant sa 18<sup>e</sup> matinée thématique au modèle de financement des maisons de retraite médicalisées, le CES a voulu, autour de deux tables rondes, mettre en avant certaines de ces problématiques à forte dimension économique.

La première table ronde consacrée à l'analyse du modèle de financement actuel a permis de discuter de l'estimation des coûts de prise en charge, des principes sur lesquels s'appuie le modèle de

financement actuel et de la manière dont ses fragilités pèsent sur la qualité de la prise en charge. La seconde table ronde s'inscrivait dans l'analyse des évolutions possibles. Elle a permis d'échanger sur les récentes propositions de réforme : sur quels principes et selon quelles modalités baser une refonte du système de financement ? Peut-on en particulier simplifier le système de financement sans toucher aux logiques de solidarités sous-jacentes ? Comment réduire les restes à charge tout en améliorant les conditions de prise en charge ?

La consolidation des données médico-sociales administratives accessibles à la communauté scientifique et, suivant les recommandations du rapport Libault, la meilleure représentativité dans les enquêtes en population générale et longitudinale des personnes âgées vivant hors ménages ordinaires, permettront de nourrir ces réflexions et de contribuer utilement à un débat public qui sera sans aucun doute important à l'avenir. ■

**Roméo Fontaine**

Chargé de recherche,  
Institut national d'études démographiques (INED)

## LE FINANCEMENT DES EPHAD – L'EXEMPLE DE LOGEA

Erik Dermit

Directeur général de l'association LOGEA

Aujourd'hui un Ehpad ne peut fonctionner sans ses salariés. Les salariés qui y travaillent et accompagnent au quotidien les résidents dans les actes de la vie courante, ce que l'on appelle la bienveillance. En effet, il est préférable de parler de bienveillance. Ainsi plus les effectifs seront importants, plus les ratios d'encadrement seront importants, et donc l'accompagnement sera meilleur.

En France on enregistre 600 000 personnes âgées dépendantes en Ehpad, cela fait globalement 1 % de la population française et environ 830 000 équivalents temps plein (ETP), engagés auprès de ces personnes dépendantes. Cela fait un ratio de 1,38. Ce ratio est un ratio que je ne connais pas et pourtant j'en rêve tous les jours si des établissements comme ceux de l'Association que je dirige avais un ratio de 0,76 sur chaque établissement, cela sera déjà satisfaisant.

La différence entre ces deux ratios est très importante. Je sais que pour la Belgique, par exemple, on est à 1,1 mais on est à 1,1 au chevet. Donc le ratio annoncé est juste mais il y a toute la partie administrative qui est exclue de ces ratios.

Des ratios d'encadrement ont été également définis selon des critères de dépendance ou de besoin en soins requis, on parle de GIR 4, GIR 1, T2. Derrière ces indicateurs, il s'agit d'accompagner des personnes souffrantes, parfois agitées, qui nécessitent beaucoup plus de soins et d'attention qu'une personne qui peut déambuler et qui souffre d'une pathologie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Ce deuxième cas de maladie nécessite un besoin d'accompagnement et de surveillance.

Travaillant avec des partenaires du secteur privé commercial, je partage le modèle économique lié aux statuts du Gestionnaire de l'Ehpad. Le secteur public correspond à 50 % des Ehpad, le secteur associatif correspond quant à lui à 28 % des Gestionnaires et un secteur privé, que l'on appelle lucratif mais que je préfère appeler commercial, qui représente 22 %.

Je rappelle que la construction et le modèle économique sont différents. Un Ehpad pour lequel le Gestionnaire est associatif fera appel à un bailleur social qui pourra emprunter jusqu'à 50 ans. D'autres ne pourront bénéficier des mêmes dispositions.

Certains acteurs vont bénéficier d'aides départementales, de subventions publiques via la CNSA, ou par l'Agence régionale de santé, ou via des collectivités. Ces mathématiques de l'addition de ces emprunts à la soustraction de ces subventions, nous pouvons présenter un coût de sortie de ces opérations ; c'est ce qui différencie en partie les prix au sein des établissements.

A ces coûts de sortie, appelés vulgairement tarif hébergement, s'ajoutent les prix des fonciers qui sont bien différents d'un territoire à un autre et qui seront évidemment intégrés à ces tarifs.

Le soin et la dépendance ou encore les tarifs soins et les tarifs dépendance, ou encore forfait soins et forfait dépendance, viennent en soutien des coûts d'hébergement pour accompagner les résidents. La part hébergement représente près de 58 %, la part dépendance 12 % et le soin 30 %.

C'est encore une fois mathématique : si l'on souhaite augmenter nos ratios d'encadrement dans un secteur d'activité difficile, de moins en moins attractif, il sera nécessaire de l'impacter sur l'une ou l'autre section tarifaire.

L'équation mathématique aujourd'hui pour pouvoir budgéter, pour pouvoir faire un budget prévisionnel pour un Gestionnaire, est extrêmement complexe. La dotation soin autorisée par les Agences Régionales de Santé est la suivante :  $(GMP + PMP \times 2,59) \times$  la capacité autorisée d'accueillir  $\times$  le tarif partiel (TPSEI). Aujourd'hui, ce sont les indicateurs qui permettent de déterminer un plafond de subvention pour pouvoir embaucher du personnel soignant au sein des Ehpad.

A LOGEA, on est à 90 % de ces dotations plafond ce qui fait globalement une insuffisance de subvention de 150 000 euros par Ehpad, ce qui peut représenter 6 postes d'aides-soignants. Une accélération de la convergence tarifaire permettra un recrutement juste de personnel soignant en fonction du niveau de soins requis dans les Ehpad. Si on examine cette formule et que l'on souhaite y apporter un équilibre, on s'aperçoit qu'on ne peut agir ni sur le tarif partiel, ni sur la capacité autorisée. On ne peut donc agir que sur deux autres facteurs, c'est-à-dire le GIR moyen pondéré et le Pathos moyen pondéré, correspondants à cette fameuse tarification à l'activité.

Aujourd'hui, on parle de cette notion de reste à charge (le coût supporté par les résidents), il est apparu, également, dans le rapport Libault un reste à vivre. Ce rapport est une excellente photographie du secteur actuel qui souffre réellement. Le reste à vivre est la part qui va rester à la personne âgée pour vivre. Cette notion me choque. Le terme de reste à charge était lourd mais la notion de reste à vivre l'est d'autant plus. Le reste à vivre c'est ce qui vient après le reste à charge. Ce sont des termes que l'on fera évoluer dans le temps. ■

# LA MESURE DES COÛTS EN EHPAD

Nelly Boulet

Ingénieure statisticienne,  
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

[https://www.ces-asso.org/sites/default/les/nelly\\_boulet.pdf](https://www.ces-asso.org/sites/default/les/nelly_boulet.pdf)

En 2012, la DGCS et la CNSA ont souhaité approfondir et actualiser la connaissance des coûts en Ehpad. Pour cela, ils ont fait appel à l'ATIH pour réaliser des enquêtes puis des études sur les coûts de prise en charge. En effet, l'ATIH avait une expertise dans ce type d'étude notamment sur les établissements sanitaires, depuis de nombreuses années.

