



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-094P

Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

RAPPORT
TOME I

Établi par

Christine BRANCHU

Joëlle VOISIN

Jérôme GUEDJ

Didier LACAZE

Stéphane PAUL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

- [1] Le présent rapport, consacré à un état des lieux relatif aux coûts mis à la charge de la personne âgée ou de sa famille en cas de séjour en établissement, est issu d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'IGAS a adopté pour 2009. Au sein de ce programme, elle figure parmi les missions qui ont recueilli la plus forte approbation de la part des directions d'administration centrale puis des cabinets des ministres.
- [2] En effet, si la question, souvent présentée sous l'intitulé du « reste à charge », paraît d'ores et déjà bien documentée, les rapports qui l'abordent demeurent souvent trop globaux. Il a paru nécessaire de les enrichir par une approche plus fine que la mission a notamment réalisée par le biais d'investigations conduites dans quatre départements et vingt EHPAD et USLD.
- [3] La mission a ainsi pris le parti de se situer très en amont des considérations sur l'éventuelle création d'un « cinquième risque ». Il s'est agi, non pas d'entrer dans ce débat sur lequel de nombreuses institutions ont d'ores et déjà fourni des avis et, parfois, adopté des positions de principe, mais plutôt d'inventorier les problématiques et d'alimenter la réflexion en donnant un éclairage issu des constats effectués au plus près des réalités locales.
- [4] Le premier chapitre rend compte de l'ensemble des informations recueillies localement.
- [5] Il en ressort d'abord que les coûts mis à la charge des résidents ne s'arrêtent pas au seul « tarif hébergement » mais incluent bien d'autres éléments qui forment au total un ensemble composite comprenant d'une part le montant de l'APA laissé à la charge du résident et d'autre part une série de dépenses diverses (frais de mutuelle, coiffure, coûts d'utilisation de la télévision ou du téléphone, etc.) que l'on peut regrouper en trois catégories : des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer, comme les produits de toilette ou le blanchissage des effets personnels ; des prestations qui apportent des éléments de confort dont les plus anciennes générations ont pu se passer mais que toute la population tiendra bientôt comme indispensables, qu'il s'agisse par exemple du téléphone ou de la télévision, voire demain de l'accès à l'internet ; enfin, des consommations qui n'ont rien d'indispensable, qui relèvent du libre choix de la personne et qui sont étroitement liées à son pouvoir d'achat.
- [6] Qu'il s'agisse de ces dépenses diverses, du « talon APA » ou du « tarif hébergement », les montants relevés localement permettent de constater qu'il existe de fortes différences d'un établissement à l'autre et que, prises toutes ensemble, les sommes mises à la charge des résidents atteignent des montants sensiblement supérieurs aux données couramment annoncées.
- [7] Plus précisément, sans dissimuler le caractère non statistiquement représentatif de « l'échantillon » des établissements auprès desquels a enquêté, la mission a relevé des coûts à la charge des personnes dont il ressort :
- que le montant mensuel de 1 500 € constitue une sorte de minimum incompressible qui ne s'applique qu'aux personnes très attentives à limiter leurs dépenses et qui résident dans des établissements situés en milieu rural dont le terrain et la construction sont financièrement totalement amortis ;
 - que la somme mensuelle de 2 900 € représente certes un montant élevé, au regard des constats de la mission, mais que l'on peut fréquemment l'observer en milieu urbain et qu'elle ne correspond pas à des prestations particulièrement luxueuses ;
 - que la moyenne de ces deux montants se situe à 2 200 € ;

- que les tarifs et les prix les plus élevés enregistrés par la mission aboutissent à une dépense mensuelle de 5 000 € et que cette somme peut éventuellement être largement dépassée en fonction des souhaits de consommation de personnes disposant des ressources financières adaptées à ce mode de vie.

- [8] Mais, pour les résidents et leurs familles, le coût final à déboursier est certes lié au montant mensuellement mis à leur charge mais il dépend plus encore du nombre de mois qui va caractériser la durée du séjour. Or, à l'inverse de ce que l'on observe en court séjour, il est, sauf exception, très difficile voire impossible de déterminer *ex ante* la durée que prendra le séjour.
- [9] En vérité, la notion de durée « moyenne » de séjour n'a pas de sens :
- pour le payeur, c'est-à-dire la personne âgée elle-même ou son entourage, la notion est sans utilité puisqu'elle n'éclaire en rien sur les montants dont il faudrait disposer pour assurer sans difficulté le financement de l'ensemble du séjour ;
 - comme il n'existe que des payeurs individuels puisque l'on se situe par définition dans le domaine de la non-socialisation de la dépense, aucun décideur national n'a besoin de faire périodiquement une prévision globale de dépenses qui devrait s'appuyer sur des calculs actuariels fondés sur une durée moyenne des séjours.
- [10] Toutefois, le rapport cite les données qui sont apparues les plus fiables à la mission et qui sont tenues par un groupe privé qui gère environ 10 000 places : pour les séjours permanents non terminés au jour de l'enquête, la durée moyenne des séjours s'établissait en mai 2009 à 1 120 jours, soit environ 37 mois ; pour les séjours terminés relatifs aux résidents définitivement sortis, la durée moyenne des séjours était à la même date de 860 jours, soit environ 28 mois.
- [11] Si l'on applique ces durées de séjour aux coûts mensuels précédemment décrits, on identifie des montants qui vont de 42 000 € (pour 28 mois à 1 500 €) à 107 300 € (pour 37 mois à 2 900 €), la moyenne se situant à 74 650 €. Naturellement, ces chiffres constituent des ordres de grandeur mais ne renseignent en rien sur les coûts réels qui ne peuvent s'exprimer qu'individu par individu.
- [12] Les résidents en EHPAD peuvent bénéficier d'aides publiques qui réduisent d'autant ce qui leur est facturé par l'établissement. Il s'agit d'aides fiscales, d'aides au logement et de l'aide sociale à l'hébergement.
- [13] Ces trois dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs distincts (l'Etat pour les aides fiscales, la Caisse nationale d'allocations familiales pour les aides au logement, les Conseils généraux pour l'aide sociale) et non articulés entre eux. Ils n'ont pas été conçus spécifiquement pour répondre à la préoccupation contemporaine de diminution des sommes mises à la charge des résidents, ils épousent des logiques propres et, en définitive, le ciblage insuffisant de la plupart de ces aides leur confère un caractère largement anti-redistributif.
- [14] Le chapitre se clôt sur le constat du peu d'informations disponibles quant aux ressources mobilisées pour faire face aux coûts mis à la charge des personnes. Il est néanmoins clair que, très souvent, les retraites ne suffisent pas, les obligés alimentaires sont sollicités et les patrimoines familiaux entamés ou absorbés ; l'admission à l'aide sociale à l'hébergement peut être sollicitée mais, le plus souvent, les familles évitent d'y recourir, notamment en raison de la perspective de la récupération sur succession.
- [15] Le deuxième chapitre présente les problématiques principales du système.
- [16] Il apparaît en premier lieu que si, formellement, les dépenses mises à la charge des personnes âgées font l'objet d'une transparence, le consommateur ne peut pas faire un lien immédiat et sûr entre les coûts affichés et la nature ou la qualité des prestations proposées. Les différences observées quant au niveau des tarifs pratiqués paraissent liées à de multiples facteurs dont l'impact sur la sécurité et la qualité de la vie des résidents n'est pas toujours aisément perceptible. En effet, le rapport montre successivement :

- que le statut juridique de l'établissement n'est qu'une donnée explicative, parmi bien d'autres ;
- qu'il n'existe pas de lien direct entre le coût imposé au résident et la qualité des prestations fournies par l'établissement ;
- que, sauf pour les personnes admises à l'aide sociale, il n'y a pas non plus de lien entre le montant mis à la charge du résident et le niveau de son revenu, des personnes aux revenus élevés pouvant être admises dans des EHPAD habilités à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale, présentant des tarifs raisonnables et offrant des prestations de qualité ; à l'inverse, de nombreuses personnes âgées aux revenus limités sont confrontées à une offre de proximité très étroite qui ne leur propose que des EHPAD dont les tarifs sont inaccessibles pour elles ;
- qu'en fait, parmi les facteurs explicatifs des montants mis à la charge des résidents, l'effet des coûts immobiliers et des normes imposées aux établissements joue un rôle important.

[17] Au total, le système laisse une grande place à l'aléatoire : un tarif élevé ne garantit aucunement une prise en charge satisfaisante tandis qu'un tarif bas ne l'exclut pas et le rapport montre à quel point la décision du consommateur ne se prend pas dans un contexte favorable :

- le séjour en établissement ne constitue pas un bien que l'on souhaite acquérir. Sauf exception, c'est au contraire une perspective dont on a retardé la survenue autant qu'il était possible. On ne se situe donc pas dans la logique d'un choix éclairé entre plusieurs solutions alternatives : l'admission en EHPAD se fait lorsqu'il n'existe plus aucune autre solution. Le consommateur n'est donc pas en situation de choix entre une admission en EHPAD et une autre modalité ;
- et, une fois que s'est imposée la décision d'une entrée en EHPAD, les possibilités d'une mise en concurrence sont très réduites puisque la décision se prend en urgence, dans le désarroi, face à une offre souvent très limitée, notamment en milieu rural.

