

**PREFIGURATION D'UNE ETUDE PROSPECTIVE SUR
L'INVESTISSEMENT DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL
POUR PERSONNES AGEES**

Rapport présenté par :

Michel LAROQUE

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2004 133
Septembre 2004*

Le vieillissement de la population nécessite une analyse approfondie des capacités de service et d'hébergement collectif des personnes âgées, afin tout en continuant à privilégier le maintien à domicile, de rénover les établissements pour personnes âgées et de favoriser la création des structures indispensables à l'accroissement des personnes âgées dépendantes.

Si l'attribution de dotations d'assurance maladie est déterminante pour la création de places, se pose également la question du financement de l'investissement qui ne relève que partiellement de l'Etat.

Le présent rapport de préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées fait un point sur les données déjà disponibles ou en cours de collecte et d'exploitation en matière d'établissements et de démographie, sur les moyens du développement des investissements et propose une démarche concertée avec les principaux acteurs de ce domaine permettant de favoriser des investissements répondant aux besoins prévisibles.

I. Les besoins en équipements collectifs des personnes âgées

L'offre, si elle s'est traduite par une augmentation de 4 % du nombre de places (668 837) pour l'ensemble des établissements médico-sociaux, sociaux et les unités de soins de longue durée pour la période 1996-2003, a relativement décliné compte tenu de l'accroissement de la population âgée de 75 ans et plus (- 8 %). Il convient toutefois de prendre également en compte l'offre de services, s'inscrivant dans la priorité donnée au maintien à domicile. Un effort important d'adaptation qualitative de l'offre d'hébergement, engagée autrefois dans une perspective d'humanisation, doit se poursuivre pour s'adapter à un âge d'entrée de plus en plus élevé de personnes dépendantes, à des normes de plus en plus rigoureuses et à un besoin de confort correspondant à l'évolution sociale. La couverture territoriale est quantitativement et qualitativement très variable entre départements et au sein même d'un département.

La demande, en effet, a évolué. La durée de séjour se réduit et des services adéquats doivent assurer une qualité suffisante de fin de vie. Or les projections locales sur l'évolution démographique de la dépendance sont insuffisantes. On a élaboré pour le rapport « Vieillesse et solidarités » d'octobre 2003 des projections nationales du nombre de personnes âgées dépendantes et des créations de places qu'il reste à approfondir et à préciser pour déterminer des besoins qui devraient mieux articuler maintien à domicile et hébergement avec des formules de transition.

II. Les moyens du développement des investissements

Un certain nombre d'enquêtes en cours devrait permettre à la fin de 2004 de mieux connaître les besoins (enquête EHPA de la DREES, enquête sur les logements-foyers de la DGAS et du Ministère chargé du logement, enquête CNAVTS de début 2004). L'INSEE travaille à un outil de projection locale de la démographie de la dépendance.

Les moyens de financement pour répondre à un besoin minimal d'investissement, qui serait sous réserve de validation, de l'ordre de 15 milliards d'euros, d'ici 2015, doivent être mesurés, tant au niveau de l'autofinancement des établissements que des capacités des financeurs publics, sans parler du secteur privé.

D'autres obstacles doivent être recensés pour en cerner la réalité et les lever si possible. Ils concernent des obstacles administratifs, financiers et psychologiques (autorisation de création, impact du coût d'investissement qui pèse notamment sur les personnes âgées, leurs familles ou l'aide sociale à l'hébergement du conseil général, disparité des aides à la pierre, dépôt des fonds au Trésor pour les établissements publics), des normes techniques en particulier de sécurité incendie, des conceptions architecturales, des normes comptables ou des différences de régime fiscal entre établissements publics relevant ou non d'un CCAS, associations ou organismes privés à but lucratif.

III. La définition d'un cadre et d'une méthodologie de travail

Une étude prospective débouchant sur le développement d'investissements médico-sociaux adaptés quantitativement et qualitativement aux besoins des personnes âgées, qu'il s'agisse de rénovation ou de création de places, implique d'associer les divers acteurs d'un domaine où les responsabilités sont partagées et de définir une méthodologie de travail.

Le conseil général a désormais un rôle prépondérant, à la fois responsable de la coordination gérontologique, notamment par l'élaboration du schéma départemental, des autorisations de création et d'extension, éventuellement de subventions de financement, de la tarification des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et éventuellement de subventions de financement. Les gestionnaires des établissements sont les principaux promoteurs de la rénovation et des nouvelles places. Les autres financeurs, qu'ils interviennent en nature comme certaines communes qui mettent à disposition un terrain ou en espèces comme les caisses de sécurité sociale qui accordent des prêts sans intérêt ou les organismes de crédit, ont souvent un rôle déterminant. L'Etat, malgré la décentralisation, conserve un rôle non négligeable d'orientation, de réglementation, de garant de l'égalité devant la loi, de financeur par l'attribution de certaines aides ou d'avantages fiscaux, sans parler du rôle d'autorisation qu'il conserve pour l'instant en matière de création des EPHAD, liée à la dotation médico-sociale de l'assurance maladie.

Un groupe de travail permettrait de réunir ces acteurs dans une démarche prospective, le Commissariat au Plan paraissant comme un support opérationnel particulièrement ouvert et adapté, d'autant plus qu'il a mis en place un projet GESTE, se proposant de réaliser une prospective dans la prise en charge de la fin de vie des personnes de grand âge.

Ce groupe pourrait affiner les besoins prospectifs afin de mettre à jour la définition des besoins en investissement pour le moyen terme, de cadrer les travaux locaux en leur fournissant des supports méthodologiques (par exemple des modèles de

Résumé du rapport n° 2004 133 présenté par Michel LAROQUE, membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

schéma départemental gérontologique ou des guides de la rénovation), d'inciter à des regroupements fonctionnels ou institutionnels générant des économies d'échelle et une professionnalisation favorisant des investissements adaptés ainsi que de proposer une amélioration des méthodes de répartition des ressources. Une clarification des méthodes de financement permettrait de mieux y répondre. Un mode de travail permanent sur ce thème, notamment entre l'Etat et les conseils généraux, avec un processus de suivi et d'évaluation, pourrait être défini en liaison avec les réflexions du Commissariat au Plan sur la modernisation de l'Etat.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I. LES BESOINS EN EQUIPEMENTS COLLECTIFS DES PERSONNES AGEES.....	4
1.1 L'OFFRE	4
1.1.1 L'offre d'hébergement.....	4
1.1.2 L'offre de services.....	5
1.1.3 Réflexion sur l'adaptation de l'offre et les besoins déjà connus de rénovation	5
1.2 LA DEMANDE.....	6
1.2.1 Les incertitudes sur la demande.....	6
1.2.1.1 L'évolution des comportements.....	7
1.2.1.2 Le vieillissement et la dépendance	7
1.2.1.3 L'inégale couverture du territoire et le problème de sa connaissance.....	7
1.2.2 L'étude de l'évolution démographique du rapport Vieillesse et solidarités.....	8
1.2.2.1 Les projections bâties sur les seules évolutions démographiques	8
1.2.2.2 L'incidence de la diminution de la durée de vie sans incapacité.....	9
1.2.2.3 Une estimation intégrant les différents paramètres	10
1.2.3 Les compléments envisageables à l'étude de l'évolution démographique	11
CHAPITRE II. LES MOYENS DU DEVELOPPEMENT DES INVESTISSEMENTS	12
2.1 UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES BESOINS	12
2.2 LES MOYENS DE FINANCEMENT	13
2.2.1 Les capacités d'autofinancement des établissements.....	13
2.2.1.1 Les établissements publics d'hébergement	13
2.2.1.2 Les maisons de retraite privées à but non lucratif.....	14
2.2.1.3 Les maisons de retraite privées à but commercial.....	14
2.2.2 Les capacités de financement des financeurs publics d'établissements	14
2.2.2.1 Les aides des collectivités territoriales.....	14
2.2.2.2 Les prêts des organismes de protection sociale.....	14
2.2.2.3 Les financements éventuels de l'Etat.....	15
2.3 LA LEVÉE DES AUTRES OBSTACLES.....	16
2.3.1 Les obstacles administratifs, financiers et psychologiques	16
2.3.1.1 L'autorisation de création d'un EHPA.....	16
2.3.1.2 L'impact financier du coût d'investissement	17
2.3.1.3 La disparité des aides à la pierre	18
2.3.1.4 Les règles de modulation tarifaire.....	19
2.3.1.5 L'obligation pour les établissements publics de déposer leurs fonds au Trésor.....	19
2.3.2 Les normes techniques	19
2.3.2.1 Des normes de sécurité de plus en plus strictes	19
2.3.2.2 La multiplication de nouvelles règles ou normes techniques	19
2.3.3 Les normes ou conceptions architecturales	20
2.3.4 Les normes comptables	20
2.3.5 Les obstacles fiscaux	21
CHAPITRE III. LA DEFINITION D'UN CADRE ET D'UNE METHODOLOGIE DE TRAVAIL	22
3.1 UNE MULTITUDE D'ACTEURS À ASSOCIER.....	22
3.1.1 Les divers acteurs.....	22
3.1.1.1 Les gestionnaires locaux et centraux, publics, privés sans but lucratif ou à but lucratif	22
3.1.1.2 Les financeurs autres que les gestionnaires	22
3.1.1.3 Les autorités d'orientation, de réglementation ou de tutelle du secteur médico-social	23
3.1.2 La nécessité d'un groupe de travail dans une démarche prospective	23
3.1.3 Un cadre ouvert et adapté : le Commissariat au Plan.....	24
3.2 LA DÉFINITION D'UNE MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	24
3.2.1 Affiner les besoins prospectifs.....	25
3.2.1.1 Des données et objectifs communs à mettre au point et si possible à partager	25
3.2.1.2 Un cadrage des travaux locaux et supports méthodologiques communs.....	26
3.2.1.3 Des méthodes de répartition des ressources compte tenu des besoins locaux.....	27

3.2.2	<i>Clarifier les modes de financement permettant de répondre aux besoins en investissement</i>	<i>27</i>
3.2.3	<i>Organiser un mode de travail permanent sur l'action sociale partagée dans le cadre de la modernisation de l'Etat</i>	<i>28</i>
CONCLUSION GENERALE		29
ANNEXES		

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population nécessite une analyse approfondie des capacités de service et d'hébergement collectif des personnes âgées, afin tout en continuant à privilégier le maintien à domicile, de rénover les établissements pour personnes âgées et de favoriser la création des structures indispensables à l'accroissement des personnes âgées dépendantes. Si la responsabilité de cette politique en faveur des personnes âgées repose désormais essentiellement sur les conseils généraux, elle n'exclue pas, avec leurs concours, une réflexion nationale sur les besoins et les moyens du développement des investissements.