Dès 2012 et 2013, des enquêtes de coûts ont été menées, permettant d'avoir des résultats globaux par place, non détaillés selon les caractéristiques du résident. En 2013, le coût (hors charges financières et de structure immobilière) journalier par place était de 101 €. Ces deux enquêtes de coûts avaient pour finalité de vérifier que les Ehpads pouvaient se lancer dans l'exercice de comptabilité analytique que nécessite une Etude Nationale de Coûts (ENC).

Les Etudes Nationales de Coûts ont débuté à partir de 2015 et ont lieu chaque année. Elles sont plus fines qu'une enquête car des informations sont recueillies auprès du résident. Cette étude permet de calculer un coût moyen journalier d'un résident selon ses caractéristiques. Par exemple, l'étude de 2016 a évalué le coût (hors charges financières et de structure immobilière) journalier d'un résident confiné au lit et au fauteuil avec des troubles psychiatriques à hauteur de 113 €. Tandis qu'un autre résident qui aurait également des troubles psychiatriques mais une autonomie plus grande à un coût journalier de 82 €.

Il existe donc des différences entre une enquête pour calculer un coût global et une étude nationale de coûts plus précise.

## Comment obtenir ces résultats ?

Tout d'abord, ces études sont menées sur un échantillon d'Ehpads volontaires. Au départ de cet exercice, il y a entre 80 et 100 Ehpads participants.

La première année, l'Ehpad recueille les données auprès du résident lors de quatre coupes. Ainsi, pendant quatre semaines de l'année, les Ehpads vont mesurer sur chaque résident les données AGGIR et Pathos et le minutage des AS-AMP-ASG-IDE-ASH<sup>1</sup>. L'année d'après, les données comptables sont transmises par les Ehpads. Les résultats sont obtenus l'année suivante (si l'année d'observations des coûts est l'année N, les résultats sont disponibles en N+2). Seuls les Ehpads ayant fourni des données de qualité sont intégrés aux analyses (environ 70 Ehpads).

Environ 20 000 observations sont disponibles pour l'analyse puisque l'observation est disponible par résident et par trimestre.

Un groupe d'experts médicaux des fédérations, de la CNSA, de l'ATIH et de la DGCS s'est réuni pour définir des groupes de résidents, utilisés pour restituer les données de coûts.

Ainsi, 83 groupes de résidents homogènes en termes d'état de santé et de niveau d'autonomie ont été constitués à partir du profil de soins Pathos et du rang AGGIR. Les coûts restitués sont redressés par rapport à une population de référence.

Sur l'ENC 2016 (ENC 2017 publiée mi-juillet 2019), la population de référence couvre l'ensemble des résidents des Ehpads avec une coupe Pathos validée ARS entre 2013 et 2016. La population de référence ne couvre pas encore l'ensemble des Ehpads (59 % des résidents dans la population de référence pour l'ENC 2017) mais le taux de couverture progresse. En effet, pour chaque nouvelle ENC, la population de référence est enrichie des coupes Pathos les plus récentes. Le périmètre des coûts inclut les soins de ville. Les charges financières et de structure immobilière n'étant pas ajustables à la population de référence, elles sont exclues du coût.

Pour les données 2016, les coûts de 79 des 83 groupes existants ont pu être estimés, puisqu'un minimum d'au moins 30 observations était nécessaire pour pouvoir faire cette estimation. Sur les 79 groupes, 29 ont un coût entre 100 et 110 €. 36 % des résidents de la population de référence sont dans un de ces 29 groupes.

L'ENC permet d'apprécier l'éventail des coûts. Le groupe 83 rassemble des résidents qui ont un état de santé stable, et peuvent effectuer partiellement leur toilette et les activités. Les personnes de ce groupe ont un coût de 79 € par jour, c'est le coût le plus bas. A l'extrême, les résidents du groupe 21 ont le coût le plus élevé avec 128 € par jour. Dans ce groupe, les résidents ont des profils de soins T1 ou T2, codés dans Pathos (T1 : le pronostic vital est engagé dans l'immédiat, T2 : nécessité de surveillance rapprochée).

Entre 2015 et 2016, 73 % des groupes (55 sur les 78 groupes avec un coût calculé les deux années) ont un

<sup>1</sup> AS : aide-soignant, AMP : aide médico-psychologique, ASG : assistant de soins en gérontologie, IDE : infirmière diplômée d'Etat, ASH : agent de service hospitalier.

coût stable (c'est-à-dire une hausse ou une baisse inférieure à 5 %). 83 % des résidents de la population de référence sont dans un de ces groupes. Pour les autres groupes, la hausse des coûts entre 2015 et 2016 est plus fréquente que la baisse. En effet, 15 groupes ont une hausse de 5 % à 10 % de leur coût entre ces deux années contre 4 groupes qui ont une baisse entre 5 % et 10 %.

L'étude nationale de coûts donne la répartition du coût selon les activités. Il devient possible d'analyser les groupes en parallèle : par exemple le groupe 83, qui rassemble des résidents ayant un état de santé stable et qui peuvent effectuer partiellement leur toilette et les activités (GIR 6) avec le groupe 72, qui rassemble des personnes qui ont un état de santé stable mais qui ont besoin d'une présence continue (GIR 1). Ce deuxième groupe a un coût total de 110 € par jour alors que le groupe 83 a un coût total de 79 € par jour. Ce coût peut être découpé selon les activités, c'est-à-dire tout ce dont bénéficie le résident en Ehpad (l'hôtellerie, la blanchisserie, la restauration, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, l'organisation du lien social, les soins dispensés pris en charge par les soins de ville, les soins dispensés pris en charge par l'Ehpad, l'immobilier (énergies et fluides) et la gestion générale et management). La différence de coûts entre les deux groupes est due à l'activité d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne : pour le groupe 83, cette activité coûte 11 € par jour contre 38 € dans le groupe 72. Pour un même état de santé, des différences sur l'autonomie (rang AGGIR) se traduisent par des différences sur l'accompagnement.

Le coût de prise en charge peut aussi être décomposé selon les principaux postes de charges. Il s'agit du personnel médical, du personnel soignant (les infirmiers, les kinés, les psychomotriciens, les aides-soignants, etc.), du personnel autre, des charges médicales (les médicaments, les dispositifs médicaux, etc.) et des charges à caractère non médical (les couches, la nourriture, etc.). La comparaison des deux mêmes groupes (d'un côté un groupe avec un état de santé stable et une autonomie importante et de l'autre un groupe avec un état de santé stable et une autonomie réduite) montre que seul le coût du personnel soignant diffère entre ces deux groupes. En effet, pour le premier groupe, 20 € par jour sont consacrés au personnel soignant contre 49 € pour le second groupe. Ces deux groupes se distinguent par le niveau de l'accompagnement qui est réalisé pour partie par du personnel soignant.