[18] Enfin, l'aléatoire vient de ce que, par définition, le coût réel du séjour ne peut être connu qu'au moment où il s'achève.

[19] Le rapport souligne ensuite que le système repose largement sur des ambiguïtés et des non-dits. Outre que le vocabulaire utilisé (et notamment l'expression, proscrite dans le rapport, de « reste à charge ») rend très mal compte de la réalité, on constate que le système mêle, sans le dire, répartition et capitalisation, lorsque les résidents eux-mêmes et/ou ceux qui les aident à financer leur séjour déséparent pour consacrer une partie ou la totalité du patrimoine au règlement des frais de séjour.

[20] Alors que, depuis plusieurs années, un débat relayé par les médias a permis à la population de se faire une première idée des avantages et inconvénients respectifs du recours à la répartition et à la capitalisation dans le domaine des retraites, le financement de la grande dépendance et notamment des séjours en institution n'a pas donné lieu aux mêmes discussions ; en un sens, les réflexions sur l'éventuelle création d'un 5^{ème} risque ont permis de faire naître une prise de conscience mais, à ce jour, l'opinion demeure peu au fait des enjeux.

[21] En outre, il n'existe pas un recueil d'informations organisé qui permette de savoir aujourd'hui quel est le nombre total de résidents dont le paiement des frais de séjour est assuré par un prélèvement sur le patrimoine ni, *a fortiori*, quels sont les montants en cause au niveau national.

[22] En définitive, on est en présence d'une forme de capitalisation qui s'ignore.

[23] Par ailleurs, on met trop souvent en relation niveau moyen des coûts laissés à la charge des résidents et niveau moyen des retraites sans expliquer à quel point cette comparaison est peu fondée puisqu'il s'agit de deux grandeurs dont les composantes n'ont aucun lien entre elles.

- [24] Quoi qu'il en soit, lorsque sa retraite est insuffisante, le résident et les personnes qui l'aident financièrement « se débrouillent » pour mobiliser des ressources diverses et, le plus souvent, parvenir à échapper à l'aide sociale ; mais les voies utilisées et les montants en cause demeurent très mal connus.
- [25] Quelques études nationales reposent sur des moyennes dont on a énoncé les limites et, là où l'on pourrait se situer dans l'exactitude, c'est-à-dire au niveau de chaque EHPAD, la connaissance n'est pas recherchée. Il est même voulu qu'elle ne soit pas recherchée, au nom de la protection de la vie privée des personnes et du souci revendiqué de ne pas s'immiscer dans les affaires familiales des résidents.
- [26] Le rapport reproduit les résultats d'études récentes dont il ressort que le patrimoine moyen ou médian des Français va de 100 000 € à 170 000 € (desquels il conviendrait de retirer la dette moyenne évaluée à 40 000 €). Avec toutes les précautions qu'impose le maniement des moyennes ou médianes, on constate qu'avec 100 000 à 130 000 €, on parvient à financer environ 4 à 5 années de séjour en EHPAD (sur la base d'un coût mensuel de 2 200 €).
- [27] Le deuxième enseignement de ces études confirme l'importance de l'immobilier dans le patrimoine des Français. Or, pour assurer le financement des séjours en établissement qu'impose la grande dépendance, l'immobilier ne constitue pas une ressource aisément mobilisable en raison de son insécabilité et de son illiquidité. La solution alors envisageable est de mettre en location l'ancien logement du résident. Mais la mission n'a pas trouvé de données statistiques permettant de savoir s'il s'agit d'une pratique fréquente.
- [28] Le chapitre fait état, en dernier lieu, de quelques témoignages que la mission a enregistrés, relatifs à des dérives graves ; ils ne doivent pas donner lieu à généralisation mais leur existence même conduit à identifier des zones et des facteurs de risque à prendre en considération pour mieux protéger les personnes âgées dépendantes.
- [29] En effet, les enjeux financiers liés à une entrée et à un séjour en EHPAD pèsent sur les personnes âgées, parfois jusqu'au risque d'une insuffisante prise en charge, voire d'une maltraitance. La mission a ainsi relevé des cas d'entrées différées ou de sorties décidées pour des raisons financières et, également, des cas de limitations de dépenses qu'imposent les familles ou que s'imposent les personnes âgées.
- [30] Le dernier chapitre vise à fournir quelques éléments de réponse à deux questions susceptibles à l'avenir de faire débat :
- quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires) ?
 - le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ?
- [31] Sur la première question, dont il a d'abord montré la complexité, le rapport fait état des principales hypothèses d'allègement des coûts mis à la charge des résidents ; les éléments du débat portent sur :
- l'imputation sur les sections tarifaires « soins » ou « dépendance » de dépenses aujourd'hui incluses dans le « forfait hébergement » ;
 - les économies qui pourraient résulter de mutualisations entre établissements ;
 - la possibilité de concevoir un nouveau type d'EHPAD qui proposerait des prestations moins coûteuses reposant sur une standardisation de la construction des bâtiments, sur la réduction de la dimension des surfaces des chambres et l'abaissement du niveau des normes ou encore sur la diminution du nombre des agents non affectés au lit du résident (personnel de direction et d'accueil, personnel technique) ;

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

[32] Sur la seconde question, le rapport montre qu'il est difficile de déterminer comment peut évoluer la demande et, par exemple, si, qualitativement, les familles continueront à accepter les établissements « mixtes » qui accueillent à la fois des personnes psychologiquement atteintes et d'autres qui ne le sont pas ou bien s'il n'y aura pas une pression en faveur d'établissements distincts. Or cette question n'est pas sans intérêt dans une optique de coût, tant en investissement qu'en fonctionnement.

[33] Plus généralement, la clientèle se fait de plus en plus exigeante. Il se peut que la demande porte désormais prioritairement sur des structures sécurisantes dans lesquelles le soin, c'est-à-dire aussi bien le « *care* » que le « *cure* », soit assuré de manière à la fois plus technique et plus respectueuse et où, en même temps, le parti architectural marque moins la rupture avec le domicile : unités de plus petite taille, plus proches de 40 que de 100 lits, implantées au cœur des bourgs ou des villes plutôt qu'en périphérie, distinguant les personnes selon qu'elles sont atteintes physiquement ou psychologiquement. Il est également possible d'envisager que la clientèle, à la fois les résidents eux-mêmes et les familles, se fasse moins passive qu'autrefois et, éventuellement relayée par les médias, se situe dans la revendication, exigeant une individualisation plus grande de la prise en charge pour un niveau de qualité supérieur à ce qu'offrent en général les EHPAD d'aujourd'hui.

[34] Conjuguées, ces diverses évolutions de la demande pourraient avoir un effet sur les coûts qui ne va pas dans le sens de leur abaissement.

[35] Du côté de l'offre, celle du secteur public est encore quantitativement la plus importante mais il lui faut profondément évoluer : elle est constituée d'établissements plus anciens et, même si l'on ne peut généraliser à partir des seuls départements enquêtés, son parc paraît inégalement entretenu et devoir être sérieusement modernisé, particulièrement lorsque les EHPAD ne sont pas autonomes mais rattachés à un établissement de santé. Mécaniquement, si le secteur public se porte à la hauteur du secteur commercial sur le terrain de la qualité des locaux, on ne peut que prévoir une forte hausse des tarifs partout où il faut moderniser ou reconstruire.

[36] Enfin le rapport montre que les conditions de la rencontre de l'offre et de la demande sont en train de se modifier avec des difficultés de remplissage de certains types d'établissements et, surtout, des signes d'inadéquation de l'offre : ces toutes dernières années, celle-ci s'est largement portée, surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée. Sous la pression de l'urgence et du désarroi, des admissions peuvent être faites dans ces établissements mais peuvent être suivies de transferts motivés par des raisons financières et potentiellement lourdes de conséquences pour les personnes âgées qui en sont victimes.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1. INFORMATIONS RECUEILLIES.....	13
1.1. <i>La nature des coûts mis à la charge des résidents</i>	13
1.1.1. Le « tarif hébergement ».....	13
1.1.2. Le « talon APA ».....	16
1.1.3. Typologie des autres coûts mis à la charge des résidents.....	18
1.2. <i>Le montant total des coûts mis à la charge des résidents</i>	24
1.2.1. Les coûts mensuels observés par la mission.....	24
1.2.2. Les données fournies par la DREES.....	26
1.2.3. Du coût mensuel au coût total... ..	27
1.3. <i>Les différents dispositifs qui atténuent les coûts mis à la charge des résidents</i>	28
1.3.1. L'aide sociale à l'hébergement assure historiquement mais marginalement l'accessibilité financière pour les résidents aux ressources insuffisantes	29
1.3.2. Les aides au logement bénéficient peu aux résidents en EHPAD	30
1.3.3. Les aides fiscales ont progressivement cherché à compenser les coûts d'hébergement en EHPAD	31
1.3.4. Un ciblage insuffisant de ces aides leur confère un caractère anti-redistributif	32
1.4. <i>Les ressources mobilisées pour faire face aux coûts mis à la charge des résidents</i>	32
1.4.1. Les revenus des résidents	32
1.4.2. Les revenus des personnes qui acceptent de compléter les ressources des résidents	33
1.4.3. La mobilisation du patrimoine de la personne âgée et/ou de ses obligés alimentaires	35
2. PROBLEMATIQUES	36
2.1. <i>Le niveau des coûts mis à la charge des personnes est faiblement corrélé à des données immédiatement identifiables par les résidents</i>	36
2.1.1. Le statut juridique de l'établissement n'est qu'une donnée explicative, parmi bien d'autres	36
2.1.2. Il n'existe pas de lien direct entre le coût imposé au résident et la qualité des prestations fournies par l'établissement.....	37
2.1.3. Sauf pour les personnes admises à l'aide sociale, il n'y a pas de lien entre le montant mis à la charge du résident et le niveau de son revenu	38
2.1.4. Le niveau du montant laissé à la charge du résident varie sensiblement sous l'effet des coûts immobiliers et des normes imposées aux établissements.....	38
2.2. <i>Le système laisse une grande place à l'aléatoire</i>	40
2.2.1. Le coût n'éclaire pas sur le contenu de la prestation	40
2.2.2. La décision du consommateur ne se prend pas dans un contexte favorable.....	41
2.2.3. L'aléatoire vient enfin de ce que le coût réel du séjour ne peut être connu qu'au moment où il s'achève	42
2.3. <i>Le système repose largement sur des ambiguïtés et des non-dits</i>	42
2.3.1. Le vocabulaire utilisé rend mal compte de la réalité	42
2.3.2. Le dispositif de l'aide sociale à l'hébergement est ambivalent	44
2.3.3. La part des éléments mal connus et même des non-dits est particulièrement importante, aussi bien au niveau national qu'autour de chaque résident.....	45