D'ores et déjà, le plan Vieillesse-Solidarité lancé le 6 novembre 2003 prévoit, au titre du fonctionnement par l'attribution de dotations d'assurance maladie, la création de :

- 10 000 nouvelles places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- 8 500 places en accueil de jour,
- 4 500 places en hébergement temporaire.

Mais il n'aborde pas la question du financement de l'investissement qui, en principe, ne relève pas directement de l'Etat, si ce n'est à travers les prêts locatifs sociaux dans quelques opérations.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont par ailleurs confrontés à des problèmes de restructuration et de mise aux normes dont le financement est partiellement assuré dans les contrats de plan Etat-Régions. Ces derniers enregistrent toutefois un faible taux de réalisation.

Leurs positions respectives face aux besoins d'investissement varient selon leur régime juridique. Le secteur commercial privé (plus de 15 % des lits aujourd'hui) paraît en capacité de se positionner sur de nouvelles opérations pour une clientèle plus solvable. Le secteur associatif et le secteur public sont moins engagés, sous réserve pour le secteur public de transformation de lits hospitaliers, notamment dans les hôpitaux locaux en lits d'EHPAD.

Il convient donc, compte tenu des perspectives démographiques et de l'évolution des comportements et des besoins, de cerner pour les années à venir les besoins en investissements et les réponses à y apporter dans un cadre décentralisé. Une première approche de portée plus générale, puisqu'elle concerne l'ensemble de la politique en faveur des personnes âgées, a été engagée par le rapport « Vieillesse et solidarités », établi en octobre 2003 par M. Jean-Marie Palach, Inspecteur général des affaires sociales, et sert d'appui au travail qui suit.

Le présent rapport de préfiguration vise à faire le point sur les données déjà disponibles en matière d'établissements et de démographie ainsi qu'à proposer une démarche concertée permettant de favoriser des investissements répondant aux besoins prévisibles.

Il examine successivement :

Chapitre I. Les besoins en équipements collectifs des personnes âgées

Chapitre II. Les moyens du développement des investissements

Chapitre III. La définition d'un cadre et d'une méthodologie de travail

CHAPITRE I. LES BESOINS EN EQUIPEMENTS COLLECTIFS DES PERSONNES AGEES

1.1 L'offre

1.1.1 L'offre d'hébergement

Une enquête approfondie du Ministère de la santé et de la protection sociale (direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques-DREES-) sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) afin de mettre à jour l'enquête précédente de 1996 est en cours.

L'estimation actuelle de l'offre pour 2003 est la suivante :

Tableau 1. Etablissements par nature

Nature	Nombre	Places
Unités de soins de longue durée	1 099	76 985
Maisons de retraite	6 535	431 033
Logements-foyers	3 023	157 619
Hébergements temporaires	153	2 898
Etablissements de jour		302
Total	10 810	668 837

Elle se répartit ainsi selon le statut juridique des établissements :

Tableau 2. Etablissements par statut juridique

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Maisons de retraite				
Nombre d'établissements	2 755	2 112	1 667	6 535
Nombre de places installées	217 406	127 025	86 602	431 033
Logements-foyers				
Nombre d'établissements	2 094	811	118	3 023
Nombre de places installées	109 355	42 069	6 195	157 619
Total du nombre d'établissements	4 849	2 923	1 785	9 558
Total du nombre de places installées	326 761	169 094	92 797	588 652

L'évolution de la capacité d'accueil a été la suivante :

Tableau 3. Evolution des capacités d'accueil

NOMBRE DE PLACES	1986	1996	2003	Evolution 2003/1996 en %
Maisons de retraite publiques	214 090	214 832	217 406	1,2
Maisons de retraite privées	110 835	191 921	213 627	11,3
Total des maisons de retraite	324 925	406 753	431 033	6
Logements-foyers	120 928	155 703	157 619	1,2
Autres	6 364	3 533		
Ensemble des établissements	452 217	565 989	588 652	4

Cet accroissement de capacité de 4 % pour la période 2003/1996 est toutefois à nuancer, compte tenu de l'évolution de la population âgée qui a été plus rapide. De 1996 à

2002, la population des 75 ans ou plus a augmenté de 3 % par an en métropole, le nombre de places augmentant en moyenne de 1 %. Le nombre de places pour 1 000 personnes âgées a, en valeur relative, globalement diminué, poursuivant la tendance observée entre 1994 et 1996. Rapporté à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus, le nombre moyen de places en métropole qui était en 1996 de 166 places pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus a ainsi décru d'environ 8 % en six ans¹.

1.1.2 L'offre de services

L'analyse des besoins en investissement d'hébergement ne peut faire abstraction des moyens mis sur le maintien à domicile qui reste un axe prioritaire, tant qu'il est raisonnablement possible pour la personne âgée et ses aidants bénévoles.

Le maintien à domicile se caractérise par une multiplicité d'intervenants auprès des personnes âgées. Les principaux sont les services de soins infirmiers et les services d'aide aux personnes à domicile (précédemment appelés services d'aide ménagère).

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) jouent un rôle déterminant pour les personnes âgées dépendantes en assurant les soins infirmiers et l'hygiène générale ; ils ont pour mission de prévenir, différer ou raccourcir les hospitalisations. Au 31 décembre 2003, 77 000 places étaient installés dans plus de 1 700 services, ce qui représente un taux d'équipement de 17,06 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans et plus.

Les services d'aide aux personnes à domicile regroupent plus de 200 000 aides à domicile. Ils interviennent auprès de 700 000 personnes âgées.

1.1.3 Réflexion sur l'adaptation de l'offre et les besoins déjà connus de rénovation

L'adaptation de l'offre en termes qualitatifs a déjà été engagée, mais devrait être précisée par la prochaine enquête EHPA en ce qui concerne la disposition de chambres individuelles et la surface des chambres.

Plus des deux tiers des résidents de maison de retraite disposeraient d'une chambre individuelle (pour 5 régions², l'enquête 2003 de la CNAVTS³ montre un pourcentage de chambres à deux lits et plus variant de 11,3 % à 21,36 % avec une moyenne de 16,15 %), tandis qu'en soins de longue durée, dans 55 % des cas, la chambre serait partagée.

La taille des chambres individuelles sur un échantillon de 571 établissements adhérant au réseau UNIOPSS était, dans une enquête effectuée en 1997, inférieure à 16 m² pour 46 % d'entre elles. L'enquête 2003 de la CNAVTS pour 5 régions montre un pourcentage de chambres individuelles d'une superficie inférieure à 18 m² variant entre 6 % et 78 % avec une moyenne de 27 %.

¹ Les places en établissements pour personnes âgées en 2001-2002 Annie Mesrine Eudes et résultats DREES n° 263 octobre 2003.

² Régions Alsace, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Picardie, Sud-Est.

³ Les résultats de l'enquête CNAVTS menée en 2003 ont été publiés en janvier 2004. Elle a été menée principalement à partir des données détenues par les conseils généraux.

Les sanitaires individuels sont inégalement prévus selon le type de parc et son ancienneté : l'UNIOPSS dans son enquête de 1997 sur un échantillon de 571 établissements adhérents à son réseau estimaient que 62 % des chambres n'offraient pas un sanitaire complet ; la CNAVTS, à partir des réponses des 5 mêmes régions, estime que 21,4 % des chambres (variation selon les régions entre 1,5 % et 51 %) ont un équipement sanitaire incomplet au regard du cahier des charges EPHAD, arrêté en 1999 par le Ministère chargé de l'action sociale.

Du fait du vieillissement des personnes âgées dans les établissements, de leur entrée à un âge de plus en plus avancé et de l'exigence croissante des commissions de sécurité, se posent également d'importants problèmes d'adaptation aux normes de sécurité. 7,3 % des maisons de retraite, ayant répondu à un questionnaire de la DGAS sur la sécurité incendie ont, fin 2003, fait l'objet d'un avis défavorable de poursuite d'activité de la part des commissions de sécurité.

Tableau n° 4. Date de construction des maisons de retraite non conformes

Avant 1980	1980-1989	Après 1989	Non précisé
62,2 %	15 %	16,5 %	6,3 %

Des travaux étaient programmés pour près de 60 % des maisons non conformes au moment de l'enquête.

En ce qui concerne les logements-foyers pour personnes âgées, une enquête plus générale (DGAS-DGUHC) est en cours à la suite du rapport du groupe de travail présidé par M. Jean-Pierre Grunspan de juillet 2002. Ses résultats devraient être connus à la fin de l'année 2004.

La signature des conventions tripartites pour la mise en place de la nouvelle tarification des établissements soulève ces questions de niveau de qualité, tant en ce qui concerne les personnels que le bâti.