Sur le site internet de l'ATIH, vous trouverez la note de fin de campagne qui décrit l'échantillon et le processus de redressement (<https://www.atih.sante.fr/enc-Ehpad-donnees-2017>). Les résultats de l'ENC sont sur le site de restitution des données Scansanté (<https://www.scansante.fr/applications/enc-Ehpad>). Vous y trouverez les résultats des ENC 2015 à 2017 sous différentes formes : un fichier avec l'ensemble des coûts par groupe de résidents et la décomposition par activité ou par poste de charges, un formulaire d'interrogation des données pour accéder à des fiches synthétiques pour un groupe donné et une fiche thématique qui vous expliquera les possibilités d'analyse de ces données. ■

## REPENSER LE SYSTÈME D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Sylvain Denis

*Président de la Fédération nationale des associations de retraités*

**D**u point de vue de l'utilisateur, le problème des Ehpad est tout d'abord un problème d'image et de communication. En effet, dans les médias on ne montre que les exemples d'Ehpad où il y a un problème. Le résultat c'est que maintenant, il y a une image péjorative des maisons de retraite.

Le problème du financement des Ehpad est d'abord un problème de modèle. Nous avons une modification considérable de la pratique médicale, nous allons donc vers un besoin de modification de modèle de la prise en charge de la perte d'autonomie. La question est de savoir comment accompagner cette transformation de l'offre, comment nous allons pouvoir imaginer non pas l'Ehpad de 2050 mais le système d'accompagnement de 2050. Je pense que c'est en termes de système d'accompagnement qu'on doit penser.

Nous allons vers un modèle où il y aura forcément des interactions entre l'hôpital de proximité, l'établissement pour les personnes qui ont besoin d'être très accompagnées et le domicile qui est la demande principale des personnes. Il faudra travailler ces interactions et les mettre en adéquations.

### Comment financer tous cela ?

On peut faire un financement par les structures (Cnam, les mutuelles, l'État...). Je pense qu'il faut travailler ce modèle pour simplifier les flux de financements, qui sont d'une grande complexité, et en même temps d'essayer de fluidifier les parcours des personnes. On parle beaucoup plus aujourd'hui de la personne que des structures, c'est un progrès. Ce qu'il faut financer c'est le parcours de la personne.

Nous avons vu qu'il y a un reste à charge important. Le reste à vivre c'est ce que la structure ne prend pas en charge. Par exemple, prenons le cas des podologues qui sont très importants pour les personnes âgées. Ce type de soins n'est pas remboursé par la sécurité sociale et cela coûte entre 25 à 35 euros la séance. Ainsi, on retrouve ces soins dans le reste à vivre. Prenons le cas des petits plaisirs qu'on peut se faire ou faire à ces petits-enfants c'est également dans le reste à vivre. C'est pour ça que la notion de reste à vivre est un peu triste mais elle est une réalité.

Il faut rappeler que dans la partie hébergement c'est le vivre et le couvert qu'on avait déjà chez nous. C'est une hôtellerie qui coûte relativement plus cher que ce qu'on peut avoir chez soi.

Lorsqu'on veut aller en Ehpad, on nous dit, parfois, vendez votre maison et on utilisera cet argent pour

payer l'Ehpad. Mais si on est encore en couple, qu'est-ce que devient l'autre s'il n'est pas en perte d'autonomie ? C'est une difficulté supplémentaire mais il ne faut pas laisser croire que l'hébergement en maison de retraite sera complètement gratuit. Il faut essayer de réduire le reste à charge, les solutions ne sont pas évidentes, il est nécessaire d'analyser les situations des personnes au cas par cas.

Enfin, les problèmes des inégalités territoriales sont très graves. Il y a des solutions proposées avec un tarif planché applicable partout et suivant les cas et les départements mais c'est à travailler. Mais nous avons là une réelle difficulté, parce que c'est vrai qu'on peut avoir un établissement qui va être dans un secteur peu cher du point de vue foncier mais le problème c'est qu'il est à 50 km de la ville où la vie sociale se passe, où les enfants vivent etc. Si on est à 50 km cela veut dire que vous êtes isolés et peut être davantage que lorsque vous étiez à domicile. ■

## LE MODÈLE DE FINANCEMENT ACTUEL ET SES FRAGILITÉS

**Céline Moreau**

*Responsable du Pôle allocation budgétaire de la Caisse nationale de solidarité  
pour l'autonomie (C.N.S.A.)*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**  
[https://www.ces-asso.org/sites/default/les/celine\\_moreau.pdf](https://www.ces-asso.org/sites/default/les/celine_moreau.pdf)

### **Les enjeux financiers globaux**

La tarification des Ehpad est multi-financeur. En effet, chaque établissement reçoit des ressources selon plusieurs modalités. Tout d'abord, les charges du forfait soins sont couvertes directement par l'Assurance maladie. Ensuite, le tarif dépendance est fixé annuellement par le président du conseil départemental. Il couvre les dépenses liées à l'aide apportée aux résidents pour accomplir les actes essentiels de la vie. Il s'agit de frais liés à la mise à disposition d'un personnel formé, par exemple pour l'aide à la toilette ou les déplacements. Il croît avec le niveau de dépendance du résident et est évalué par son groupe iso-ressources (GIR). Enfin, le tarif hébergement comprend les dépenses d'entretien et d'administration, la restauration et les activités d'animations. Il est fixé par le président du conseil départemental si l'établissement est habilité à l'aide sociale ; sinon, la liberté tarifaire prévaut, et c'est le directeur de l'Ehpad qui l'établit. Ce tarif constitue la principale composante du reste à charge du résident.

Il est assez complexe de savoir combien reçoit chaque Ehpad car même si on a un cadre comptable commun pour pouvoir retracer l'ensemble de ces ressources,

chaque Ehpad ne joue pas forcément le jeu d'afficher la part hébergement.

J'ai souhaité reprendre les éléments inscrits dans le rapport Grand âge autonomie (GAA), paru très récemment, qui estimait qu'en 2014, le coût global représentait 30 milliards d'euros, soit 1,4 % du PIB, divisé en trois postes de dépenses : santé (12,2 milliards d'euros), dépendance (10,7 milliards d'euros) et l'hébergement (7,1 milliards d'euros).