2.3.4. Parmi les nombreux financeurs du système, tous ne paraissent pas poursuivre les mêmes objectifs, y compris en termes d'équité.....	52
2.4. <i>L'impact financier du séjour en EHPAD peut conduire à de graves dérives</i>	52
2.4.1. La dépendance des personnes âgées sur les questions financières les concernant directement	52
2.4.2. Des parcours d'évitement	53
2.4.3. Pendant le séjour, les questions financières demeurent une préoccupation	54
3. ELEMENTS DE REPOSE A DEUX QUESTIONS EN DEBAT	55
3.1. <i>Quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage ?</i>	55
3.1.1. Le caractère très composite des coûts mis à la charge des résidents fait que la question se pose de manière complexe	55
3.1.2. Il existe plusieurs hypothèses d'allègement des coûts mis à la charge des résidents	58
3.2. <i>Le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ?</i>	59
3.2.1. La demande est susceptible d'enregistrer des évolutions qui, <i>a priori</i> , ne devraient pas aller dans le sens d'un abaissement des coûts	59
3.2.2. Les évolutions que doit enregistrer l'offre pourraient susciter, au moins localement, d'importantes hausses des coûts	61
3.2.3. Les conditions de la rencontre de l'offre et de la demande sont en train de se modifier avec des difficultés de remplissage de certains types d'établissements et, surtout, des signes d'inadéquation de l'offre	62
CONCLUSION	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	65
SIGLES UTILISES	69
LISTE DES TABLEAUX – LISTE DES ENCADRES	71

Introduction

- [37] Le présent rapport, consacré à un état des lieux relatif aux coûts mis à la charge de la personne âgée ou de sa famille en cas de séjour en établissement, est issu d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'IGAS a adopté pour 2009. Au sein de ce programme, elle figure parmi les missions qui ont recueilli la plus forte approbation de la part des directions d'administration centrale puis des cabinets des ministres.
- [38] Et, au cours même de son déroulement, la mission a connu un regain d'intérêt avec la publication, sous le titre « Les Français et le grand âge », des résultats d'un sondage d'opinion réalisé par la société TNS-Sofres pour le compte de la Fédération hospitalière de France. Il en ressort notamment que « la prise en charge des personnes âgées en France » est jugée « peu (49 %) ou pas du tout (22 %) satisfaisante » par 71 % des personnes interrogées. 97 % d'entre elles se déclarent d'accord avec l'idée que « cela coûte cher d'aller en maison de retraite » et, informées dans la question posée que « le coût moyen payé par mois [...] est d'environ 2 200 € », plus des trois quarts des personnes interrogées (76 %) affirment que leur « famille ne pourrait pas assurer la charge financière d'un hébergement en maison de retraite ».
- [39] A la question portant sur « la meilleure solution pour financer les dépenses liées à la dépendance chez les personnes âgées dans les années à venir », une majorité (45 %) se prononce en faveur d'une « prise en charge de la dépendance par la solidarité nationale, en fonction des ressources de la personne âgée dépendante, en augmentant les prélèvements obligatoires ».
- [40] La question, souvent présentée sous l'intitulé du « reste à charge », paraît d'ores et déjà très documentée :
- de nombreux rapports l'ont récemment abordée et elle s'inscrit dans la réflexion entourant l'éventuelle création d'un 5^{ème} risque ;
 - par ailleurs, il existe des données statistiques issues d'enquêtes nationales ; ainsi, l'enquête EHPA, réalisée tous les 4 ans et pour la dernière fois en 2007, donne-t-elle des indications, département par département, sur les tarifs d'hébergement. Les enquêtes de ce type fournissent des informations macro-économiques précieuses sur les montants moyens qui restent à la charge des personnes et, plus rarement, sur la dispersion des tarifs, d'un département à l'autre et/ou selon le statut juridique de l'établissement.
- [41] Mais en fait, ces travaux demeurent souvent trop globaux et il a paru nécessaire de les enrichir par une approche plus fine que la mission a réalisée par le biais d'investigations conduites au plus près des réalités locales.
- [42] La mission a enquêté dans quatre départements et vingt établissements. Les départements retenus (la Creuse, la Gironde, Paris et le Haut-Rhin) l'ont été en croisant les informations relatives d'une part à leur démographie et d'autre part à leur richesse mesurée au travers du potentiel fiscal : la Creuse est le département où la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale est la plus importante et elle figure parmi les départements dont le potentiel fiscal est le plus faible ; le Haut-Rhin présente une physionomie inverse, pour la démographie et, plus encore, pour le potentiel fiscal ; la Gironde se place dans une situation intermédiaire ; enfin, Paris constitue un département très spécifique, y compris à l'égard de la prise en charge des personnes dépendantes, et, pour cette raison, il a paru utile d'y enquêter également.

- [43] Dans chaque département, les établissements enquêtés ont été choisis en lien étroit avec les services locaux, tant ceux de l'Etat que des Conseils généraux. Sur les 20 établissements retenus, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont en large majorité mais la mission a également enquêté dans quelques unités de soins de longue durée (USLD) ; au regard des problèmes touchant aux montants mis à la charge des résidents, il n'est pas apparu de différence significative entre les deux catégories d'établissements.
- [44] Au niveau national, le parc des EHPAD compte, au 31 décembre 2007, 6 855 EHPAD représentant 514 635 places installées et 232 USLD comptant 17 673 places¹.
- [45] Au regard de ces chiffres, la mission a bien conscience qu'une vingtaine d'établissements ne constitue pas un « échantillon » et qu'il n'y a donc pas lieu de penser que les EHPAD et USLD enquêtés sont « représentatifs » de la réalité nationale, du moins statistiquement parlant. Ils permettent plutôt, par des témoignages et constats locaux, d'étayer ou d'infirmer des opinions émises au niveau national.
- [46] A cet égard, la mission a observé que les informations disponibles sur le sujet faisaient souvent état du montant du « tarif hébergement » mis à la charge du résident mais ne prenaient pas en considération, ou incomplètement, les autres dépenses qui lui incombent ; elle a donc tenté de mieux cerner les montants exacts que doivent acquitter les personnes âgées hébergées en EHPAD.
- [47] Elle s'est ensuite intéressée à des réalités dont rendent très peu ou très mal compte les données disponibles : dès lors que les montants laissés à la charge du résident dépassent, dans de très nombreux cas, le niveau des revenus dont il dispose, il lui faut solliciter ses obligés alimentaires, et notamment sa famille, et/ou mobiliser tout ou partie du patrimoine familial. Sur ces points, les informations manquent car l'idée prévaut que tout ceci relève de la sphère privée : c'est certes juste puisqu'il ne s'agit pas de dépenses socialisées mais il s'ensuit qu'il est difficile pour le décideur national de mesurer précisément l'ampleur des problèmes soulevés.
- [48] Sur ces points, la mission a pris le parti de se situer très en amont des considérations sur l'éventuelle création d'un « cinquième risque ». Il s'est agi, non pas d'entrer dans ce débat sur lequel de nombreuses institutions ont d'ores et déjà fourni des avis et, parfois, adopté des positions de principe, mais plutôt d'inventorier les problématiques et d'alimenter la réflexion en donnant un éclairage issu des constats effectués au plus près des réalités locales.
- [49] Le présent rapport présente ainsi, comme l'indique l'intitulé de son titre, un état des lieux ; il est divisé en trois chapitres :
- le premier rend compte des informations recueillies localement sur la nature des coûts mis à la charge des résidents et/ou des obligés alimentaires, sur leur montant mensuel moyen et sur la durée des séjours qui permet d'approcher un coût total ; il décrit les aides ciblées qui permettent de diminuer ce coût et dresse un tableau des ressources mobilisées pour faire face aux dépenses ;
 - le deuxième chapitre met en perspective les informations contenues dans le premier : il relève l'ensemble des faiblesses des dispositifs auxquels les personnes âgées et leurs entourages sont confrontés dans les circonstances, toujours délicates, qui entourent une admission et un séjour en EHPAD ;
 - enfin le troisième chapitre vise à donner quelques éléments de réponse à deux questions en débat : quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires) ? le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ?