Une proportion non négligeable du parc a besoin de restructurations plus ou moins importantes pour s'adapter à des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Des établissements ont aujourd'hui des difficultés à remplir leurs places mal adaptées, alors que des personnes âgées dépendantes sont par ailleurs en attente d'un hébergement adéquat.

1.2 La demande

1.2.1 *Les incertitudes sur la demande*

La demande en hébergement pour personnes âgées reste un phénomène mal connu. Il n'y a pas de gestion organisée de file d'attente. Lorsqu'il y a des listes de demandes dans un centre communal d'action sociale, dans un groupe d'établissements ou dans un établissement, une inscription n'en exclut pas une ailleurs. La durée moyenne de séjour en EHPAD est, en outre estimée à environ deux ans ; la demande d'entrée en établissement, à un âge de plus en plus tardif, correspond souvent à une détérioration de l'état de santé ou d'autonomie qui peut s'accompagner d'un décès rapide.

1.2.1.1 L'évolution des comportements

La demande d'entrée en établissement est souvent liée à un contexte financier, culturel ou familial. L'amélioration du niveau de vie des personnes âgées et le développement de la politique de maintien à domicile conduisent, de plus en plus, les personnes âgées à rester aussi longtemps qu'elles le peuvent à leur domicile.

Le niveau de confort exigé des établissements s'accroît, mais peut se heurter au coût de l'hébergement qui reste à la charge du résident ou de sa famille, dès lors que la pension de retraite ne suffit pas à y faire face. Or la crainte de devoir recourir à l'aide sociale et à ses conséquences familiales et successorales reste sociologiquement non négligeable, dès lors qu'il y a un petit bien. Si 800 000 personnes âgées dépendantes, dont 350 000 en établissement, bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie, 118 000 personnes âgées doivent faire appel à l'aide sociale à l'hébergement soumise au jeu de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession.

Les entrées plus tardives amènent des personnes plus dépendantes dont la durée de séjour tend à être plus courte, mais dont les besoins exigent des services plus développés pour assurer une qualité de fin de vie adéquate.

Ces divers aspects méritent d'être approfondis pour déterminer les évolutions souhaitables.

1.2.1.2 Le vieillissement et la dépendance

Près de 480 000 personnes de 60 ans et plus vivaient, à la fin de l'année 1998, en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, soit presque 4 % de cette classe d'âge. Entre 60 et 64 ans, moins de 1 % y réside, contre 44 % des personnes de plus de 95 ans ou plus⁴.

Sur ces 480 000 personnes hébergées, 200 000 étaient peu dépendantes, classées en GIR 5 ou 6, ce qui représentaient 41% de la population des établissements. Les personnes évoquaient toutefois leur état de santé pour expliquer leur entrée : c'était le cas des trois quarts des résidents des maisons de retraite et de plus de neuf personnes sur dix en unités de soins de longue durée.

Tant l'âge d'entrée en établissement que le degré moyen de dépendance des personnes hébergées se sont sensiblement accrus dans les toutes dernières années.

1.2.1.3 L'inégale couverture du territoire et le problème de sa connaissance

La couverture en établissements varie selon les départements et parfois au sein d'un même département.

⁴ Enquête « handicaps, incapacités, dépendance » 1998.

Couverture quantitative

En 2002, le nombre de places en établissements pour personnes âgées est en moyenne en métropole de 152 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, et de 151 places pour la France entière⁵.

Dans la moitié des départements français, le « taux d'équipement » en places dans les EHPA est compris entre 31 et 152 places, dans l'autre moitié, il varie entre 153 et 269. Le sud de la France métropolitaine est globalement moins bien équipé que le nord. Les implantations en équipement sont, en outre, différenciées selon le type d'équipements ou leur nature juridique.

Couverture qualitative

On ne dispose pas pour l'instant de données qualitatives actualisées sur l'état du parc selon les départements, mais les éléments recueillis par la CNAVTS dans son enquête 2003 montre d'importantes différences à cet égard.

1.2.2 L'étude de l'évolution démographique du rapport Vieillesse et solidarités

Des exercices de projection indicatifs sur l'offre de prise en charge ont été réalisés en septembre 2003 dans le cadre du rapport Vieillesse et solidarités, en prolongement et en aval des projections déjà publiées sur le nombre de personnes âgées dépendantes⁶. Ils sont repris ici sans modification.

1.2.2.1 Les projections bâties sur les seules évolutions démographiques

Un scénario de projection du nombre de places nécessaires en 2010 et 2015 a été construit, en prenant comme référence la norme implicite que constitue la situation actuelle, en termes de taux d'équipement, soit le nombre de places en établissement et en services rapporté au nombre de personnes de 75 ans ou plus, tranche d'âge qui est la plus concernée par l'entrée en institution.

Cette projection ne prend pas en compte les variantes à envisager selon les choix individuels ou politiques ou les contraintes pouvant influencer sur la part respective de la prise en charge⁷ en établissement ou à domicile. L'arbitrage par les personnes âgées et leur famille entre domicile et établissement est influencé par les politiques mises en place : celles facilitant le maintien à domicile et celles incitant les établissements à améliorer la qualité de leurs prestations. Les taux d'entrée en institution observés dépendent aussi de l'offre d'établissements selon le type d'hébergement et le degré de médicalisation, et de l'offre de services à domicile, soins et aide, y compris dispensés par les professionnels libéraux.

⁵ Les places en établissements pour personnes âgées en 2001-2002 Annie Mesrine Eudes et résultats DREES n° 263 octobre 2003.

⁶ projections réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères du travail, de la solidarité et de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

⁷ Désesquelles A. et Brouard N. (2003), *Population*, INED

Dufour-Kippelen S. et Mesrine A. « Les personnes âgées en institution », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003.

Les établissements considérés sont les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée.

Dans l'hypothèse où le nombre de places évoluerait dans chaque département comme le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, en 2010, les établissements compteraient en métropole 130 000 places installées de plus qu'en 2002. En 2015, ils compteraient 171 000 places installées de plus qu'en 2002.

La même méthode de projection, fondée sur l'hypothèse de taux d'équipement constants au regard de la population de 75 ans ou plus, a été appliquée aux places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les SSIAD dispensent des soins à des personnes âgées le plus souvent dépendantes, ayant des problèmes de santé dont certains seulement sont la conséquence de leur dépendance : par exemple, une personne peut avoir besoin de soins de prévention des escarres parce qu'elle est confinée au lit. Néanmoins, la maladie et la dépendance, si elles peuvent être liées, ne doivent pas être confondues. Les projections sur le nombre de places en SSIAD viennent ainsi compléter celles du nombre de places en établissement, mais les deux types de prises en charge ne peuvent cependant pas toujours se substituer l'un à l'autre, et être considérées comme deux alternatives pour répondre à un même problème : une personne dépendante soignée à son domicile n'est pas toujours autonome pour faire son ménage, ses courses, préparer ses repas.

Selon ces projections, si les taux d'équipement départementaux en places de SSIAD restaient constants et égaux à leur niveau de 2002, ces derniers compteraient, en 2010, 13 000 places de plus qu'en 2002, et 19 000 de plus en 2015.

Tableau n° 5. Projections du nombre de places aux horizons 2010-2015

	A l'horizon 2010	A l'horizon 2015
Nombre de places installées en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)	633 100	674 500
Nombre de places créées entre 2002 et l'horizon de la projection	+ 129 800	+ 171 300
Nombre de places installées en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	86 100	91 500
Nombre de places créées entre 2002 et l'horizon de la projection	+ 13 300	+ 18 600

1.2.2.2 L'incidence de la diminution de la durée de vie sans incapacité

Les limites des projections exposées ci-dessus apparaissent rapidement. Les évolutions observées entre 1996 et 2002 les ont déjà illustrées, puisqu'une augmentation du nombre de places en établissement d'environ 1 % par an s'est traduite par une diminution relative d'environ 8 % par rapport à la population de 75 ans et plus.

Il faut aussi tenir compte, pour interpréter ce résultat, du fait que le besoin de prise en charge est lié, non à l'âge en tant que tel, mais au degré de perte d'autonomie. D'une part, la prise en charge des personnes âgées dépendantes peut passer par d'autres canaux que l'hébergement en établissement. D'autre part, si la prévalence de la dépendance augmente bien de manière forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans, les gains d'espérance de vie

sans dépendance ont été, au cours de la décennie 90, supérieurs aux gains d'espérance de vie, en particulier pour les plus de 80 ans⁸.

On peut éclairer les projections de nombre de places fondées sur les seules évolutions démographiques par les projections de personnes âgées dépendantes. Dans une étude déjà publiée, trois hypothèses ont été faites, portant sur l'évolution comparée de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité⁹. Dans l'hypothèse pessimiste, on suppose que les gains d'espérance de vie sans dépendance évoluent de façon parallèle à l'espérance de vie générale : cette situation correspond à une hypothèse où le temps passé en dépendance serait globalement stable. A l'inverse, deux autres hypothèses introduisent des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie projetés. Elles correspondent à une diminution de la durée de l'état de dépendance, en raison notamment des progrès de l'hygiène de vie, de la médecine et de la prévention. Dans l'hypothèse optimiste, on suppose que les taux de prévalence de la dépendance vont continuer de baisser au même rythme que celui qui a été observé sur la décennie 90. L'hypothèse centrale correspond à la moyenne des deux précédentes, elle repose donc sur un scénario de baisse des taux de prévalence plus faible que celle observée au cours de la décennie 90.