On a différentes sources de financement. En effet, la partie santé est financée principalement par la sécurité sociale et la CNSA (12,1 milliards d'euros) et les ménages (0,1 milliard d'euros). La partie dépendance est financée par la sécurité sociale et la CNSA (3,3 milliards d'euros), les ménages (2,1 milliards d'euros), les collectivités locales (4,4 milliards d'euros), l'Etat (0,5 milliard d'euros) et les organismes complémentaires (0,3 milliard d'euros). La partie hébergement est financée par la sécurité sociale et la CNSA (0,2 milliard d'euros), les ménages (3,8 milliards d'euros), les collectivités locales (1,2 milliard d'euros) et l'Etat (1,9 milliard d'euros).

La Drees a fait une projection à l'horizon 2030. Cette projection repose sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA et dépend de la projection démographique et des hypothèses de taux de prévalence de la dépendance par âge. Le rapport GAA retient l'hypothèse intermédiaire formulée par la Drees, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) qui passerait de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. Cela représente une hausse de l'ordre de plus de 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, puis une franche accélération de 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040 qui correspond aux baby-boomers. On voit donc qu'il va falloir financer d'avantage ce secteur au vu de cette réalité démographique et il y aura la nécessité de faire évoluer l'offre puisque le modèle actuel arrive à bout de souffle.

Actuellement, il y a 830 000 personnes qui travaillent dans le champ de la perte d'autonomie du grand âge (en équivalents temps plein). Selon les projections de la Drees à l'horizon 2030, il y aura une hausse de 20 % sans évolution de l'offre actuelle et une hausse de 30 % en tenant compte des propositions du rapport.

Il est donc nécessaire de redonner une attractivité au secteur et de valoriser les métiers concernés. Il va falloir augmenter le temps de présence humaine auprès des résidents, qui pourrait représenter une augmentation de 25 % (+13 ETP pour 100 résidents) du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024. Le financement de cette mesure pourrait être majoritairement porté par l'assurance maladie.

### Des situations hétérogènes

Aujourd'hui, le financement de la dépendance dans les Ehpad est assuré par les conseils départementaux. L'équation tarifaire qui doit s'appliquer sur le volet dépendance de la réforme mise en place en 2017 repose sur la valeur du point GIR fixée chaque année par le président du conseil départemental. Les financements versés par les conseils départementaux pour la prise en charge de la dépendance sont déterminés en tenant compte du niveau de dépendance moyen des résidents du département. Il n'y a pas d'harmonisation nationale de ce type de financement.

Il existe depuis plusieurs années maintenant un « Clapet anti-retour », c'est-à-dire que les ressources globales allouées par chaque conseil départemental aux Ehpad ne peuvent être inférieures au montant global alloué l'année antérieure.

En 2018, sur un échantillon de 97 conseils départementaux, on observe que le point GIR médian, qui est le niveau de mesure de la dépendance dans le département, est de 7,07 € (7 € en 2017).

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) oblige les Ehpad à transmettre leur

prix hébergement et leur tarif dépendance. Ces prix sont affichés sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et permet à la CNSA de réaliser chaque année l'analyse des prix hébergements qui est retranscrite dans une publication disponible sur son site internet. En 2017, le prix médian d'une place en Ehpad, sur un échantillon significatif, est de 1 953 euros. On observe une dispersion des tarifs qui est comprise entre 1 674 € et 2 819 € mensuels (hors valeurs extrêmes). Selon la structure dans laquelle est accueillie la personne, celle-ci ou sa famille vont devoir supporter un coût très important que les revenus permettent rarement de couvrir.

Afin d'analyser les facteurs qui pouvaient expliquer la variabilité des prix, on a choisi plusieurs variables afin de distinguer les Ehpad : l'année d'ouverture, l'année de rénovation et la zone géographique. Il en est ressorti que le prix moyen est plus élevé dans un Ehpad ouvert ou rénové récemment, localisé dans une ville-centre ou une banlieue, non habilité à l'aide sociale et où les taux d'occupation en hébergement permanent sont faibles.

Également, lorsque le nombre de places installées dans l'Ehpad augmente, le prix moyen augmente également, excepté pour les Ehpad publics où le prix le plus bas est observé et où la capacité installée est comprise entre 60 et 99 places. Ce constat pourrait suggérer qu'une taille « idéale » existe autour de cette capacité d'accueil dans le secteur public.

Le taux d'encadrement total contribue également à expliquer les écarts de prix. Dans les Ehpad publics, privés et associatifs, les prix augmentent avec le taux d'encadrement total.

Le tarif médian d'une place en Ehpad (1 953 €) est souvent supérieur au niveau de vie des personnes de 75 ans et plus (1 740 €). De ce fait, le prix médian d'une chambre seule représente ainsi 112 % des revenus moyens d'un foyer de retraités.

### Quelques pistes de réflexion

Tout d'abord, c'est un modèle de financement complexe et peu lisible :

- Il y a un besoin de simplifier et de clarifier le mode de financement des Ehpad.
- On remarque qu'une estimation du besoin en soins et du niveau de dépendance des résidents semblent pouvoir être conservés, tout en veillant à ce que les référentiels soient régulièrement adaptés aux évolutions des pratiques.
- L'allocation des ressources doit être mise davantage en cohérence avec l'estimation des coûts supportés par les structures. Aujourd'hui, cette étude n'est pas prise en compte par le modèle de financement. Il n'y a pas encore de rapprochement entre les financements qui sont alloués et les coûts qui sont supportés par les struc-

## Table ronde 1

Céline Moreau

tures. Ça pourrait être intéressant de mettre l'ensemble de ces informations en cohérence.

### Ensuite, les hétérogénéités doivent être réduites.

- Le financement de la dépendance doit-il dépendre du niveau de ressources qui peuvent être mobilisées par le conseil départemental ?

- De plus, le reste à charge pour les résidents doit être supportable.

Enfin, il faut favoriser l'inclusion, le choix et le bien-être des personnes : le mode de financement des Ehpad doit être dynamique et en lien avec les autres modalités d'accompagnement des résidents, notamment à leur domicile. ■



## EXEMPLE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Émilie Duchange

Chargée de mission médico-sociale, Mutualité française

La mutualité française est une fédération des organismes d'assurances complémentaires santé mais c'est aussi une fédération de gestionnaires d'établissements et de services. On compte sur environ 65 départements, 210 Ehpad mutualistes (cela représente 15 000 places), 102 services de soins infirmiers à domicile et 50 logements intermédiaires et résidences autonomie. Il est important de parler des logements intermédiaires et résidences autonomie parce que les personnes veulent rester chez elles. Ainsi, il y a tout un domaine de logements qui ne relèvent pas du code de l'action sociale et des familles mais où vivent les personnes âgées et où il se passe des choses intéressantes. La mutualité gère également 80 services d'aides et d'accompagnements à domicile. Je n'ai donc pas seulement le point de vue d'un gestionnaire d'Ehpad.