¹ Julie PREVOT, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 689, mai 2009.

1. INFORMATIONS RECUEILLIES

[50] Le présent chapitre rend compte de l'ensemble des informations recueillies au cours des déplacements effectués dans les quatre départements enquêtés et, plus précisément, dans 17 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 3 unités de soins de longue durée (USLD).

[51] Pour l'essentiel, il en ressort que les coûts mis à la charge des résidents ne s'arrêtent pas au seul « tarif hébergement » mais incluent bien d'autres éléments qui forment au total un ensemble composite. Prises toutes ensemble, ces diverses dépenses atteignent des montants sensiblement supérieurs aux données couramment annoncées et ne sont jamais inférieures à 1 500 € par mois. Au demeurant, cette référence à un coût mensuel importe finalement moins pour les résidents et les familles que la durée du séjour qui apparaît comme la variable essentielle ; or, évidemment, celle-ci ne peut être prévue lors de l'admission. Le présent chapitre fait également état des divers moyens que mettent en œuvre les résidents et ceux qui leur viennent financièrement en aide pour faire face aux dépenses induites par le séjour en EHPAD : ces moyens sont relativement mal connus et, en l'état, ne peuvent donner lieu à aucune statistique.

1.1. La nature des coûts mis à la charge des résidents

[52] Le budget des EHPAD est régi par les règles de la tarification ternaire² : les prestations fournies comportent un tarif journalier afférent à l'hébergement (voir *infra*), un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins.

[53] Le tarif afférent aux soins recouvre « les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales correspondant à l'état de dépendance des personnes accueillies ». Le tarif afférent à la dépendance recouvre « l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins ».

[54] Le « tarif hébergement » est mis à la charge du résident ainsi qu'une partie du « tarif dépendance ».

1.1.1. Le « tarif hébergement »

1.1.1.1. Le contenu du « tarif hébergement »

[55] Le « tarif hébergement » recouvre « l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies ».

[56] Il intègre à ce titre les charges relatives à l'emploi des personnels assurant l'accueil, l'animation, l'entretien des locaux, la restauration et l'administration générale. Plus précisément, il inclut 100 % des dépenses relatives aux personnels en charge de l'animation, de l'accueil, des services généraux et de cuisine, 100 % des dépenses d'administration générale et de direction et 70 % des dépenses relatives aux agents de service affectés au blanchissage, au nettoyage et au service des repas³.

² Articles L. 314-1 et suivants et R. 314-158 à R. 314-193 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

³ Annexe 3-2 du CASF.

[57] Il comprend 70 % des fournitures hôtelières et 70 % des produits d'entretien et des frais de blanchisserie⁴. La mission a toutefois constaté que l'imputation des frais de blanchisserie variait selon les établissements ; en effet, parfois, seul l'entretien du « linge de maison » (draps, nappes, serviettes de toilette) est concerné.

[58] Le « tarif hébergement » recouvre également les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical, les dotations aux provisions et les charges financières et exceptionnelles. Ces postes peuvent avoir un impact important sur le prix de journée et la mission a constaté de très fortes disparités entre les coûts mis à la charge des personnes selon l'état de vétusté des établissements, la réalisation ou non de travaux et le plan de financement de ces travaux (voir *infra* § 214).

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

[59] Le « tarif hébergement » est fixé administrativement : il est arrêté par le président du Conseil général. Il est calculé « en divisant par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement le montant des charges d'exploitation autorisées à la section d'imputation tarifaire relative à l'hébergement, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation ».

[60] Le « tarif hébergement » peut être modulé par l'organisme gestionnaire afin de tenir compte notamment du nombre de lits par chambre.

[61] Dans les établissements enquêtés, l'opération se fait par application à un tarif historique d'un taux annuel d'évolution, après analyse du compte administratif de l'année N-1, le plus souvent avec une négociation et une visite sur place s'il y a désaccord entre le Conseil général et l'établissement. La négociation des conventions tripartites pluriannuelles donne lieu à des discussions approfondies, de même que l'examen des projets de rénovation des établissements.

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

[62] Ces établissements connaissent un régime de liberté des prix encadrée par un taux d'évolution annuelle des tarifs⁵. Sont concernés principalement des établissements non habilités au titre de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) mais également des établissements qui sollicitent ce régime dérogatoire parce qu'au cours des trois exercices précédant celui de leur demande, ils ont accueilli moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur capacité agréée à cet effet.

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

[64] Mécaniquement, ce mode de calcul est favorable aux gestionnaires des établissements dont le turn-over des résidents est important. Toutefois, la mission a constaté que, le plus souvent, le tarif n'est pas modifié à chaque entrée d'un nouveau résident mais est revu deux fois par an, exceptionnellement trois.

⁴ A l'exception des produits absorbants imputés à 100 % sur le tarif dépendance (cf. annexe 3-2 du CASF).

⁵ Articles L.342-1 et suivants du CASF.

[65] Les établissements ici visés font l'objet d'une surveillance régulière exercée par les directions de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes qui procèdent à des contrôles inopinés et s'assurent que les contrats de séjour ne contiennent pas de clauses abusives.

1.1.1.4. Les montants observés dans les départements enquêtés

[66] Le tableau n° 1 rend compte des informations recueillies dans les 20 établissements enquêtés⁶. Lorsque coexistent plusieurs « tarifs hébergement » dans un même établissement, notamment en fonction du nombre des lits, de la surface ou du confort de la chambre, il a été choisi de ne pas donner un tarif moyen qui aurait été recalculé mais de faire état du tarif d'une chambre à un seul lit sans luxe particulier. La méthode ainsi choisie aide à faire des comparaisons mais l'on ne doit pas dissimuler qu'il peut exister, dans certains EHPAD, des différences très sensibles entre les « tarifs hébergement » applicables. La mission a ainsi enquêté dans un établissement de 95 chambres : dans les 84 chambres à un lit, le « tarif hébergement » va de 86,60 € à 147,30 € selon que la pièce fait 16 m² ou qu'il s'agit d'un appartement de 40 m² et, dans les chambres à deux lits, le prix par personne varie entre 72,80 € et 96,15 €, ici encore en fonction de la surface.

Tableau 1 : Montant du « tarif hébergement » dans les établissements enquêtés

Etablissement	montant du « tarif hébergement » en 2009 (en €)
Creuse :	
EHPAD privé associatif de Bonnat	41,40
EHPAD privé associatif de Felletin	54,61
EHPAD public de Gouzou	36,36
EHPAD public de La Souterraine	36,82
USLD publique de La Souterraine	57,52
Gironde :	
EHPAD privé associatif Villa Pia à Bordeaux	59,72
EHPAD privé commercial Résidence Hôtélia à Bordeaux	86,60
EHPAD privé commercial Résidence Bellevue à Cambes	74,50
EHPAD public de la Fondation Robert Sabatier à Libourne	44,05
USLD du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux à Pessac	49,32
EHPAD public autonome de Saint-Macaire	50,20
EHPAD privé associatif Résidence Lady Hamilton à Targon	46,58
Paris :	
EHPAD privé associatif Amitié et Partage à Paris 6ème	71,94
EHPAD privé associatif Fondation Rothschild à Paris 12ème	80,11
EHPAD public Hérold (CCASVP) à Paris 19ème	81,10
USLD de l'AP-HP (tous sites)	77,21
Haut-Rhin :	
EHPAD du centre hospitalier de Cernay	43,26
USLD du centre hospitalier de Cernay	51,65
EHPAD privé associatif de l'Arc à Mulhouse	53,18
EHPAD privé commercial Le Doyenné de la Filature à Mulhouse	68,00
EHPAD public Jean Monnet à Village-Neuf	49,20

Source : indications fournies à la mission par les établissements enquêtés.

⁶ Pour Paris, figure également le tarif des USLD de l'AP-HP, la mission ayant enquêté auprès du siège de l'AP-HP.

- [67] On observe que la dispersion des montants est importante, allant de 36,36 € à 86,60 €. Ces données peuvent être mises en relation avec les travaux conduits par le Cabinet KPMG qui a constitué un « observatoire des maisons de retraite » à partir des informations fournies par 83 établissements sans but lucratif, issus d'un panel de ses clients. La publication effectuée en 2009 des résultats relatifs à 2007 fait état de « tarifs hébergement » allant de 33,63 € à 71,96 € par jour, pour une moyenne de 45,88 € et une médiane de 42,98 €.
- [68] Par ailleurs, s'ajoutent à ces « prix de journée » des sommes forfaitaires qui peuvent se révéler importantes :
- d'une part, les établissements privés commerciaux exigent lors de l'admission un dépôt de garantie qui sera remboursé à la fin du séjour et qui est fixé forfaitairement (par exemple à 2 300 € dans un EHPAD de Gironde) ou bien égal au « prix de journée » multiplié par un nombre donné de jours (souvent 30) ;
 - d'autre part, à la fin du séjour, quelle qu'en soit la cause et y compris en cas de décès, la plupart des établissements facturent un certain nombre de jours supplémentaires, cette pratique étant présentée comme permettant de financer la remise en état de la chambre (réfection des peintures, remplacement complet de la literie, etc.). Le nombre des journées ainsi facturées varie d'un EHPAD à l'autre : ce peut être un nombre fixe de jours (souvent une quinzaine) ou bien l'achèvement du mois en cours.
- [69] Enfin, la facturation du « tarif hébergement » durant les absences, par exemple pour un congé dans la famille ou en raison d'une hospitalisation, donne lieu elle aussi à des pratiques très diverses.