Pour chacune de ces hypothèses, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait au cours des années à venir : par exemple, à l'horizon de 2010, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus augmenterait entre 2002 et 2010 de 32 000 personnes pour l'hypothèse optimiste, de 76 000 personnes pour l'hypothèse centrale et de 100 000 personnes pour l'hypothèse pessimiste. Ces évolutions ne constituent toutefois pas directement une estimation des besoins de places en établissements, puisque la majorité des personnes dépendantes restent à leur domicile, tandis que par ailleurs, des personnes non dépendantes peuvent au contraire résider en établissement.

Tableau n° 6. Projections du nombre de personnes âgées dépendantes 2010-2015

		A l'horizon 2010	A l'horizon 2015
Evolution projetée du nombre de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus (grille AGGIR 1 à 4)	Scénario « pessimiste »	+ 100 700	+ 173 200
	Scénario central	+ 75 700	+ 134 200
	Scénario « optimiste »	+ 32 300	+ 61 000

1.2.2.3 Une estimation intégrant les différents paramètres

Des deux séries de projections précédentes, il peut être déduit, dans une première approche, que le nombre de places à créer en établissement devrait être compris, à l'horizon 2010, entre 75 000 et 130 000 et, à l'horizon 2015, entre 134 000 et 171 000, sauf si une politique forte d'aide au maintien à domicile est conduite, dont l'effet serait de diminuer les besoins de places en établissement. Un exercice de projection plus fin devrait toutefois être mené, combinant les deux projections, démographique et de personnes âgées en perte d'autonomie, et faisant apparaître les hypothèses de taux d'institutionnalisation sous-jacentes.

⁸ A. Mesrine, « Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002 », Etudes et résultats n° 263

⁹ O. Bontout, C. Colin et R. Kerjosse, « personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Etudes et résultats n° 160.

1.2.3 Les compléments envisageables à l'étude de l'évolution démographique

Cette intéressante, mais première étude, comporte des lacunes. Elle ne couvre qu'un horizon limité. Un étalonnage dans le temps permettrait de mesurer plus finement l'évolution par génération de l'arrivée aux âges de forte dépendance. Il permettrait de prendre en compte la déformation de la pyramide démographique, et notamment le grand vieillissement des générations plus nombreuses nées après la première guerre mondiale qui atteignent 85 ans à partir de 2004 et de celles nées après la seconde guerre mondiale qui atteindront 85 ans en 2030.

Par ailleurs, elle reste nationale et ne permet pas une approche départementale dont les résultats agrégés pourraient être différents, surtout s'ils prenaient aussi en compte la possibilité d'une conversion du parc existant.

L'INSEE a établi en 2004 une autre étude à plus long terme sur « la dépendance des personnes âgées : une projection à long terme »¹⁰. Le nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 varie, selon les scénarios d'évolution de la dépendance de 1 à 1,5 millions de personnes. Le scénario central, selon lequel la durée de vie en dépendance à 60 ans reste stable, prévoit 1,2 millions de personnes âgées dépendantes en 2040, soit une hausse de 43 % par rapport à 2000, en prenant en compte la diminution des taux de dépendance. Cette hausse n'est pas linéaire, l'augmentation devient plus rapide à partir de 2030 : c'est, en effet, vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80-85 ans. Le nombre moyen d'aidants potentiels (conjoint et enfants) tend à diminuer dans les années à venir en raison notamment de la baisse de fécondité et de l'augmentation des divorces : en 40 ans, on passe de 2,8 aidants par personne dépendante pour les hommes et de 2,2 à 2 pour les femmes. Le nombre de personnes dépendantes sans conjoint ni enfant valide devrait passer de 130 000 aujourd'hui à 160 000 en 2040. L'étude estime également que l'augmentation du nombre de places en institution a peu d'influence sur l'évolution des dépenses d'allocation personnalisée autonomie (APA) : si on crée 3 000 places par an pour les personnes dépendantes (léger ralentissement par rapport à la tendance observée entre 1996 et 2002 (1 % par an)), au lieu de 5 000 dans le scénario central, le montant total des dépenses dépasse celui du scénario central, la différence venant du fait que le montant moyen de l'APA est légèrement plus important pour les personnes à domicile que pour celles en institution.

*

Les projections exposées démontrent la nécessité de rénover et sans doute d'accroître rapidement les capacités disponibles. Malgré les incertitudes qui les entourent, les évolutions démographiques sont en effet telles qu'il importe, après une période d'accalmie relative, de relancer l'effort de construction et d'offre de places en hébergement. La priorité donnée au maintien au domicile, souhaité par la majorité des personnes, en particulier grâce à des créations importantes de places de SSIAD, devrait donc s'accompagner de la programmation de moyens d'investissement, dans des plans pluriannuels, pour médicaliser des places nouvelles.

¹⁰ INSEE document de travail de la direction des études et synthèses économiques G 2004/02 Michel Duée et Cyril Rebillard.

CHAPITRE II. LES MOYENS DU DEVELOPPEMENT DES INVESTISSEMENTS

Le développement des investissements implique de bien cerner trois types de mesures : une meilleure connaissance des besoins, des moyens de financement, la levée des autres obstacles.

2.1 Une meilleure connaissance des besoins

Les connaissances nécessaires à la définition d'une politique d'investissement en faveur des personnes âgées se sont améliorées à travers des enquêtes multiples dont la dernière publiée est celle de la CNAVTS en janvier 2004.

D'autres études sont en cours et devraient prochainement apporter des précisions utiles :

- l'enquête EHPA menée par la DREES et actualisant l'enquête de 1996, en la complétant en ce qui concerne la connaissance du bâti, sera un outil important pour progresser dans la connaissance de l'existant et estimer l'état de l'offre. Fin 2004, devrait être disponible des résultats sur un échantillon de 1 500 établissements. A partir de 2005 s'engagera une exploitation exhaustive qu'il conviendrait d'organiser, notamment en fonction du calendrier des travaux envisagés sur l'investissement ;
- une enquête sur les logements-foyers a été engagé par la DGAS et la DGUHC. Son exploitation est envisagée pour l'automne 2004 et les résultats devraient être connus en fin d'année.

Il conviendrait de compléter ces travaux afin de disposer en particulier de projections démographiques affinées, notamment au niveau local¹¹, permettant aux conseils généraux de projeter l'évolution de la population des personnes très âgées, en prenant en compte les proportions de personnes dépendantes par degré.

Ce travail supposerait, tant au niveau national qu'au niveau local, de ne pas se limiter aux plus de 75 ans, mais impliquerait de mieux se centrer sur les plus de 95 ans et les deux tranches d'âge de cinq ans inférieurs. Il devrait permettre une prévision du nombre de places nécessaires, tant en SSIAD que pour les divers types d'hébergement, tout en envisageant des restructurations des établissements pouvant impliquer une réorientation d'une partie du parc de lits vers les personnes âgées les plus dépendantes. Une mise à jour des schémas gérontologiques devrait pouvoir s'appuyer sur une prévision générale à trente cinq ans, graduée par tranche de cinq ans ; la première période de cinq ans correspondant au prochain schéma.

¹¹ L'INSEE est en train d'élaborer un outil, susceptible de permettre à ses directions régionales de contribuer aux réflexions des autorités locales par des analyses à base démographique ; il pourrait être disponible à la fin de 2004.

Dans la mesure où elles ne seraient pas disponibles, des études sociologiques et de santé sur l'évolution des attentes et besoins des futures personnes concernées seraient aussi utiles pour cerner les arbitrages entre maintien à domicile et entrée en établissement ainsi qu'apprécier l'offre qualitative attendue des établissements par des générations dont les aspirations au confort se sont accrues.

2.2 Les moyens de financement

Les besoins de financement en investissement, si des actions organisées et volontaristes préparant l'avenir sont développées, seront importants.

La CNAVTS, dans l'exploitation de son enquête 2003, estime le coût moyen de la création d'un lit à 70 053 euros et de la rénovation d'un lit à 52 105 euros, le coût moyen au m² étant dans les deux cas de 1 500 euros (2 400 pour l'Ile-de-France en cas de création). Elle estime la seule mise aux normes aux exigences du cahier des charges EHPA entre 13 et 26 milliards d'euros¹². L'importance des rénovations qui conduit à ce calcul (nécessité de rénovation pour 80 % des lits autorisés non encore couverts à la date de l'enquête par une convention tripartite, soit 480 000) est estimé excessif par certains qui considèrent plus conforme à la réalité un taux de 30 % de l'ensemble des lits, soit 200 000 lits. Le coût d'investissement au titre des rénovations serait alors, sur la base du coût moyen calculé par la CNAVTS, de l'ordre de 10,4 milliards d'euros.

L'analyse des projections du rapport « Vieillesse et solidarité » conduit à envisager, outre les rénovations, la création d'environ au moins 60 000 lits¹³ dans les EPHAD à horizon 2015, ce qui reviendrait, sur la même base, à 4,2 milliards d'euros.

Le coût d'investissement d'ici 2015, sous réserve de l'expertise à mener sur cette évaluation sommaire s'inscrivant dans les scénarios minimaux, serait donc de l'ordre de 15 milliards d'euros.

Face à ce besoin, il convient d'analyser les capacités de financement des principaux acteurs, mis à part le secteur des organismes de crédit.

2.2.1 Les capacités d'autofinancement des établissements

2.2.1.1 Les établissements publics d'hébergement

Les experts de la DGAS, à partir des données comptables centralisées par la direction de la comptabilité publique, estiment que les établissements publics pour personnes âgées seraient à même de dégager dans l'immédiat de l'ordre de 250 millions d'euros d'autofinancement.

¹² Dans la première version de cette étude, le montant indiqué par erreur est entre 130 et 260 milliards d'euros.