Actuellement, on entend parler mais toujours rapidement des Ehpad hors les murs. Je pense qu'il est important de revenir sur ce sujet car on n'en parle pas assez concrètement, en termes de conséquences sur la vie quotidienne. Les gestionnaires de maisons de retraite effectuent déjà des missions hors les murs et leur permettre d'assumer pleinement ce rôle de pôle ressource ou de pôle gérontologique dans un territoire de proximité implique donc de donner avant tout aux établissements les conditions d'assurer leur métier premier notamment en termes d'accompagnements, de soins pour de bonnes conditions d'exercices.

Je reviendrai à la fin sur une étude intéressante faite par des gestionnaires en Bretagne sur l'hébergement temporaire. L'étude montre que les taux d'occupation, plutôt autour de 65% dans ces structures en dépit de l'intérêt démontré de cet accueil peuvent être largement augmentés grâce à une organisation réactive reposant notamment sur une dotation réelle en personnels de soins.

Les chiffres montrent que les personnes vont en maison de retraite parce qu'elles n'ont plus vraiment le choix et qu'elles préféreraient pour certaines d'entre elles rester à domicile. Mais en dépit de la grande diversité des services qui existent pour le soutien à domicile et notamment des coordinations et des coordinations de coordinations, elles ne peuvent pas rester chez elles suite à une hospitalisation, à une chute à une dégradation de leur état de santé ou de celle de leur conjoint, cela devient une obligation.

Or les Ehpad fournissent un accompagnement déjà très complet : compétences médicales, paramédicales, restauration, animation, ils permettent un accueil diversifié (accueil temporaire, accueil de jours et hébergement permanent). Par conséquent, ils peuvent constituer une ressource territoriale intéressante (par exemple pour

un hébergement ponctuel dit d'urgence). Ils sont, également, bien placés pour effectuer un suivi régulier et global sur les dimensions sociales, psychologiques et médicales.

Ils assurent, antérieurement, des prestations à l'intention des personnes qui vivent à domicile puisqu'ils peuvent accueillir dans leur mur des actions de prévention à des personnes qui ne sont pas résidentes. Toutefois cet accueil de non-résidents pose des questions non résolues en termes de responsabilité juridique.

Ainsi, les Ehpad travaillent déjà en lien étroit avec leur partenaire sur les territoires. Ils sont, donc, peut-être plus légitimes pour interpeler des spécialistes à l'hôpital et ainsi nouer des partenariats.

Avec les gestionnaires d'Ehpad mutualistes, on a élaboré un cahier des charges des dispositifs d'accompagnement renforcés à domicile. On ne parle pas d'Ehpad dans les murs car toutes les missions qui sont dans ce cahier des charges ne sont pas forcément assurées par une maison de retraite. Lorsqu'une personne veut rester à domicile, il y a un ensemble de prestations liées à l'aménagement du logement, par exemple, et de services qui vont être mises à sa disposition en fonction de ses besoins, de ses envies et de son budget.

Tout d'abord, on a fait beaucoup de progrès sur la dimension domotique, c'est-à-dire sur l'évaluation de l'usage réel des aides techniques et de l'aménagement du domicile. L'objectif de la dimension domotique est de s'assurer de la sécurité du patient à l'aide d'un certain nombre d'aménagement, comme le système d'alerte s'il y a une chute ou une fugue. Il y a également tout une dimension soins qui est assurée par les Ehpad et surtout par les SSIAD.

Ensuite, il y a un volet accompagnement dans la vie quotidienne. L'objectif n'est pas que les Ehpad se mettent à faire de l'aide à domicile mais plutôt qu'ils arrivent à élaborer un partenariat assez dynamique et équitable avec des services à domicile, afin que ce soient les services à domiciles choisis par le patient qui puissent intervenir à son quotidien.

Enfin, il y a toute une dimension action de prévention et aide aux aidants. L'idée n'est pas de bouleverser les missions des maisons de retraites mais de les accompagner dans un partenariat un peu plus concret dans les accompagnements individuels de personnes.

Il y a d'importantes critiques sur le modèle économique. En effet, si une personne est à domicile, elle va percevoir l'APA ; cependant selon le département de résidence et

le type de service choisi, le montant de l'APA ne couvre pas forcément le même nombre d'heures d'aide à domicile. Il n'y a pas non plus les mêmes prestations en termes d'accompagnement en aides techniques ou aménagement du domicile. Le but est donc de tester un modèle de prestations et services harmonisés

Dans les projets qui sont en train de se faire du côté de la mutualité, il n'y a pas que des Ehpad qui sont dans la boucle et ce n'est pas forcément eux qui vont assurer la coordination autour de la personne, ça peut être les SSIAD ou les SPASAD par exemple. Or tous ces parte-

naires qui vont essayer de proposer une action concertée la plus lisible possible pour les personnes et leurs aidants sont concernés par une problématique commune d'attractivité, de conditions de travail et de recrutement.

Et au-delà des discussions sur le nombre d'ETP de professionnels par résident, il y a certes les questions de condition de travail ou de rémunération mais il y a aussi un inquiétant facteur démographique : les promotions d'instituts de formation des infirmières et des aides-soignantes ne sont pas complètes. ■

## QUELLES ÉVOLUTIONS DU PARTAGE PUBLIC/PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT ?

Roméo Fontaine

Chargé de recherche, Institut national d'études démographiques (INED)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

<https://www.ces-asso.org/sites/default/les/fontaine.pdf>

L'amélioration souhaitable de la qualité de la prise en charge en Ehpad, passant principalement par une augmentation du taux d'encadrement, s'accompagnera nécessairement d'une augmentation des dépenses à la charge des résidents, déjà importantes dans une majorité des cas. Sauf à repenser le partage public/privé du financement.

Les Ehpad sont des producteurs de prise en charge intégrée, qui offrent des prestations de différentes natures : prestations de soins, prestations d'aides à l'autonomie et prestations d'hébergement. Chacune de ces prestations présente des logiques spécifiques de financement. En particulier, le partage entre ce qui relève de la solidarité publique et ce qui relève du résident et de ses ressources propres (revenu ou patrimoine), voire de ses obligés alimentaires, est pensé différemment selon le type de prestation. La coexistence de différentes logiques peut paraître tout à fait normale dès lors qu'on considère comme légitime que, par exemple, les dépenses liées aux prestations hôtelières, relevant pour certaines plus du confort, et celles liées à une prise en charge médicale n'appellent pas nécessairement une mobilisation identique des solidarités publiques. Aujourd'hui, cela conduit malgré tout à un modèle de financement qu'une majorité d'acteurs qualifient d'illisible et source d'inefficacité, où s'enchevêtrent différents mécanismes de financement et différents financeurs.