1.1.2. Le « talon APA »

1.1.2.1. Les règles applicables

- [70] L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁷ est destinée, en établissement, à aider le résident à acquitter le « tarif dépendance » de la structure d'accueil.
- [71] Pour chaque établissement, il existe trois niveaux de « tarif dépendance », correspondant au degré de perte d'autonomie du résident, repéré selon le groupe iso-ressources (GIR) : sont regroupés les GIR 1 et 2 correspondant aux résidents les plus dépendants, les GIR 3 et 4 et, enfin, les GIR 5 et 6 qui caractérisent les résidents peu dépendants ou valides.
- [72] Le tarif est calculé en divisant les charges nettes liées à la prise en charge de la dépendance par le nombre total de points de dépendance de l'établissement et en multipliant la valeur du point ainsi obtenue par le nombre de points affectés au GIR correspondant.
- [73] L'APA en établissement peut être versée à son bénéficiaire ou bien à l'établissement et, dans ce dernier cas, elle peut être intégrée dans une dotation globale.

1.1.2.2. Le « talon APA » à la charge des résidents

- [74] Le montant de l'APA effectivement versé tient compte d'une participation du bénéficiaire⁸ qui est calculée à la fois en fonction de ses revenus et de son niveau de dépendance mesuré par le GIR :
- les personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne servie par la sécurité sociale⁹ ne

⁷ Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁸ Au I de l'article L. 232-8 du CASF.

versent aucune participation liée à leurs revenus ; lorsqu'elles disposent de revenus mensuels compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de cette majoration, leur participation est proportionnelle à leurs revenus ; au-delà, elle est plafonnée à 80 % du « tarif dépendance » ;

- quels que soient leurs revenus, les personnes doivent toutes acquitter le « tarif dépendance » applicable aux personnes classées en GIR 5 ou 6, dit de « prévention » ou « talon APA ».

[75] Le législateur a en effet retenu le principe de la non prise en charge par l'APA d'une partie du « tarif dépendance » : l'APA en établissement a pour objectif de solvabiliser le surcoût résultant de la dépendance et de permettre aux personnes peu ou non autonomes d'acquitter un tarif équivalent à celui d'une personne valide.

[76] Si le résident ne dispose pas des ressources nécessaires pour acquitter sa participation, celle-ci peut être prise en charge dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (voir *infra* § 133).

1.1.2.3. Les montants observés dans les départements enquêtés

[77] Le tableau n°2 rend compte des informations recueillies dans les 20 établissements enquêtés.

Tableau 2 : Montant du « talon APA » dans les établissements enquêtés

Etablissement	montant du « talon APA » en 2009 (en €)
Creuse :	
EHPAD privé associatif de Bonnat	5,03
EHPAD privé associatif de Felletin	5,68
EHPAD public de Gouzou	4,28
EHPAD public de La Souterraine	4,99
USLD publique de La Souterraine	5,80
Gironde :	
EHPAD privé associatif Villa Pia à Bordeaux	5,07
EHPAD privé commercial Résidence Hôtélia à Bordeaux	4,45
EHPAD privé commercial Résidence Bellevue à Cambes	3,82
EHPAD public de la Fondation Robert Sabatier à Libourne	7,14
USLD du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux à Pessac	3,28
EHPAD public autonome de Saint-Macaire	5,15
EHPAD privé associatif Résidence Lady Hamilton à Targon	4,13
Paris :	
EHPAD privé associatif Amitié et Partage à Paris 6ème	5,39
EHPAD privé associatif Fondation Rothschild à Paris 12ème	6,60
EHPAD public Hérol (CCASVP) à Paris 19ème	6,14
USLD de l'AP-HP (tous sites)	6,19
Haut-Rhin :	
EHPAD du centre hospitalier de Cernay	4,67
USLD du centre hospitalier de Cernay	6,16
EHPAD privé associatif de l'Arc à Mulhouse	5,17
EHPAD privé commercial Le Doyenné de la Filature à Mulhouse	4,20
EHPAD public Jean Monnet à Village-Neuf	5,05

Source : indications fournies à la mission par les établissements enquêtés.

⁹ Article L. 355-1 du code de la sécurité sociale.

- [78] Comme pour le « tarif hébergement », l'écart est important entre le montant le plus faible (3,28 €) et le plus élevé (7,14 €). L'étude précitée du Cabinet KPMG fait état pour 2007 de montants allant de 2,76 € à 6,53 € par jour, soit une moyenne de 4,65 € ; la médiane se situe à 4,71 €.

1.1.3. Typologie des autres coûts mis à la charge des résidents

- [79] Le plus souvent, les statistiques publiées présentent le « tarif hébergement » et le « talon APA » comme étant les seuls coûts mis à la charge du résident. Or celui-ci doit faire face à bien d'autres dépenses que la mission tente d'inventorier ci-après. La mission ne se prononce pas sur l'opportunité d'une éventuelle socialisation de la prise en charge de ces dépenses, en partie ou en totalité ; elle n'aborde pas non plus la question, plus simple, de l'obligation qui pourrait être faite aux établissements d'intégrer certaines de ces dépenses dans le « tarif hébergement ». Son propos est de faire un état des lieux aussi complet que possible des divers coûts mis à la charge des personnes, dans le souci d'améliorer l'information sur les enjeux réels du débat relatif à la participation financière des usagers.

1.1.3.1. Les coûts liés aux soins

- [80] Le coût des visites des médecins traitants et celui des consultations ou visites des médecins spécialistes de ville ne sont pas pris en charge *via* le « tarif soins ». Il s'ensuit qu'ils incombent aux résidents. Mais ceux-ci, dans la très grande majorité des cas, sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie compte tenu des pathologies qu'ils présentent, ce qui efface *de facto* le coût de ces visites ou consultations ; et lorsque le résident n'est pas pris en charge à 100 %, c'est en principe sa mutuelle qui supporte le ticket modérateur. Les règles relatives aux honoraires des praticiens relevant du « secteur 2 », aux franchises et aux pénalisations en cas de non-respect du parcours de soin sont également les mêmes que si le résident vivait à son domicile.
- [81] A la vérité, s'agissant du recours au médecin traitant, les observations de la mission, bien que ce ne soit pas dans son objet, portent moins sur la charge financière incombant aux personnes âgées que sur les graves inconvénients du système retenu qui laisse la possibilité à chaque résident d'un EHPAD de faire intervenir le médecin de son choix. Initialement, cette règle a été adoptée dans le souci de permettre à la personne âgée de conserver le médecin qui la suivait avant son admission, lorsqu'elle vivait encore à son domicile : l'idée sous-jacente était qu'une telle permanence dans la prise en charge médicale pouvait contribuer au bon suivi de la personne âgée. Cette justification demeure mais elle apparaît de peu de poids au regard des effets négatifs qu'emportent les interventions isolées de plusieurs dizaines de médecins de ville au sein d'un même EHPAD. En effet, il n'est pas rare qu'une quarantaine de praticiens suivent les résidents d'un établissement d'à peine cent lits. C'est dire qu'il est impossible pour le médecin coordonnateur d'exercer son rôle et de mettre en place une véritable politique médicale.
- [82] Par ailleurs, bien que la mission n'ait pas réalisé d'investigations précises sur ce point qui sortait du cadre imparti, il lui est clairement apparu que le non-contrôle des modalités d'intervention des médecins de ville dans les EHPAD risquait de se traduire par des dépenses indues pour l'assurance maladie si les actes effectués auprès de plusieurs résidents au cours d'un même déplacement dans l'établissement donnaient lieu chacun à la facturation d'une visite.
- [83] S'agissant des kinésithérapeutes et autres intervenants de ville dont les laboratoires d'analyse, leur rémunération par le résident d'un EHPAD suit les mêmes règles que s'il était encore à son domicile.

- [84] Pour la prise en charge des médicaments en EHPAD, les règles sont en cours de modification pour préparer la mise en place d'un système forfaitaire et d'une réintégration dans le « tarif soins ». Plus précisément, l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit que « des expérimentations relatives aux dépenses de médicament et à leur prise en charge soient menées, à compter du 1^{er} janvier 2009 et pour une période n'excédant pas deux ans, dans les établissements qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire ».
- [85] Quoi qu'il en soit de cette expérimentation, demeurent à la charge des résidents les médicaments dits « de confort » et non pris en charge par l'assurance maladie ; il en va ainsi, par exemple, du Malox® ou du Voltarène®. Il n'appartient pas à la mission de se prononcer sur l'utilité médicale de ces produits ; elle observe seulement que, pour de nombreuses personnes âgées, leur prise apporte une forme de réconfort et que, même si l'on est dans le registre de « l'effet placebo », certains résidents des EHPAD n'entendent pas s'en passer. Dans ce cas, le produit est à la charge de la personne : ou bien la famille l'achète à un pharmacien d'officine ou bien le pharmacien de ville avec lequel l'EHPAD est conventionné le fait remettre à la personne âgée et établit une facture spécifique qui est donnée au résident en même temps que la facture relative au séjour.
- [86] Ici encore, les principales observations de la mission portent moins sur les coûts mis à la charge des personnes âgées que sur le mauvais fonctionnement du système : d'une part, le cumul de prescriptions isolées effectuées par un très grand nombre de médecins traitants aboutit à l'impossibilité de mettre en place une politique du médicament au sein de l'EHPAD et, d'autre part, le recours à un pharmacien d'officine est susceptible de créer un surcoût s'il ne consent qu'une très faible remise.
- [87] C'est pourquoi la mission se prononcera pour l'encouragement de mutualisations qui permettraient la mise en place d'une pharmacie à usage intérieur commune soit à plusieurs EHPAD soit à un EHPAD et à un établissement de santé (voir *infra* § 3121).
- [88] Enfin, sont à la charge de très nombreuses personnes âgées résidant en EHPAD les frais relatifs à leur mutuelle. Il ressort des informations recueillies par la mission dans les établissements enquêtés que, pour les résidents concernés, le montant mensuel s'établit au minimum à 60 € et se monte le plus souvent à 80 €.