¹³ Cette estimation reste à valider par des travaux plus approfondis. Elle est plus limitée que celle du rapport « Vieillesse et solidarités » (§ 1.2.2), dans la mesure où celui-ci ne distingue pas clairement les besoins en place et la projection de l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes (2015). Il convient par ailleurs de tenir compte des rénovations.

Ce montant résulterait des excédents cumulés actuels, de la mise en œuvre progressive du règlement par terme à échoir et non plus à terme échu des frais d'hébergement et de l'utilisation d'une part des cautions qui seraient désormais demandées à l'entrée.

Il pourrait s'y ajouter les cessions d'actif des biens détenus par un certain nombre de maisons de retraite publiques.

2.2.1.2 Les maisons de retraite privées à but non lucratif

On ne paraît pas disposer de données précises sur ces établissements qui ne sont pas fédérés au niveau national. Certaines des mesures précédentes devraient leur bénéficier.

Le manque d'organisation du secteur ne facilite pas nécessairement le portage d'opérations de création ou de rénovation.

L'UNIOPSS étudie avec la Caisse des dépôts et consignations, le Crédit coopératif et l'Institut de développement de l'économie sociale la possibilité de mobiliser des fonds propres par des titres participatifs ou des livrets équitables.

2.2.1.3 Les maisons de retraite privées à but commercial

Le marché est actuellement porteur pour ces établissements qui ne semblent pas avoir de difficultés à mobiliser des capitaux pour créer des EHPAD, répondant aux besoins d'une clientèle principalement solvable. L'habilitation de ces établissements à l'aide sociale reste toutefois exceptionnelle et peut ne concerner qu'une partie des places avec un tarif différencié.

2.2.2 Les capacités de financement des financeurs publics d'établissements

2.2.2.1 Les aides des collectivités territoriales

Il conviendrait d'étudier, ce qui n'a pu être fait dans le cadre du présent rapport, les possibilités de financement des régions, des départements et des communes ainsi que de leurs centres communaux d'action sociale (CCAS). Elles ne paraissent pas négligeables, mais sont très variables selon les collectivités locales. Les régions participent à parité avec l'Etat aux contrats de plan Etat-Régions. Beaucoup de départements s'y associent.

Des financements en nature sont, en outre, possible par cession ou mise à disposition de terrain pour les communes ou par des garanties d'emprunt.

2.2.2.2 Les prêts des organismes de protection sociale

- La CNAVTS a consacré, en 2004, par l'intermédiaire des caisses régionales d'assurance maladie, 50 millions de crédit de paiement à des prêts sans intérêt à des établissements pour personnes âgées (contre 70 millions en 1996). Ces prêts sont accordés sur la base d'un taux de participation maximal de 16 % auquel pouvait s'ajouter, si les fonds

étaient disponibles, pour les établissements médicalisés un prêt de 14 % de la CNAMTS. Ces dépenses de la CNAVTS ne représentent aujourd'hui qu'une partie modeste du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASSPA) qui s'élève en 2004 à 400 millions d'euros.

A un horizon 2008 qui correspond à sa prochaine convention d'objectif et de gestion, l'enquête CNAVTS recense 632 projets immobiliers (537 pour les maisons de retraite publiques ou privées à but non lucratif et 95 pour les logements-foyers) correspondant à 41 882 lits (respectivement 37 356 et 4 526), et entraînant le renouvellement de 7 % de la capacité nationale d'hébergement. Toutefois, à peine 4,16 % des lits couverts (1 471 lits) sont dédiés à la prise en charge des démences séniles et à la diversification des modes d'accueil (accueil de jour et hébergement temporaire). Le coût prévisionnel de ces opérations immobilières est estimé à 1 754 millions d'euros, soit sur la base du taux de participation traditionnelle de 16 % de la CNAVTS, si cette dernière maintient les orientations antérieures de financement, une sollicitation de 281 millions d'euros d'ici 2008, soit 70 millions d'euros par année de la convention d'objectifs et de gestion.

La CNAVTS n'envisage pas au stade actuel de sa réflexion une démarche de développement de l'investissement vers les personnes âgées dépendantes plus volontariste. Au contraire, est étudié un recentrage sur les retraités les moins dépendants (GIR 5 et 6).

- La CNAMTS accordait par l'intermédiaire des caisses régionales d'assurance maladie des prêts dans la limite de 14 % de la dépense pour les équipements pour personnes âgées, en tant qu'il s'agissait de réalisations donnant lieu à un financement conjoint avec la CNAVTS. Le financement d'unités de long séjour pour personnes âgées qui ressortissent exclusivement à l'assurance maladie pouvait être accordé dans la limite de 30 %. L'enveloppe d'autorisation de programme consacrée à la médicalisation et à la transformation des maisons de retraite et des hospices avait atteint, en 2002, 23,8 millions d'euros et celle consacrée au long séjour personnes âgées 11,9 millions d'euros.

Cet effort maintenu en 2003 fait l'objet d'interrogations en 2004 compte tenu des évolutions législatives et réglementaires dans le champ de la dépendance. Un déblocage d'autorisation de programmes est intervenu en juillet 2004 à hauteur des remboursements de prêts d'opérations antérieures.

- Certaines caisses complémentaires apportent des financements, en contrepartie généralement de réservation de places au profit de leurs retraités.

2.2.2.3 Les financements éventuels de l'Etat

Dans le cadre des contrats de plan Etat-Régions (CPER), correspondant au 12^{ème} plan (2000-2006), l'Etat a prévu au titre de l'article 30 du chapitre 66-20 un montant de 204 376 506 euros, dont, à la mi-2004, 35,38 % était exécuté. Ces crédits ont visé essentiellement l'achèvement du programme d'humanisation et la mise aux normes de sécurité.

Si, dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé, l'Etat ne finance, en principe, pas directement les USLD, Il a toutefois été amené à le faire pour les opérations de climatisation, à la suite de la canicule de l'été 2003. Par ailleurs, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, il peut indirectement financer une USLD, lorsqu'elle s'insère dans une opération de restructuration hospitalière plus large.

Les logements-foyers peuvent bénéficier de financement au titre du logement social. Des prêts (PLS, PLUS, PALULOS locatif) à taux réduit et le cas échéant une subvention du coût prévisionnel des travaux de l'ordre de 10 % s'accompagnent notamment d'un conventionnement ouvrant droit, sous conditions de ressources, pour les résidents à l'allocation personnalisée au logement (APL) et pour le promoteur d'une TVA au taux réduit de 5,5 % sur le coût des travaux éligibles ainsi qu'une exonération de longue durée du foncier. Ces prêts destinés en priorité au logement social n'interviennent que dans la mesure des disponibilités ; les délais d'attribution peuvent retarder l'exécution de projets.

Les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) sont considérées comme des logements-foyers pour leur financement. Il en est de même des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA).

La limite au niveau du financement entre le logement-foyer traditionnel, groupe de logements autonomes avec des équipements ou services collectifs facultatifs, et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées assurant un hébergement collectif n'est plus parfaitement claire.

Il a, en outre, été fait appel au fonds de modernisation d'aides à domicile du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie pour financer les équipements de climatisation dans les EPHA.

2.3 La levée des autres obstacles

2.3.1 *Les obstacles administratifs, financiers et psychologiques*

2.3.1.1 *L'autorisation de création d'un EHPA*

La création, la transformation ou l'extension d'un EHPA est soumise à une autorisation délivrée par le Président du conseil général avant tout commencement d'exécution du projet. L'autorisation est accordée si le projet, notamment :

- est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève,
- présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements fournissant des prestations comparables.

La délivrance de l'autorisation, qui associe au président du conseil général le préfet, est subordonnée pour les EHPAD à la disponibilité du financement : « le coût de fonctionnement en année pleine doit être compatible avec le montant de la dotation provenant de l'assurance maladie pour les prestations médicalisées, au titre de l'exercice correspondant à ladite dotation ». Lorsque la dotation financière ne le permet pas, ceux des projets qui, de ce seul fait, n'obtiennent pas l'autorisation, font l'objet d'un classement prioritaire.

La réalisation concrète de cette autorisation est également subordonnée à la conclusion de la convention tripartite prévue à l'article L 313-12, faute de quoi, l'établissement est dans l'impossibilité juridique de procéder à l'admission de personnes âgées dépendantes.

Si ces règles paraissent incontestables, on peut toutefois s'interroger sur la nécessité de compatibilité avec la dotation de l'année, alors que le projet ne commencera souvent à fonctionner qu'un ou deux ans plus tard, s'il s'agit d'une véritable création.

2.3.1.2 L'impact financier du coût d'investissement

Un obstacle essentiel est le coût de l'investissement et sa répercussion.

La CNAVTS, à travers son enquête, a analysé les coûts moyens au M2 et par lit :

Tableau n° 7. Coûts d'investissements immobiliers (étude de la CNAVTS)

Coût réel national (euros)	Maximum	Minimum	Moyen	Médian
Par M2				
-création	1 804	1 121	1 482	1 486
-rénovation	2 390	934	1 526	1 426
Par lit				
-création	93 748	49 640	70 053	69 156
-rénovation	76 649	32 582	52 105	50 132

Elle s'est efforcée également pour les travaux de rénovation de mesurer leur impact sur les prix de journée supportés par la personne âgée hébergée ou, à défaut de ressources suffisantes par sa famille ou par l'aide sociale départementale aux personnes âgées.

« Le financement des travaux de rénovation entraîne une élévation moyenne de 13,5 % des prix de journée à la charge des résidents.

Ce chiffre, issu d'un échantillonnage de projets de quelques régions, doit être manié avec précaution.

- Au niveau national, il ne semble pas y avoir de traitement différencié selon la nature des projets immobiliers (création ou rénovation).
- Les variations régionales (3 à 27 % d'élévation des prix de journée) renvoient vraisemblablement aux plans de financement des établissements.