De manière simplifiée, le modèle actuel de financement et le partage entre prise en charge publique et reste à charge sont principalement basés sur la coexistence de trois logiques de solidarité différentes. Le financement des prestations de soins, d'un montant proche de 8,8 milliards d'euros par an, s'inscrit dans une logique de cou-

verture universelle et indépendante du revenu. Ces prestations sont financées par l'assurance maladie sous forme de forfait global et varient d'un établissement à l'autre suivant le profil des résidents. La couverture publique est de 100 % quel que soit le niveau de vie. Le financement des prestations d'hébergement, qu'on évalue à près de 11,5 milliards d'euros par an, repose sur une logique totalement différente. Ces prestations s'inscrivent en effet dans une logique d'aide sociale. Les aides sociales (aides au logement, aide sociale à l'hébergement) sont attribuées sous condition de ressources. L'aide sociale à l'hébergement s'appuie par ailleurs sur le principe de subsidiarité. Son montant dépend donc du patrimoine de l'individu et des ressources des obligés alimentaires. Au final, le taux de couverture publique des dépenses d'hébergement est proche de 28 %, alors que ces dépenses représentent actuellement près de la moitié du coût total de la prise en charge en Ehpad. Les prestations d'aide à l'autonomie, estimées à 3,4 milliards d'euros par an, relèvent quant à elles d'une logique à mi-chemin entre celle caractérisant les prestations de soins et celle caractérisant les prestations d'hébergement. Si historiquement l'aide à l'autonomie s'est enracinée dans un modèle d'aide sociale, on note une évolution marquée vers un modèle de financement des soins. L'APA est aujourd'hui versée sous forme de forfait global et ne dépend plus que marginalement du revenu des résidents (ce qui la distingue de l'APA à domicile).

La simplification souhaitée par les acteurs ne pourra donc pas se faire sans une remise en cause des logiques de solidarités actuelles. On peut dans cette optique regretter que les débats actuels se focalisent sur la manière de « paramétrer » les financements publics, sans questionner plus fondamentalement, en amont, les principes de soli-

darités collectives sur lesquels construire le modèle de financement. La fusion du forfait soins et du forfait aide à l'autonomie, scénario défendu par de nombreux acteurs, implique par exemple un certain nombre d'arbitrages préalables : quelle logique de solidarité va-t-on faire primer ? Comment faire évoluer la gouvernance, entre ce qui relève des Conseils départementaux (aide à l'autonomie) et les ARS (soins). Le Conseil d'analyse économique était plutôt dans une logique de fusion des enveloppes hébergement et aide à l'autonomie harmonisant les principes de financement des dépenses imputable à une perte d'autonomie. Cette option, qui présentait de nombreux avantages, a été peu reprise au moment de la concertation nationale.

Si on laisse de côté l'ASH (aide sociale récupérable sur succession, un statut un peu particulier), on observe que le profil des aides publiques (réduction d'impôt, aide au logement, APA) en fonction du revenu des résidents est très plat, presque indépendant du revenu. On a ainsi une dégressivité qui est relativement faible et on voit même qu'elles augmentent via la réduction d'impôt pour certains niveaux de revenu. En conséquence, on remarque que le montant moyen des dépenses à la charge des résidents augmente avec le niveau de vie, mais beaucoup moins que proportionnellement.

Le débat actuel et notamment le rapport Libault propose de conditionner davantage les aides sociales au revenu et au patrimoine des résidents. Il y a l'idée qu'on pourrait cibler d'avantage les aides sociales sur les personnes les plus modestes quitte à un peu moins solvabiliser les personnes qui ont des ressources plus importantes. Pour rappel, un article récent de Sandrine Juin, Carole Bonnet et Anne Laferrère (2019) à partir des données de l'enquête SHARE montre que seulement 93 % des personnes âgées en perte d'autonomie ne sont pas en mesure de financer leurs besoins de prise en charge au moyen de leur seul revenu. Si on tient compte de leur patrimoine financier, la proportion diminue à 75 %. Si on ajoute le patrimoine non financier et la valeur de la résidence principale, il reste 42 % des personnes en perte d'autonomie incapables de financer leur prise en charge.

Financer la prise en charge passe donc nécessairement par un niveau significatif de mutualisation des dépenses.

Toutes prestations confondues, aujourd'hui 60 % des dépenses de prise en charge en Ehpad sont mutualisées. Ce niveau modéré de mutualisation, en particulier au regard de celui observé sur les dépenses de soins, s'explique principalement par deux éléments.

D'une part, la logique d'aide sociale appliquée à la prise en charge publique de la section hébergement. En effet, et comme évoqué précédemment, c'est sur la section hébergement qu'on observe les restes à charge les plus importants. Le principe de subsidiarité est appliqué à l'ASH, ce qui conduit à un faible taux de recours. Sa suppression est en débat depuis très longtemps, le rapport Libault l'évoque également. Si certains défendent le principe même de subsidiarité, beaucoup mettent en avant la charge que sa suppression ferait porter sur les budgets des conseils départements. Le HCFEA propose une alternative, sous forme de compromis, via l'instauration d'un bouclier dépendance. Le principe est de supprimer l'obligation alimentaire et la récupération sur succession à partir d'une certaine durée de séjour (peut-être 3 ans). Ainsi, le bouclier dépendance pourrait faciliter le partage entre le financement public et privé. En effet, le risque de longévité en dépendance, qui est un des freins au développement du marché de l'assurance dépendance, sera levé (cf. les travaux de la Fondation Médéric Alzheimer et ceux du HCFEA sur l'assurabilité du risque dépendance). L'assureur n'aurait plus que 3 ans de RAC à couvrir, avec la possibilité de garantir un capital plutôt qu'une rente viagère.

D'autre part, il y a une part très importante des dépenses qui est imputée à la section hébergement. En 2015, le tarif hébergement journalier moyen était de 59,30 € (Muller, 2017). Les dépenses de personnel de direction, de gestion, d'administration, les services généraux, les services d'encadrement, personnel d'animation sont affectées en intégralité à la section hébergement. C'est un non-sens économique. Ces dépenses participent en effet directement à la production de soins et d'aide à l'autonomie. Ainsi, une révision de l'affectation des coûts entre sections est légitime d'un point de vue économique. Ce qui permettrait de réduire les RAC sans remettre en cause le modèle actuel de financement. ■

## FINANCER LE MODÈLE ?

Romain Gizolme

*Directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)*

Le système de l'aide aux personnes âgées est, pour l'essentiel, un système complètement essoufflé et voire archaïque sur certain aspect. Dans les établissements, ce système impose aux personnes d'assumer 60 % du coût de fonctionnement. Et les coûts à domicile sont quant à eux de plus en plus importants. On demande aux personnes âgées de payer 2 000 euros de séjour mensuel

en établissement alors qu'ils ont en moyenne 1 200 euros de pension de retraite, ce qui de fait pose un problème.