1.1.3.2. Les coûts liés à l'hygiène et aux soins corporels

- [89] Les déplacements effectués par la mission lui permettent de tenter un inventaire des pratiques relatives à l'hygiène et aux soins corporels.
- [90] Pour ce qui est de la coiffure, elle est incluse dans le « tarif hébergement » de l'EHPAD de la Fondation Rothschild à Paris et dans les EHPAD du centre communal d'action sociale de la Ville de Paris. Dans tous les autres cas, elle est directement à la charge du résident ; néanmoins, dans l'un des établissements enquêtés, c'est le personnel de l'EHPAD qui l'assure pour les personnes sans ressources. Dans la quasi-totalité des EHPAD, il existe un emplacement dédié où intervient un coiffeur « de ville » ; à titre d'exemple, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Village-Neuf évoque un « professionnel de la coiffure conventionné avec l'établissement » qui, de ce fait, propose un « tarif réduit ».
- [91] Dans les EHPAD qui s'adressent *de facto* à une clientèle plus aisée, l'intervention d'une esthéticienne peut être organisée ; c'est par exemple le cas au Doyenné de la Filature à Mulhouse où le dossier remis au résident indique la possibilité de recourir sur place, le jeudi après-midi, aux services d'un institut de beauté dont les tarifs sont explicitement indiqués.

- [92] Plus prosaïquement, les produits de toilette quotidiens (savon, déodorant, mousse à raser, etc.) sont toujours à la charge du résident, sauf à l'EHPAD de la Fondation Rothschild où ils sont inclus dans le « tarif hébergement ». Dans certains cas, l'établissement dispose d'une boutique, proche de l'accueil, où peuvent être achetés ces produits mais, le plus souvent, ils sont apportés par la famille du résident. S'agissant des bénéficiaires de l'aide sociale, ils utilisent une partie de « l'argent de poche » qui leur est maintenu (voir *infra* § 133) pour acheter leurs produits de toilette.
- [93] La mission a également relevé le cas particulier de l'entretien des pieds qui est essentiel chez la personne très âgée et qui peut donner lieu à une prise en charge en trois étapes :
- ce qui relève du soin indispensable, notamment en vue de prévenir les escarres, est toujours effectué par les agents imputés dans les sections « soins » ou « dépendance » ;
 - ce qui vise le confort ou l'esthétique est mis à la charge du résident, avec l'intervention possible de pédicures-podologues « de ville » dont le coût d'intervention observé par la mission va de 23 à 29 € ;
 - enfin, dans l'un des établissements enquêtés, une prestation de « beauté des pieds » effectuée par un institut de beauté est proposée en sus pour un prix évoluant « à partir de 50 € ».
- [94] Dans la plupart des EHPAD, une manucure peut intervenir dans l'établissement à la demande d'une personne âgée et, ici également, les documents remis au résident désignent souvent une manucure, avec mention du tarif pratiqué.
- [95] Enfin, la mission a observé la diversité des pratiques concernant d'une part le marquage et l'entretien du linge, d'autre part le renouvellement du trousseau. Dans un EHPAD public s'adressant à une clientèle en moyenne peu fortunée, le règlement de fonctionnement précise que « le blanchissage du linge de maison (literie, serviettes, gants de toilette) et des effets vestimentaires personnels du résident sont assurés par l'établissement. Toutefois, il est souhaitable que ceux-ci soient régulièrement entretenus par la famille ou des proches (renouvellement ou nettoyage à sec par exemple). Tous les effets personnels doivent être marqués, de manière durable, au nom du résident ». Dans le même département, un autre EHPAD facture à hauteur de 80 € par mois l'entretien des effets personnels (100 € pour un couple) et fait payer forfaitairement 90 € pour un « marquage du linge illimité ». Pour la blanchisserie des effets personnels, le tarif le plus élevé identifié par la mission est de 109 € par mois.
- [96] Dans le cas des personnes les plus pauvres ou des personnes dont la famille refuse d'acheter des vêtements pour remplacer les effets usés, le personnel de la plupart des établissements « se débrouille » soit avec des dons soit en recyclant les vêtements non récupérés par la famille suite à un décès.

1.1.3.3. Les coûts liés à la nécessité de maintenir une ouverture sur l'extérieur

- [97] Ici également, la mission a inventorié diverses pratiques, avec des écarts entre les tarifs encore plus importants qu'en matière d'hygiène et de soins corporels.
- [98] Ainsi, pour ce qui concerne le téléphone, l'EHPAD de Saint-Macaire considère que les communications sont incluses dans le « tarif hébergement » sauf si elles portent sur des numéros commençant par 06 ou 08. A l'opposé, l'EHPAD Héroid à Paris facture à hauteur de 120 € l'installation du téléphone et le résident doit acquitter comme s'il était à son domicile l'abonnement et les communications. Entre ces extrêmes, le plus grand nombre des établissements enquêtés assure l'arrivée d'une ligne téléphonique mais laisse à la charge du résident la fourniture du combiné et le paiement de l'abonnement et des communications.
- [99] S'agissant de la télévision, dans la quasi-totalité des établissements, c'est le résident qui doit l'apporter. Toutefois, l'EHPAD Hôtelia à Bordeaux prévoit une location d'un coût mensuel de 102 €.

- [100] Comme on le sait, les repas pris dans l'établissement avec des non-résidents (famille ou amis) concourent de manière sensible au maintien des liens entre les résidents et l'extérieur. Or, ici aussi, les tarifs pratiqués divergent sensiblement, allant de 3,90 € à Saint-Macaire et 7 € à La Souterraine jusqu'à 15,50 € à l'EHPAD Hôtelia de Bordeaux et 18 € le dimanche ou les jours fériés au Doyenné de la Filature à Mulhouse.
- [101] De même, d'un établissement à l'autre, les prix varient pour les animations, sorties et spectacles, allant de la gratuité à la facturation du prix coûtant.
- [102] Enfin, la mission souhaite appeler l'attention sur les divers problèmes posés par le cas particulier des « dames de compagnie » directement rémunérées par les résidents. En effet, dans plusieurs établissements enquêtés, les résidents rémunèrent, soit par le biais du chèque emploi service universel soit « au noir », des personnes extérieures à l'EHPAD qui viennent régulièrement leur tenir compagnie, pour bavarder, les accompagner en promenade mais parfois aussi assurer des prestations plus sensibles comme l'aide à la prise des repas.
- [103] A certains égards, on se situe dans la logique d'une chambre d'EHPAD considérée comme le substitut du domicile, d'autant que les « dames de compagnie » concernées intervenaient souvent chez la personne âgée avant son admission dans l'établissement ; et, sur le fond, il est de fait que de telles interventions sont certainement utiles à la personne âgée qui se sent moins seule et peut continuer à communiquer tandis que les agents de l'établissement ne sont pas assez disponibles pour prendre le temps d'apporter une telle relation.
- [104] Mais, en même temps, si elle se généralisait au sein d'un établissement, une telle pratique poserait vraisemblablement d'importants problèmes de partage des compétences entre « dames de compagnie » et personnel salarié de l'EHPAD, avec potentiellement des questions touchant à la responsabilité des actes effectués sur la personne âgée.