Il n'en reste pas moins que l'augmentation des prix de journée est conséquente, et ce d'autant plus qu'elle concerne des établissements largement subventionnés par les pouvoirs publics ou la sécurité sociale (priorité CPER) ou disposant de fonds propres importants (seuil de 25 % de financements neutres) ».

Ce phénomène d'augmentation des prix de journée est approfondi par l'enquête qui s'efforce de mesurer la charge financière pesant sur le résident :

- « le coût de résidence mensuel est en moyenne supérieur de 420 euros aux pensions reçues par un retraité de plus de 80 ans et bénéficiaire potentiel de l'action sociale du régime général ». Avant intervention de l'aide sociale, la charge financière journalière minimale (tarif hébergement+tarif dépendance 5 et 6) pesant sur le résident d'une USLD ou d'une maison de retraite à but non lucratif s'élève à 42,5 euros en moyenne sur le territoire national. Ce coût est évidemment majoré pour les résidents de GIR 1 à 4, lorsque les montants d'APA versés ne solvabilisent pas l'intégralité des tarifs dépendance pour les GIR 1 à 4. Le coût mensuel plancher représente donc en moyenne sur le territoire national 1 275 euros (tarif hébergement moyen national : 38,5 euros par jour, 1 155 euros par mois ; tarif dépendance 5-6 : 4 euros par jour, 120 euros par mois) ; ce chiffre est plutôt sous-évalué. Il convient de tenir compte d'un reste à vivre de l'ordre de 60 euros par mois. Or, le montant moyen des pensions globales est d'environ 915 euros pour la population actuellement concernée (la pension de retraite moyenne d'un retraité bénéficiaire potentiel de l'action sociale du régime général est de 1 020 euros pour les 80-84 ans et de <910 euros pour les 85 ans et plus).
- « La charge financière est plus importante pour les résidents des USLD ; les tarifs régionaux d'hébergement sont extrêmement hétérogènes ».

Les Conseils généraux sont sensibles à ses considérations. Des investissements alourdissent la charge pesant sur les personnes âgées et leurs familles, soit directement, soit indirectement en venant peser sur l'aide sociale et en obligeant donc, le cas échéant, à augmenter les ressources fiscales du département.

2.3.1.3 La disparité des aides à la pierre

Les règles de financement de l'Etat et des caisses manquent parfois de clarté ou comportent des modalités différentes dont l'application n'est pas toujours harmonisée sur le territoire.

Une remise à plat pourrait être de nature à faciliter le travail des promoteurs de projet.

A côté de subventions dans le cadre des contrats de plan Etat-Région et, de manière limitée par le biais des subventions hospitalières du Fonds de modernisation des établissements de santé, l'Etat intervient selon des règles que certains estiment confuses et variables, selon les secteurs et les types d'établissement, par les PLS et les mesures fiscales qui y sont rattachées (TVA réduite, exonération de longue durée du foncier bâti), par des mesures de défiscalisation, ainsi que par des aides à la personne (aide personnalisée au logement (APL) ou allocation de logement social (ALS)¹⁴).

Les prêts à 0 % des caisses de protection sociale ont leurs propres critères et font actuellement l'objet de remise en cause par leurs conseils d'administration ou par l'Etat.

¹⁴ Au 31 décembre 2003, 252 300 personnes âgées de 65 ans et plus, dont 66 % ont 80 ans et plus, bénéficient sous condition de ressources d'une aide au logement collectif, 89 000 de l'APL-foyer, les autres de l'ALS : 17 000 en logement-foyer, 146 300 en maisons de retraite ou centres de long séjour.

L'attribution des divers prêts, liés à des plans de financement complexe, contribue à allonger les délais des opérations.

2.3.1.4 Les règles de modulation tarifaire

L'obstacle que pouvait constituer une tarification uniforme au sein d'un même établissement a été levé par l'article 23-1 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié en 2003. Le tarif journalier moyen peut être modulé pour tenir compte notamment de la localisation et du confort de la chambre, de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour...

2.3.1.5 L'obligation pour les établissements publics de déposer leurs fonds au Trésor

Les établissements publics d'hébergement de personnes âgées sont aujourd'hui tenus de déposer leurs fonds au Trésor. Des négociations sont en cours afin qu'ils puissent placer une partie de leurs disponibilités de manière à les rapprocher de leurs homologues des secteurs privés associatifs ou lucratifs.

2.3.2 Les normes techniques

2.3.2.1 Des normes de sécurité de plus en plus strictes

Le renforcement des normes de sécurité au niveau réglementaire et la vigilance accrue des commissions de sécurité pèsent sur les investissements. L'accroissement de la proportion de personnes âgées dépendantes se traduit aussi sur le niveau exigé de normes, sans nécessairement bien prendre en compte les types de dépendance et l'autonomie de vie à assurer autant que possible.

Les logements-foyers sont astreints à des normes HLM de type H, les EPHAD à des normes de type J, les hôpitaux à des normes de type U. La transformation d'établissements pour l'accueil de personnes âgées plus dépendantes se traduit donc par des normes plus contraignantes impliquant d'importants travaux de rénovation que des partenaires comme la CNAVTS estime ne pas avoir à financer puisqu'ils correspondent à la mise en œuvre d'obligations définies par l'Etat.

Pourtant, si elles correspondent bien à des situations objectives, il est normal que ces normes soient bien observées. Si elles n'étaient pas adaptées ou excessives dans leur définition ou dans leur application, ce que laissent entendre certains, il conviendrait de les mettre à jour ou d'harmoniser la jurisprudence pour assurer un rapport coût-sécurité raisonnable.

2.3.2.2 La multiplication de nouvelles règles ou normes techniques

Aux règles de sécurité incendie tendent à s'ajouter de multiples autres contraintes génératrices de coût.

La loi n° 2004 du 13 août 2004 sur la modernisation de la sécurité civile prévoit ainsi que les EHPA « sont tenus de s'assurer soit de la disponibilité de moyens autonomes d'alimentation en énergie, soit de prendre les mesures appropriées pour garantir la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillance du réseau d'énergie ».

Des normes en matière de saturnisme, de légionellose, de cuisine... peuvent, soit accroître les coûts, soit aller à l'encontre de formules de fin de vie conviviale, telles celles des cantous qui s'efforcent d'associer à la confection des repas les personnes âgées pour leur maintenir leurs repères.

2.3.3 Les normes ou conceptions architecturales

Eventuellement liées aux normes techniques précédentes, s'appliquent aussi des normes ou des cahiers des charges architecturaux. Il en existe d'ailleurs plusieurs : celui de la CNAVTS, celui de l'Etat, ceux de certains conseils généraux...

Ces normes peuvent, du fait de leur absence d'harmonisation, compliquer les opérations et introduire certaines rigidités par rapport aux besoins.

Par ailleurs, les formules innovantes ne s'y insèrent pas toujours bien.

Les formules intermédiaires entre l'hébergement permanent et le maintien à domicile autour de foyers de services, de centres de jour ou d'hébergement temporaire ne sont pas bien prises en compte et se développent malaisément.

2.3.4 Les normes comptables

Une norme comptable et financière est la répercussion de l'amortissement d'une rénovation ou d'une construction neuve sur le prix de journée d'hébergement. Cette règle comptable classique qui vise à permettre le renouvellement des investissements alourdit la charge des personnes hébergées ou à défaut de leurs familles ou du conseil général.

L'amortissement est calculé en fonction de la valeur du bien ainsi rénové et construit et ne tient pas directement compte du financement qui peut être allégé par des subventions ou des prêts sans intérêt.

Il existe toutefois la possibilité dérogatoire du recours à des subventions renouvelables, limitant la répercussion de l'amortissement.

Pour être ainsi au plan comptable, qualifié de subvention renouvelable, le financeur doit préciser dans sa notification que le montant de la subvention est financièrement amortissable. Il convient que les durées de l'amortissement immobilier et de l'amortissement financier soient égales et que la subvention bénéficie à l'intégralité de l'équipement (ou d'une tranche). Cela suppose également en principe que le financeur soit prêt à refinancer le moment venu le renouvellement du bien.

Le recours à cette technique a ainsi été recommandé par la circulaire de la DHOS du 26 juillet 2004 pour les subventions de financement de la climatisation attribuées par l'Etat

dans les USLD dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

La distinction de la propriété et de l'exploitation, par exemple dans le cadre de baux emphytéotiques, peut modifier les modalités comptables d'un amortissement. L'intérêt de tels montages reste toutefois à évaluer.

2.3.5 Les obstacles fiscaux

Les régimes fiscaux sont actuellement disparates entre les diverses formes d'établissements publics (autonomes ou relevant d'un CCAS), privés à but non lucratif, privés à but lucratif, notamment en matière de TVA, de taxes sur les salaires, d'exonération du foncier ou de défiscalisation.

Les avantages fiscaux peuvent, soit être dotés d'une certaine autonomie, soit dépendre d'un type de financement accordé, comme les PLS dont découle un certain régime fiscal.

CHAPITRE III. LA DEFINITION D'UN CADRE ET D'UNE METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Une étude prospective approfondie débouchant sur le développement d'investissements médico-sociaux adaptés pour les personnes âgées qu'il s'agisse de rénovation ou de création de places implique d'associer les divers acteurs d'un domaine où les responsabilités sont aujourd'hui partagées et de définir une méthodologie de travail permettant de cerner les besoins et de dégager les moyens d'y répondre.