Par ailleurs, c'est un système affreusement complexe auquel personne n'y comprend rien, parfois même parmi les professionnels. C'est une situation extrême-

ment inquiétante. Ainsi, les personnes âgées et familles ne savent pas à quoi correspond le financement.

De plus, le mode de tarification est construit sur un objectif de médicalisation. Aujourd'hui, au travers des GMPS, les structures sont incitées à la médicalisation. Cependant, il semble qu'en termes de modèle cela ne correspond pas tout à fait à ce qu'attendent nos concitoyens.

Il est vrai que tous les gouvernements qui se sont succédés ont tous fait un petit peu pour les personnes âgées. Cependant, il n'en reste pas moins que ce secteur reste notoirement sous doté. En effet, en 2003 les ratios étaient autour de 0,6. Le Plan solidarité grand âge (PSGA) en 2006, évoquait qu'à l'horizon 2012 les ratios de personnel seraient de 0,8. On voit bien que même si chaque gouvernement a fait un petit peu, ce fût bien insuffisant au regard des besoins et surtout des attentes des gens. Aujourd'hui, dans les établissements de personnes âgées, les gens sont plutôt bien accompagnés en ce qui concerne la réponse à leurs besoins premiers. En effet, depuis 15 ans le secteur de l'aide aux personnes âgées a indéniablement évolué en termes de qualité de service en établissement comme à domicile. Le seul problème c'est que l'évolution de la qualité s'est faite sur le volet « médico » du médico-social. Donc l'évolution a été très médico-technique, ce qui a été très utile, mais on peut se demander si ça correspond aux attentes de nos concitoyens. Au regard des réponses des français à la consultation Grand âge Autonomie et des mobilisations du début 2018 dans le secteur, il faut croire que ce n'est pas tout à fait ce qu'attendent nos concitoyens.

La question qui se pose à nous est : malgré les évolutions du secteur, comment pouvons-nous à la fois améliorer la qualité d'accompagnement et penser le financement qu'il conviendrait de mettre en place pour permettre aux gens d'accéder à ces services ?

Ainsi, repenser le modèle avant de repenser le financement nécessite de se poser les questions : pourquoi depuis 15-20 ans, notre société a pris un tel retard en matière d'aide aux personnes âgées ? Pourquoi, malgré des rapports tous les 5 ans sur la question de l'aide aux personnes âgées, la situation ne semble pas s'améliorer ?

A mon sens une des clés de compréhension de ce phénomène, mais qui me paraît l'élément fondamental, est que nous vivons dans une société extrêmement discriminante à l'égard des personnes âgées. A la fin de l'année 2015, l'OMS a publié un rapport où il était expliqué que dans nos sociétés la discrimination par l'âge devenait plus universelle que le sexisme ou le racisme.

Nous sommes tous très discriminant à l'égard des personnes âgées. Et dans ce contexte, la question de l'aide aux personnes âgées passe toujours après d'autres priorités (l'emploi, la jeunesse, etc.).

Ce fait explique qu'effectivement le plan de solidarité grand âge n'a pas abouti, que la création d'un 5<sup>e</sup> risque a été avortée, que la loi d'adaptation aux vieillissements s'est résumée à une loi de modernisation de l'APA avec un financement de l'ordre de quelques centaines de millions d'euros, et que ce débat revient encore une fois.

Nous pensons qu'une catégorie de la population n'est pas tout à fait comme nous et nous ne la traitons pas de la même manière. En effet, nous ne les nommons pas tout à fait de la même manière, nous parlons de personnes « dépendantes ». C'est parce que nous portons tous en nous une part de vulnérabilité que nous vivons en société. Il n'y a pas de société sans vulnérabilité. Donc cette catégorie de la population n'est pas plus dépendante que nous le sommes. Par contre, effectivement, ils sont en situations de fragilité ou d'handicap, etc.

La question n'est pas de construire des politiques d'aides sociales et d'accompagnement pour l'ensemble des personnes âgées, mais pour celles qui en ont besoin, qui rencontrent des situations de fragilité et qui ont besoin d'être accompagnées par des services à domicile ou par des établissements.

Donc on doit faire évoluer la conception de nos politiques. Actuellement on a des politiques très tournées sur les axes de protection, de sécurité et de médicalisation. Mais il faut passer à des politiques de l'autonomie, qui visent à mettre en place des mécanismes de compensation et qui permettent aux gens de continuer à exercer leurs droits et libertés.

A notre sens, les personnes qui veulent vivre à leur domicile, ne veulent pas vivre dans leur domicile historique, individuel dont ils ne bougeraient pas. Aujourd'hui, il y a un fantasme de l'établissement qui serait un lieu de contrainte et le domicile qui serait un lieu de liberté. Il est important de bien comprendre la réalité du domicile. En effet, pour les personnes âgées fragilisées, la vie à domicile c'est passer 23 heures sur 24 seules. Pour les personnes qui aiment être seules et veulent l'être, la solution c'est le domicile mais pour les autres c'est plus compliqué. Donc il faut construire des politiques de l'autonomie qui permettent aux gens de continuer de se réaliser et d'exercer leurs droits et libertés.

Nous répondons relativement bien aux besoins des personnes. Cependant, la question qui va se poser est : Comment allons-nous répondre aux attentes des gens pour leur permettre de continuer à se réaliser ?

Tout l'enjeu pour l'avenir sera de construire un modèle social de politique de l'autonomie qui permettra à la fois de compenser les situations de fragilité et de permettre l'effectivité des droits et libertés.

Dans le cadre de la concertation grand âge autonomie, on est de l'ordre de 10 milliards d'euros. Si on a une conception moins discriminante à l'égard des personnes

âgées, ces 10 milliards d'euros peuvent être considérés comme de l'investissement socio-économique. En effet, à chaque fois qu'on investit 1 euro dans ce secteur c'est essentiellement pour de l'emploi donc à chaque fois qu'on crée de l'emploi, nous créons de la cotisation sociale, nous baissons les indemnités chômage, etc. Donc c'est de l'investissement socio-économique.

D'autre part, nous pouvons trouver des pistes de financement, la question c'est quel choix de société nous faisons. Je crois que nous pouvons choisir à la fois de baisser le

coût pour les personnes âgées et leur famille et aussi augmenter la qualité. A notre sens, ce sont les perspectives à venir.

Les pays comme le Danemark ou la Suède, consacrent environ 3 % du PIB à l'accompagnement et à l'aide des personnes âgées. Aujourd'hui, notre pays a fait le choix de consacrer plus ou moins 1 % du PIB. On voit bien que la question de la conception socio-économique n'est pas tout à fait la même chez eux et chez nous. ■

## QUELQUES PISTES D'AMÉLIORATION DANS LE FINANCEMENT DES EHPAD

Gaël Hilleret

*Sous-directeur de l'autonomie à la ville de Paris et membre de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS)*

Si je vous dis « complexité administrative », si je vous dis « une réforme tous les ... ans », avec parfois des contradictions d'une réforme à l'autre, vous me dites ? Il y a malheureusement beaucoup de domaines en France qui répondent à cette description. Mais le financement des Ehpads fait partie des bonnes réponses. Réformer le financement des Ehpads est un sujet à l'ordre du jour, je voudrais vous en présenter deux illustrations puis me demander avec vous quelles sont les solutions possibles.