1.1.3.4. Au total, des montants non négligeables

- [105] D'un établissement à l'autre, les coûts qui viennent d'être listés peuvent soit faire l'objet d'un paiement direct par les personnes soit être mis à la charge des résidents mais inclus dans le « tarif hébergement ».
- [106] Le présent rapport étant consacré à un état des lieux, la mission estime qu'elle n'a pas à se prononcer sur le bien-fondé de ce partage ; mais elle fait observer que, pour une même prestation, le choix entre les deux modes de financement varie d'un établissement à l'autre.
- [107] De manière complémentaire, les informations recueillies dans les établissements et rapportées ci-dessus montrent qu'un même service peut être facturé à des prix très variables. Ici encore, la mission n'a pas à déterminer quel est le coût qui serait « juste » pour la télévision ou la coiffure ; mais elle remarque qu'au moins pour certaines prestations, ce coût paraît être autant lié à ce que les gestionnaires pensent pouvoir raisonnablement exiger compte tenu du pouvoir d'achat moyen des résidents qu'à la vérité des prix du service fourni ; cette observation vaut par exemple pour le prix des repas servis aux accompagnants.
- [108] Enfin, sans émettre d'avis sur l'opportunité d'éventuellement socialiser la prise en charge de telle ou telle prestation, la mission tient à souligner deux réalités :
- d'abord, il apparaît que les prestations qui sont facturées en sus du « tarif hébergement » et du « talon APA » recouvrent en fait trois catégories distinctes qu'il est assez aisé de définir : des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer, comme les produits de toilette ou le blanchissage des effets personnels ; des prestations qui apportent des éléments de confort dont les plus anciennes générations ont pu se passer mais que toute la population tiendra bientôt comme indispensables, qu'il s'agisse par exemple du

téléphone ou de la télévision, voire demain de l'accès à l'internet ; enfin, des consommations qui n'ont rien d'indispensable, qui relèvent du libre choix de la personne et qui sont étroitement liées à son pouvoir d'achat. Une telle classification pourrait notamment aider à déterminer, à degré constant de socialisation, ce qui devrait être systématiquement inclus dans le « tarif hébergement » et ce qui devrait en être toujours sorti, cette répartition visant à aider le consommateur à comparer les prestations et les coûts des établissements ;

- par ailleurs, il est certain que les multiples dépenses mises à la charge des résidents en sus du « tarif hébergement » et du « talon APA » alourdissent sensiblement le coût du séjour en EHPAD ou en USLD.

[109] Tout en étant consciente de la part d'arbitraire qu'incluent les hypothèses retenues pour effectuer les calculs qui suivent, la mission propose ci-après deux « budgets » mensuels relatifs aux coûts mis à la charge des résidents et non inclus dans le « tarif hébergement » ni dans le « talon APA » :

- le premier « budget » (« budget A » dans le tableau ci-après) prend pour modèle un résident qui veille à limiter ses consommations au strict nécessaire et qui, de surcroît, vit dans un établissement où les prestations offertes sont proposées à des prix très raisonnables ;
- le second budget (« budget B ») concerne une personne âgée qui souhaite vivre mieux mais qui, pour autant, ne consomme pas ce qui relève du luxe ou du superflu ; par hypothèse, elle réside dans un établissement probablement situé en milieu urbain où les prix des prestations sont plus élevés que dans le cas précédent.

[110] Le tableau n° 3 présente ces deux budgets.

Tableau 3 : Présentation de deux « budgets » mensuels relatifs aux coûts mis à la charge des résidents et non inclus dans le « tarif hébergement » ni dans le « talon APA » (en €)

Nature de la prestation	Hypothèses retenues	Budget A	Budget B
mutuelle et assurance responsabilité civile	voir supra § 1131	60	80
coiffure	budget A : 16 € tous les 2 mois budget B : 20 € un mois sur deux et 30 € l'autre mois	8	25
produits de toilette quotidiens	budget A : savon 2 + dentifrice 2 + déodorant 2 + divers 4 budget B : idem + produits de beauté	10	15
pédicure	budget A : 1 fois tous les 3 mois budget B : 1 fois par mois	8	24
manucure	budget A : jamais budget B : 1 fois tous les deux mois	0	10
marquage et entretien du linge	budget A : coût du blanchissage fait par la famille + 1 nettoyage à sec par mois budget B : blanchissage et nettoyage à sec pratiqués à l'extérieur de l'EHPAD ou organisés par lui (voir supra § 1132)	15	50
renouvellement des vêtements	budget A : minimum	15	25
téléphone	budget A : abonnement + consommation faible budget B : abonnement + consommation plus importante	30	40
repas avec une personne extérieure	budget A : 1 fois par mois au coût unitaire de 10 € budget B : 2 personnes 2 fois par mois au coût unitaire de 12 € (voir supra § 1133)	10	48
amortissement du téléviseur	budget A : téléviseur acquis avant l'entrée en EHPAD budget B : téléviseur à écran plat acquis à l'entrée en EHPAD	2	10
sortie ou spectacle	budget A : renonce budget B : sur la base de 15 € par trimestre	0	5
total		158	332

Source : traitement IGAS.

[111] Certes fondés sur des hypothèses critiquables ligne à ligne, les budgets ci-dessus, du point de vue de la mission, donnent néanmoins globalement une idée assez proche de la réalité vécue par les résidents des EHPAD, sachant :

- d'une part que le budget A est vraiment calculé au plus juste et qu'il repose sur des hypothèses de consommation correspondant à des personnes qui sont nées dans les années 1920, voire avant ; on peut penser que les exigences de consommation iront croissant au fur et à mesure que seront admises en EHPAD des générations potentiellement plus exigeantes quant à leur confort quotidien ;
- d'autre part que le budget B est encore raisonnable en ce qu'il n'inclut jamais les prestations les plus luxueuses ni les coûts les plus élevés relevés par la mission dans les établissements enquêtés ; de même, il n'inclut pas la rémunération d'une « dame de compagnie ».

1.2. Le montant total des coûts mis à la charge des résidents

1.2.1. Les coûts mensuels observés par la mission

[112] La mission n'ignore pas les précautions à prendre eu égard au caractère non statistiquement significatif de « l'échantillon » des établissements enquêtés ; mais elle se doit de faire état des observations qu'elle a effectuées et qui permettent de faire état d'une fourchette de prix.

1.2.1.1. Estimation du montant mensuel total le moins élevé

[113] Le calcul du montant mensuel mis à la charge du résident doit inclure le « tarif hébergement », le « talon APA » et une estimation des autres dépenses ci-dessus décrites. Pour tenter d'approcher le niveau auquel s'établiraient les coûts les moins élevés, on peut se référer aux quatre établissements dont les « tarifs hébergement » sont les plus bas parmi ceux relevés dans les 20 EHPAD et USLD enquêtés ; ils figurent dans le tableau n° 4.

Tableau 4 : Montants du « tarif hébergement » et du « talon APA » relevés dans les quatre établissements les moins chers parmi les 20 enquêtés

Etablissement	Montant du « tarif hébergement » en 2009 (en €)	Montant du « talon APA » en 2009 (en €)
EHPAD public de Gouzon	36,36	4,28
EHPAD public de La Souterraine	36,82	4,99
EHPAD privé associatif de Bonnat	41,40	5,03
EHPAD du centre hospitalier de Cernay	43,26	4,67
moyenne	39,46	4,74

Source : indications fournies à la mission par les établissements enquêtés – retraitement IGAS.

[114] Pour ces quatre établissements, la moyenne du « tarif hébergement » est de 39,46 € par jour. La moyenne des montants du « talon APA » observés dans ces mêmes EHPAD est de 4,74 €. On aboutit ainsi à un total de 44,20 € par jour soit 1 326 € pour un mois de 30 jours.

[115] Si l'on ajoute l'estimation minimale des autres dépenses fournie par le « budget A » du tableau n° 3, soit 158 €, on peut fixer le niveau bas de la fourchette à 1 484 €.

[116] On est ainsi très proche du montant de 1 500 €, couramment avancé comme représentant le montant « moyen » des dépenses à la charge des résidents. Les travaux de la mission donnent à penser que ce niveau, loin d'être « moyen », est en fait le plus bas que l'on puisse rencontrer, puisqu'il résulte d'hypothèses très basses, tant pour les tarifs pratiqués par l'EHPAD que pour les consommations supplémentaires que s'accorderait le résident.

1.2.1.2. Estimation d'un montant mensuel total élevé

[117] On peut suivre le même raisonnement pour identifier un coût élevé et retenir cette fois-ci, dans le tableau n°5, les quatre établissements dont les « tarifs hébergement » sont les plus hauts¹⁰.

¹⁰ Il convient toutefois de noter que, si les quatre établissements cités sont bien ceux qui présentent le « tarif hébergement » le plus élevé, ils ne constituent pas pour autant une catégorie homogène ; parmi eux en effet, l'EHPAD Hérault est public et un très grand nombre de ses ressortissants relèvent de l'aide sociale ils n'auront donc pas le comportement de consommation du « budget B ». Par ailleurs, on a vu que l'EHPAD de la Fondation Rothschild inclut dans le « forfait hébergement » des prestations qui en sont souvent sorties dans les autres établissements. Mais ces

Tableau 5 : Montants du « tarif hébergement » et du « talon APA » relevés dans les quatre établissements les plus chers parmi les 20 enquêtés

Etablissement	Montant du « tarif hébergement » en 2009 (en €)	Montant du « talon APA » en 2009 (en €)
EHPAD Résidence Hôtélia à Bordeaux	86,60	4,45
EHPAD Hérold (CCASVP) à Paris 19ème	81,10	6,14
EHPAD Fondation Rothschild à Paris 12ème	80,11	6,60
EHPAD Résidence Bellevue à Cambes	74,50	3,82
moyenne	80,58	5,25

Source : indications fournies à la mission par les établissements enquêtés – retraitement IGAS.

[118] En moyenne, le coût quotidien s'établit à 85,83 €, d'où un montant mensuel de 2 575 €. En y ajoutant les 332 € correspondant aux autres dépenses incluses dans le « budget B », le montant mensuel à la charge du résident est légèrement supérieur à 2 900 € par mois.

[119] Il est à noter que cette approche se fonde sur des hypothèses qui demeurent très raisonnables :

- d'une part, dans bien des établissements privés commerciaux d'Ile-de-France, le seul « tarif hébergement » peut avoisiner les 150 € et l'on rappelle que dans l'établissement le plus cher parmi les 20 enquêtés, le tarif est de 147,30 € pour une chambre d'une personne de 40 m² ;
- d'autre part, comme on l'a déjà indiqué, le « budget B » est construit sur la base de consommations ni luxueuses ni superflues.