3.1 Une multitude d'acteurs à associer

3.1.1 Les divers acteurs

3.1.1.1 Les gestionnaires locaux et centraux, publics, privés sans but lucratif ou à but lucratif

Les gestionnaires des établissements qu'ils soient locaux, régionaux ou nationaux, publics, paritaires, associatifs, mutualistes ou commerciaux seront, en règle générale, les promoteurs de la rénovation des établissements qu'ils gèrent, des extensions de places dans les établissements existants ou de la création de nouveaux établissements.

Il est donc essentiel de bien cerner les difficultés concrètes auxquels ils se heurtent face au développement d'initiatives en ce domaine. Il est important de cerner leurs possibilités d'autofinancement.

3.1.1.2 Les financeurs autres que les gestionnaires

Les financeurs, autres que les gestionnaires, sont divers, publics, semi-publics et privés.

Ils peuvent, comme certaines collectivités territoriales, avoir des préoccupations sociales ou financières tenant à leurs obligations de répondre aux besoins de leurs électeurs, tant sur le plan de la réponse à leurs besoins sociaux qu'à leur situation de contribuables.

Ils sont souvent en position d'arbitrage entre divers besoins sociaux : logements sociaux pour les jeunes ou établissements pour les personnes âgées.

Ils peuvent comme les caisses de retraite de base ou complémentaires être partagés entre une action sociale dirigée vers les retraités autonomes ou ceux perdant au ayant perdu leur autonomie de vie. Leurs ressources non négligeables rendent importantes leurs priorités.

D'autres sont en position de banquier et s'inquièteront principalement du retour sur investissement.

3.1.1.3 Les autorités d'orientation, de réglementation ou de tutelle du secteur médico-social

Ces autorités sont également diverses et peuvent se confondre avec les précédentes.

Le conseil général du département vient de voir réaffirmer et consacrer son rôle d'acteur fondamental en ce domaine par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. « Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale... les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public...

Le département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales... et des établissements et services...

Le département peut signer des conventions avec l'Etat, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique ». Ses attributions s'appuient sur ses responsabilités en matière d'attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie et d'aide sociale aux personnes âgées.

La commune, directement ou par l'intermédiaire de son centre communal d'action sociale, porte généralement un grand intérêt à l'action sociale en faveur de ses seniors. La région a un rôle important au niveau de la formation et peut intervenir dans les investissements.

L'Etat conserve un rôle général d'orientation et de garant de l'égalité devant la loi et la protection sociale. Ses missions législatives et réglementaires ne permettent pas de l'ignorer. Divers ministères sont concernés par l'investissement en faveur des personnes âgées. Bien entendu, cela relève de la mission directe du Ministère, chargé de la santé et de la protection sociale, et en particulier de la direction générale de l'action sociale, appuyé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mais cela concerne également le Ministère de l'Intérieur, en charge des collectivités territoriales, le Ministère chargé du logement, le Ministère chargé du budget, de la fiscalité, de la comptabilité publique et de l'INSEE... Il dispose, en outre, dans le cadre de ses services déconcentrés, d'attributions à travers l'intervention du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et la création des EPHAD, liée à la dotation des prestations médicalisées prises en charge par l'assurance maladie.

3.1.2 La nécessité d'un groupe de travail dans une démarche prospective

La diversité des acteurs face à une démarche prospective qui les concerne tous à certains égards implique l'organisation d'un processus de concertation efficace les associant aux travaux nécessaires.

Diverses formules peuvent être envisagées : ce peut être une forme sui generis impliquant la mise en place d'un groupe de travail ad hoc auditionnant les divers acteurs et animant avec l'aide de tous les travaux techniques nécessaires. Il serait toutefois préférable de

pouvoir s'appuyer sur une structure existante, susceptible d'être rapidement opérationnelle ; ce devrait être un lieu suffisamment neutre pour qu'il soit accepté sans réticence par les principaux partenaires.

3.1.3 Un cadre ouvert et adapté : le Commissariat au Plan

Le Commissariat au plan pourrait être un lieu particulièrement adapté à ce travail prospectif et partenarial, associant les collectivités territoriales, l'Etat, les organismes de protection sociale, le secteur associatif et le secteur commercial.

Le choix du Commissariat au plan serait justifié par ses missions telles qu'elles viennent d'être précisées par le Commissaire au Plan :

- lieu consacré à la prospective,
- lieu de dialogue entre les acteurs économiques, les acteurs sociaux, les experts scientifiques et les administrations,
- administration souple, réactive et inventive capable de croiser des approches hétérogènes,
- rôle d'éclaireur pour les décideurs politiques, économiques et sociaux,
- temporalité dégagée des pressions et de l'urgence...

Il serait d'autant plus judicieux que ce dernier a déjà mis en place un projet GESTE, se proposant de réaliser une prospective dans la prise en charge de la fin de vie des personnes de grand âge.

Une étude prospective permettant à une première approche sanitaire et sociale de se concrétiser dans une perspective démographique et financière répondant aux besoins à venir d'une partie non négligeable de la population, dans un cadre concerté avec les principaux acteurs de cette politique, trouverait donc toute sa place au Commissariat au Plan, qui pourrait s'appuyer, outre son équipe, sur les diverses administrations concernées et les partenaires associés.

L'utilisation de ce cadre existant permettrait de commencer les travaux rapidement, à partir notamment des résultats des diverses enquêtes susceptibles d'être disponibles d'ici la fin de l'année 2004.

3.2 La définition d'une méthodologie de travail

Sans préjuger de la méthodologie détaillée des travaux, surtout si le Commissariat au Plan en acceptait le pilotage, les orientations suivantes pourraient être envisagées.

L'instance de travail mise en place s'efforcerait de bien cerner les besoins prospectifs, de clarifier les modes de financement permettant d'y répondre et d'organiser un mode de travail permanent sur l'action sociale dans le cadre de la modernisation de l'Etat.

3.2.1 *Affiner les besoins prospectifs*

Le travail sur les besoins prospectifs pourrait comporter trois lignes d'action : détermination des données et objectifs communs à mettre au point et si possible à partager, cadrage des travaux locaux et supports méthodologiques communs, méthodes de répartition des ressources compte tenu des besoins locaux pour que tous puissent se rapprocher des objectifs envisagés nationalement.

3.2.1.1 *Des données et objectifs communs à mettre au point et si possible à partager*

➤ Projections démographiques et dépendance

Les projections démographiques déjà pour partie disponibles seraient affinées par tranche d'âge, par année de projection et par département, en prenant en compte des hypothèses de dépendance et de mobilité géographique.

Il conviendrait d'enrichir les projections d'une réflexion sur l'impact des progrès médicaux possibles sur les diverses formes de dépendance.

La réflexion de l'INSEE sur un modèle de projection utilisable localement serait menée à son terme.

➤ Données sur les établissements et les réseaux d'aide à domicile

L'achèvement de la remontée des données sur les établissements issues de diverses enquêtes, terminées comme celle de la CNAVTS ou en cours de saisie comme l'enquête sur les logements-foyers qui fait suite au rapport du groupe de travail présidé par M. Grunspan et surtout la nouvelle enquête EHPA menée par la DREES, devrait permettre de lancer leur exploitation pour cerner la réalité actuelle et estimer précisément les besoins en rénovation des établissements et en création de places, compte tenu des projections sur la démographie et la dépendance.

➤ La recherche d'une définition partagée des besoins et des objectifs

Les données chiffrées brutes qui peuvent être tirées des projections et enquêtes précédentes ne sont toutefois pas suffisantes pour apprécier des besoins qui ne sont pas figés dans le temps, mais évoluent avec l'ensemble de la société.

Il conviendra de s'interroger à nouveau sur des objectifs cohérents d'articulation entre les aides à domicile et le recours à l'hébergement collectif, compte tenu des aspirations des générations concernées dans les années à venir, en segmentant les populations autant que nécessaire géographiquement ou socialement. Des transitions douces, articulant dans le temps et dans l'espace des formes d'accueil de jour et d'accueil temporaire, devraient être envisagées et conduire à envisager plus de complémentarité entre les équipes d'aide à domicile et les équipes des établissements d'hébergement ainsi que des locaux à usage plus polyvalents.

Cette interrogation amènera à statuer sur le devenir des logements-foyers dont le besoin n'apparaît plus à beaucoup comme une priorité et qui connaissent une désaffection dont les causes peuvent être diverses. Des décisions s'imposent aux gestionnaires de ces

structures, mais trop ferment actuellement les yeux devant un problème complexe. La transformation en EPHAD, si elle est possible pour un certain nombre d'entre eux dans le cadre d'importants plans de rénovation ou de destruction-reconstruction, ne l'est pas pour beaucoup d'autres où le retour vers du logement social plus banalisé est sans doute préférable. L'objectif d'achèvement des transformations en 2006 ne sera pas atteint, si des options ne sont pas prises très rapidement. Le problème concerne également des maisons de retraite qui doivent conclure avant le 31 décembre 2005 une convention pluriannuelle tripartite pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes.

La médicalisation des EHPA pour le maintien ou l'accueil des personnes dépendantes implique donc une politique volontariste à la fois pour qu'elle se réalise et qu'elle soit menée à bien de manière à répondre aux besoins de fin de vie des personnes âgées concernées.

Une meilleure prise en compte de la dépendance croissante des personnes âgées dans ces établissements mérite donc d'être approfondie, sans s'en tenir à la seule application des normes de sécurité incendie dont l'importance des coûts inhibe parfois une vision prospective.

Une mise à plat des normes techniques et conceptions architecturales, tant au regard de la sécurité raisonnablement nécessaire que des projets de vie, mérite d'être abordée.

Une étude des approches étrangères enrichirait et relativiserait les problèmes rencontrés.

Ces diverses analyses pourraient amener à une mise à jour de la définition des besoins en investissement pour le moyen terme.