Première illustration : la question du financement de la dépendance, c'est-à-dire la section du budget des Ehpads qui se trouve entre les soins financés par l'assurance maladie et l'hébergement financé en grande partie par les résidents ou par l'aide sociale départementale. Une réforme a été mise en place entre 2016 et 2017. Elle avait pour objectif d'organiser une convergence des tarifs et des niveaux de financements des différents Ehpads en France. Cette convergence s'organise à l'aide d'une équation tarifaire, qui permet de déterminer le niveau de financement des Ehpads en fonction d'un certain nombre de paramètres.

Les effets de redistribution engendrés par cette réforme posent problème. Si on prend les ordres de grandeurs pour Paris par exemple, il y a 7 % des charges des Ehpads qui sont redistribuées par cette réforme ; 80% des montants de « convergence négative » pris aux Ehpads perdants sont pris à des Ehpads publics ; à l'inverse, 75 % des montants de « convergence positive » donnés aux Ehpads gagnants sont donnés à des Ehpads privés lucratifs. Ainsi, la réforme consiste, en très grande partie, à rediriger les financements publics des gestionnaires publics vers les gestionnaires privés lucratifs – ce qui met en difficulté un certain nombre d'établissements. Tous ces effets n'avaient pas été anticipés au moment où la réforme a été conçue.

Cette réforme pose problème puisqu'il y a d'importantes différences entre les types de gestionnaires d'Ehpads. En effet, en moyenne les gestionnaires publics se caractérisent par des niveaux de tarifs, et donc de restes à charges pour leurs résidents et leurs familles, plus faibles que les autres établissements. Leurs ratios de personnel présent auprès des résidents sont aussi plus élevés que les autres gestionnaires. Ils se caractérisent également par le fait qu'ils accueillent un public souvent plus précaire que les autres établissements, du fait de leur habilitation intégrale à l'aide sociale et de leurs filières d'admission.

La deuxième illustration porte sur la section hébergement du budget des Ehpads. Si une personne dispose de ressources inférieures au coût de l'hébergement en Ehpads, elle peut bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement. Cette aide est donc subsidiaire par rapport aux ressources de la personne (il faut d'abord utiliser ses ressources) ; elle est aussi soumise à l'obligation alimentaire de la famille (il faut aussi solliciter une participation de l'entourage) et à la récupération de la succession (la dépense faite par le département peut être récupérée sur l'héritage de la personne). Cette aide est définie par des textes très anciens, notamment le code civil qui dit que chacun doit assistance à son époux, à ses parents, grands-parents etc. sans développer davantage. Du fait de ce flou des textes, chaque département définit une sorte de doctrine, très variable d'un département à un autre et avec un degré de lisibilité très faible pour les personnes et les établissements.

Poursuivons sur l'exemple de l'obligation alimentaire, c'est-à-dire le fait que l'époux, l'enfant et parfois même le petit enfant vont devoir contribuer aux dépenses d'hébergement en Ehpads de leur proche. Les textes de lois ne fixent que le principe. Ainsi, les départements élaborent en interne des barèmes et les juges aux affaires familiales statuent en cas de besoin. Néanmoins, avant l'entrée en Ehpads, il est impossible pour la famille de savoir exacte-

ment à combien va s'élever le montant des obligations alimentaires et donc si la personne est éligible à l'aide sociale et l'hébergement. Je ne connais pas d'autre aide sociale en France où on ne peut pas simuler le montant a priori et connaître les critères facilement. C'est tout de même absurde. De plus, il y a un grand nombre de petites différences entre les départements qui créent des difficultés aux gestionnaires d'établissements.

La première illustration sur la convergence des financements de la section dépendance met en lumière une réforme qui a fragilisé le secteur. La seconde illustration met en valeur des règles très anciennes et floues avec une opacité pour les usagers et le secteur.

### Quelles sont les solutions ?

Tout d'abord, il y a un choix de société à faire pour savoir si la priorité est d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents ou de diminuer le reste à charge des familles. Beaucoup de monde semble d'accord pour dire que ce serait bien de mettre un peu plus d'argent pour la dépendance. Mais une fois qu'on a dit ça, où est-ce qu'on va mettre cet argent ? C'est un vrai choix de société.

Je pense que la priorité devrait être de mettre plus de moyens sur la qualité de la prise en charge, et non sur le reste à charge. En effet, cela permettrait de donner des marges aux gestionnaires d'établissements afin d'avoir plus de personnel et de pouvoir réaliser des projets plus intéressants.

Actuellement, il y a un débat sur le financement de la dépendance et sur le fait de faire disparaître cette section dépendance et de l'intégrer à la section des soins, c'est-à-dire avoir un financement de solidarité nationale dans le cadre de l'assurance maladie.

Avec la réforme de la convergence tarifaire dépendance que j'évoquais tout à l'heure, on est déjà un peu sorti du système antérieur, qui consiste à avoir une gestion départementale et une instruction individuelle des droits des personnes au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, sans pour autant supprimer ce système antérieur dans les textes. Ainsi, l'idée de fusionner le financement de la dépendance et celui des soins serait assez cohérente. Il y a donc un choix à faire en disant que maintenant c'est l'assurance maladie qui va s'en occuper ou alors revenir à un système un peu plus du type aide sociale avec des droits individuels et des possibilités pour les départements de négocier avec les gestionnaires.

Les principes de l'aide sociale à l'hébergement (subsidiarité, obligation alimentaire, recours sur succession) sont contestés. Mais si ces principes sont levés, cela va créer des suppléments de dépenses considérables. Aujourd'hui, ce sont ces principes-là qui limitent fortement l'augmentation des montants financés par les départements.

Si on veut mettre plus d'argent pour avoir plus de personnel et plus de qualité de prise en charge, il faut que, dans le même temps, ces principes de solidarité familiale (obligation alimentaire) et de subsidiarité des financements publics par rapport aux ressources des personnes et à leur patrimoine (par le recours sur succession) soient d'une certaine manière maintenus – voire même augmentés si l'on considère qu'il faut accroître la mobilisation du patrimoine des personnes.

Je pense donc que la réforme à effectuer est plutôt de simplifier radicalement l'aide sociale à l'hébergement en créant une aide moderne, simple d'accès pour les personnes, simulable. Il faudrait pour cela réunir les départements et décider ensemble de principes communs pour élaborer des règles unifiées. ■