3.2.1.2 Un cadrage des travaux locaux et supports méthodologiques communs

Il est important que le groupe de travail ne perde pas de vue le rôle essentiel des instances locales, en particulier des conseils généraux et des promoteurs au regard de l'investissement.

Les travaux locaux impliqueront, et c'est déjà largement le cas dans le cadre des schémas gérontologiques, des recensements des besoins, mais aussi des projections démographiques adaptées. Des outils nationaux devraient donc découler des réflexions précédentes de manière à proposer quelques modèles ou supports méthodologiques aux acteurs locaux.

Il serait, sans doute, utile d'envisager un ou plusieurs modèles de schémas gérontologiques, de grilles de projections et élaborer des guides locaux de la rénovation ou de la création d'EHPAD.

Le maintien des prix de journée d'hébergement à un niveau raisonnable, malgré le surcoût des investissements nécessaires qui pèseront en amortissement, peut supposer aussi la recherche d'économies d'échelle et d'optimisation dans l'emploi des ressources impliquant des regroupements de fonctions d'établissements médicaux sociaux ou des établissements eux-mêmes, tant dans le secteur public que dans le secteur associatif, comme le montre d'ailleurs le succès de groupes privés lucratifs. Des préconisations, permettant une plus grande professionnalisation sans coûts supplémentaires dans le cadre de regroupements soit de proximité, soit par catégorie d'établissements, soit par des systèmes groupés de prestations

de service, mériteraient d'être envisagées. Elles pourraient aussi favoriser des créations adaptées dans des zones où la gestion quotidienne ne permet pas de dégager les moyens de porter professionnellement un nouveau projet.

3.2.1.3 Des méthodes de répartition des ressources compte tenu des besoins locaux

Le rapprochement des données nationales et des travaux locaux devrait confirmer l'importance des disparités qui ressortent des premières études.

Il conviendrait donc de continuer à adapter les évolutions des enveloppes financières pour réduire les écarts et de renforcer une approche plus paramétrique, comportant une dimension dynamique de rapprochement d'objectifs nationaux compte tenu des particularismes locaux, lorsqu'ils sont justifiés.

Les références paramétriques à privilégier devraient être approfondies.

3.2.2 Clarifier les modes de financement permettant de répondre aux besoins en investissement

Il existe aujourd'hui, comme on l'a vu, des modes de financement divers plus ou moins bien connus. Le groupe de travail pourrait clarifier l'existant et proposer des harmonisations et des améliorations de nature à simplifier les procédures et à faciliter les opérations.

Les opérateurs publics et associatifs devraient être rendus plus à même de dégager un autofinancement des investissements, notamment par une amélioration de leur trésorerie que devrait assurer la mise en œuvre de textes récents (paiement à terme à échoir, cautions...), par un assouplissement des règles de placement pour ceux qui se heurtent encore à des rigidités qui limitent leurs ressources financières et par les cessions de biens qui peuvent contribuer à des opérations correspondant aux objectifs fondamentaux des établissements ou des associations.

Les communes peuvent mettre, le cas échéant, à disposition des terrains ou constituer des réserves à cette fin dans le cadre de leur plan d'urbanisme. Les modes d'action possibles pourraient être examinés.

Les conseils généraux jouent un rôle au niveau tarifaire déterminant pour la prise en compte des amortissements et pour la capacité d'emprunt. Ils peuvent accorder des subventions. Certains s'interrogent sur la possibilité de verser ces subventions, sous la forme de subventions renouvelables, afin d'éviter qu'elles ne s'imputent en amortissement sur les prix de journée : ce sujet délicat mérite examen.

Les caisses de sécurité sociale, les mutuelles ou les institutions paritaires accordent des prêts sans intérêt ou des subventions parfois assorties de réservation de places. Toutefois, leurs réflexions actuelles laissent planer des incertitudes sur leurs financements à venir qu'il conviendrait de lever.

Le devenir des diverses formes d'aides apportées par l'Etat (subventions, aides à la pierre, mesures fiscales) devrait être mesuré et clarifié, la question d'une déconnexion entre PLS et avantages fiscaux étant suggérée par certains partenaires.

Une mise à plat de ces formes de financement paraît, donc, nécessaire et mériter d'être rapprochée des besoins de financement, compte tenu des possibilités d'emprunts bancaires, et de l'impact de ces financements sur les prix de journée supportés par les résidents.

3.2.3 Organiser un mode de travail permanent sur l'action sociale partagée dans le cadre de la modernisation de l'Etat

Le groupe de travail gagnerait à dégager, outre la mise à plat de la question immédiate qu'il aurait à examiner, l'insertion de celle-ci dans un processus de travail permanent entre les divers acteurs du secteur.

Des travaux menés, il aurait à dégager des perspectives à long terme et des objectifs à moyen terme, susceptibles de se décliner pour partie annuellement.

Un ou des tableaux de bord de suivi départemental et national de l'investissement mériteraient d'être établis, compte tenu des objectifs définis.

A partir de ces objectifs et de ces tableaux de bord, une évaluation périodique serait menée avec le concours des services statistiques et d'inspection compétents et pourrait alimenter un observatoire ou une agence active en ce domaine, dont l'instance de surveillance adopterait un rapport de suivi et d'évaluation. Ce pourrait être l'un des rôles de la nouvelle instance de solidarité pour l'autonomie, qu'elle s'appelle caisse ou agence nationale.

Une conférence annuelle de l'action sociale, organisée par l'Etat et les conseils généraux, pourrait périodiquement, parmi d'autres thèmes, aborder celui de l'investissement dans le secteur des établissements médico-sociaux pour personnes âgées sur la base du suivi et des évaluations réalisées.

CONCLUSION GENERALE

Une étude prospective, ainsi conduite, permettrait donc de mieux cerner, avec le concours des divers partenaires, les besoins et les moyens à prévoir pour faire face aux investissements dans le secteur médico-social pour personnes âgées à moyen terme, tout en prenant en compte les perspectives à long terme.

Les méthodes de financement pourraient être clarifiées et des outils nationaux au service des départements ainsi que des promoteurs mis au point.

Un processus de suivi et d'évaluation, associant les départements et l'Etat, avec le concours d'un organisme qui se verrait confier cette mission, contribuerait à la cohérence de l'action menée.

Telles sont les grandes orientations préconisées pour une étude prospective approfondie sur l'investissement dans le secteur médico-social. Elle gagnerait à être menée dans le cadre du Commissariat au Plan.

Le lancement d'une telle étude, à partir des résultats des enquêtes disponibles, à la fin de 2004, n'exclut pas que, dès à présent, des améliorations ponctuelles concrètes puissent être mises en œuvre pour favoriser les initiatives des promoteurs d'investissement.

Michel LAROQUE

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE n° 1 : Liste des principales personnes rencontrées ou contactées.

ANNEXE n° 2 : Liste des sigles

ANNEXE n ° 1 :
Liste des principales personnes rencontrées
ou contactées.

LISTE DES PRINCIPALES PERSONNES RENCONTREES ou CONTACTEES

Ministère de la santé et de la protection sociale

Direction générale de l'action sociale

- M. Trégoat, directeur général
- M Bernard Garro, chef de service
- Mme Joëlle Voisin, sous directeur
- Mme Annick Bony, chef de bureau
- M. Joël Blondel, sous directeur
- M. JP Hardy
- M. Chevalier

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

- M. Jean-Claude Delnatte, chef de bureau
- M. Marc Bourquin

Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

- Mme Annie Mesrine, chef du bureau des établissements médico-sociaux
- M. François Tugores
- Mme Emmanuelle Cambois

DRASS de Haute-Normandie:

- Hubert Valade, directeur régional de l'action sanitaire et sociale de Haute-Normandie
- M. Rullaud, directeur-adjoint
- MM. Chauvin et Lemaitre

DDASS de Haute-Normandie

- Mme de Badereau

INSEE

- M. Didier Blanchet
- M. Jean-François Royer

Ministère chargé du logement

- M. Eric Bouquet

Commissariat au Plan

- M. Yves Chassard, chef du service des affaires sociales
- M. Sebastien Doutreligne, chef du projet GESTE

Collectivités territoriales

Conseils généraux

Association des départements de France

M. Rapinat

Conseil général du Rhône

M. Jamet, directeur général des services

Conseil général de Seine-Maritime

M. Yvon Robert, vice-président

Mairie de Lyon

-M. Antoine Catinchi, délégué à l'action sociale

Centre communal d'action sociale de la Ville de Paris

-Mme Coulon-Kiang, directrice

CNAVTS

-M. Claude Périnel, directeur de l'action sociale

-Mme Cécile Guyader

-M. Laurent Tardieu

CNAMTS

-Mme Stephanie Pierson

Secteur associatif et syndical

Fédération hospitalière de France

-M. David Causse

SYNERPA

-M. Broussy

UNIOPSS

-M. Hubert Allier

Secteur bancaire

Dexia Crédit local de France

-M. Pierre Vérot, directeur de l'économie sociale

ANNEXE n° 2 :
Liste des sigles

LISTE DES SIGLES

ALS	Allocation de logement sociale
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Allocation personnalisée de logement
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CPER	contrat de plan Etat-Région
DGAS	direction générale de l'action sociale
DGUHC	direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction
DREES	direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
EHPA	établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GESTE	Projet du Commissariat au Plan sur la prise en charge de la fin de vie des personnes âgées
GIR	groupe iso-ressources
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
MAPAD	maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MARPA	maison d'accueil rurale pour personnes âgées
PLS,PLUS,PALULOS	prêts bénéficiant d'avantages de la part de l'Etat
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
TVA	taxe à la valeur ajoutée
USLD	unité de soins de longue durée
UNIOPSS	Union nationale des institutions et organismes de protection sanitaire et sociale