1.2.1.3. En définitive, dans les établissements enquêtés, un montant de 1 500 € constitue une sorte de minimum incompressible

[120] En l'absence de données consolidées nationales, lacune pointée par tous les rapports ayant successivement abordé le sujet, les seules sources disponibles sont des enquêtes ponctuelles qui ont recouru à des méthodes différentes et qui, de fait, offrent au mieux un faisceau d'indices sur la réalité des « tarifs hébergement ». Outre celles fournies par l'étude précitée du Cabinet KPMG, on peut relever les indications suivantes :

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

remarques n'invalident pas le raisonnement : un « forfait hébergement » se situant autour de 80 € caractérise bien un EHPAD dont le tarif peut être jugé « élevé ».

avec des variations significatives entre départements (moins de 30 € dans l'Oise, plus de 50 en région parisienne).

[121] Par ailleurs, de 1998 à 2008, la catégorie « maison de retraite et autre services aux personnes âgées » de l'indice des prix à la consommation, qui intègre principalement les « tarifs hébergement », quel que soit le statut des établissements, a connu une progression significative (+ 30 %), double de celle de l'indice des prix sur la même période.

[122] Pour sa part, avec toutes les précautions déjà énoncées, la mission a relevé des coûts à la charge des personnes (avant attribution, le cas échéant, des aides ciblées décrites ci-dessous) qui vont du simple au double, le montant de 1 500 € par mois représentant, d'après les calculs de la mission, le minimum envisageable, observable uniquement en milieu rural et dans un établissement où les dépenses liées à l'immobilier sont totalement amorties.

[123] Le montant de 2 900 € est présenté ci-dessus comme constituant un montant total mensuel « élevé » mais non comme « le plus élevé » ; en effet, si l'on se tient aux seuls établissements vus par la mission, on peut enregistrer des « tarifs hébergement » supérieurs à 140 € et des « talons APA » proches de 7 € tandis que le cumul des autres prestations dépasserait largement les 600 € si l'on prenait en considération les coûts unitaires les plus élevés observés par la mission dans les établissements enquêtés, si l'on retenait l'hypothèse d'un résident souhaitant consommer plus que celui décrit au travers du « budget B » et, enfin, si l'on incluait la rémunération de la présence d'une « dame de compagnie » pendant quelques heures par semaine. On se situe alors autour de 5 000 € par mois.

[124] Au demeurant, au-delà d'un certain seuil, cette information n'a plus guère de portée dans la mesure où toute personne qui en a les moyens peut consommer à sa guise et, le cas échéant, choisir de situer ses dépenses mensuelles à un niveau très supérieur à ces 5 000 €.

[125] Il ressort donc des informations recueillies par la mission :

- que le montant mensuel de 1 500 € constitue une sorte de minimum incompressible qui ne s'applique qu'aux personnes très attentives à limiter leurs dépenses et qui résident dans des établissements situés en milieu rural dont le terrain et la construction sont totalement amortis ;
- que la somme mensuelle de 2 900 € représente certes un montant élevé, au regard des constats de la mission, mais que l'on peut fréquemment l'observer en milieu urbain et qu'elle ne correspond pas à des prestations particulièrement luxueuses ;
- que la moyenne de ces deux montants se situe à 2 200 € ; on note que c'est d'ailleurs le montant sur lequel l'institut TNS-Sofres a fait réagir son panel de citoyens dans le sondage dont les résultats ont été rapportés dans l'introduction du présent rapport ;
- que les tarifs et les prix les plus élevés enregistrés par la mission aboutissent à une dépense mensuelle de 5 000 € et que cette somme peut éventuellement être largement dépassée en fonction des souhaits de consommation de personnes disposant des ressources financières adaptées à ce mode de vie.

1.2.2. Les données fournies par la DREES

[126] Parmi les informations disponibles depuis peu, figurent les résultats provisoires de l'enquête « EHPA 2007 » conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui donne des indications sur les tarifs « hébergement » et « dépendance » observés au 31 décembre 2007 dans 4 200 EHPAD offrant une capacité d'accueil d'environ 330 000 places.

[127] Les principaux résultats sont les suivants :

- les « tarifs hébergement » journaliers moyens sont en moyenne de 46,27 € pour les places habilitées à l'aide sociale et de 55,05 € pour les places non habilitées. Ces moyennes sont proches des médianes : respectivement 45 et 51,55 € ;
- s'agissant des places habilitées, le tarif moyen est de 44,12 € dans les EHPAD publics, de 48,78 € dans les EHPAD privés à but non lucratif et de 52 € dans les établissements commerciaux ;
- le « talon APA » est en moyenne de 4,56 €.

[128] Par ailleurs, la DREES a également réalisé « l'enquête auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées – 2007 » qui porte sur un échantillon de 1 370 résidents (hors bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement). Elle permet de mesurer les coûts mis à la charge des personnes après déduction des aides qui peuvent être versées soit par le Conseil général (l'APA) soit par la caisse d'allocations familiales (les aides au logement).

[129] La moyenne mensuelle observée pour l'ensemble des établissements s'établit à 1 617 € (avec le premier décile à 1 160 €, le dernier à 2 280 € et la médiane à 1 500 €). La moyenne est de 2 097 € dans les maisons de retraite privées commerciales, de 1 552 € dans les maisons de retraites privées à but non lucratif, de 1 464 € dans les maisons de retraite publiques rattachées à un établissement hospitalier et de 1 390 € dans les maisons de retraite publiques autonomes.

[130] Par rapport aux travaux conduits par la mission, les différences de méthode portent essentiellement sur le fait que, d'une part, la DREES tient compte des aides directes qui seront évoquées ci-après (voir *infra* § 13) et, d'autre part, que la mission ajoute au « tarif hébergement » et au « talon APA » les autres dépenses auxquelles le résident doit faire face.

1.2.3. Du coût mensuel au coût total...

[131] Par définition, les coûts ici visés ne constituent pas une dépense socialisée puisque les montants dont il est question sont précisément ceux pour lesquels aucun financeur n'opère une prise en charge. Il s'ensuit que le seul point de vue qui vaille est celui de l'individu qui doit y faire face. Pour lui, qu'elles soient nationales, régionales ou départementales, les données moyennes n'ont pas de sens : seul importe le tarif spécifique qui lui est opposé ; or, le coût final qu'il aura à déboursier est certes lié au montant mensuellement mis à sa charge mais il dépend plus encore du nombre de mois qui va caractériser la durée du séjour.

[132] En cas d'admission dans une unité de court séjour (médecine, chirurgie ou obstétrique), le prescripteur peut donner des indications, fiables dans la plupart des cas, sur le nombre prévisible de jours d'hospitalisation ; même si l'exercice est potentiellement plus délicat, la même prévision de durée de séjour peut être réalisée lors d'une admission dans un service de soins de suite et de réadaptation. A l'inverse, lorsqu'une personne âgée entre en EHPAD, il est, sauf exception, très difficile voire impossible de déterminer *ex ante* la durée que prendra le séjour. Ainsi, des personnes âgées dont les pathologies paraissent relativement stabilisées le jour de l'entrée peuvent très rapidement décompenser : de nombreuses observations convergent pour souligner qu'une personne âgée qui, quoi qu'elle en dise ou quoi qu'en dise son entourage, ne parvient pas à accepter sa condition de résident en EHPAD est susceptible de décéder dans les trois à quatre mois de son admission, même si son état physique constaté le jour de son entrée ne laissait pas prévoir une issue aussi rapide ; à l'inverse, des entrées intervenues à plus de quatre vingt quinze ans peuvent donner lieu à des séjours de cinq, six ans ou plus, le nombre des centaines en EHPAD allant croissant.

[133] Tout ceci fait que la notion de durée « moyenne » de séjour n'a pas de sens :

- pour le payeur, c'est-à-dire la personne âgée elle-même ou son entourage, la notion est sans utilité puisqu'elle n'éclaire en rien sur les montants dont il faudrait disposer pour assurer sans difficulté le financement de l'ensemble du séjour ;

- comme il n'existe que des payeurs individuels puisque l'on se situe par définition dans le domaine de la non-socialisation de la dépense, aucun décideur national n'a besoin de faire périodiquement une prévision globale de dépenses qui devrait s'appuyer sur des calculs actuariels fondés sur une durée moyenne des séjours.

[134] Au demeurant, mieux vaut que les données relatives aux durées moyennes des séjours ne soient pas exploitées puisque, lorsqu'elles sont calculées, les méthodes utilisées paraissent aboutir souvent à des résultats contestables, voire faux. C'est ce que la mission a pu relever dans des départements où les statistiques fournies mêlent des données correspondant à des séjours totalement achevés, par sortie ou par décès, et des données calculées sur les personnes présentes dans l'EHPAD au moment de la saisie.

[135] En revanche, à titre d'exemple, le groupe Korian paraît s'être doté des moyens de produire des statistiques fiables qui distinguent bien d'une part la durée moyenne des séjours qui ont concerné les sortants, que la sortie se soit faite par décès, par retour au domicile ou par mutation dans un autre établissement et, d'autre part, la durée moyenne des séjours des personnes qui sont présentes dans les EHPAD du groupe un jour donné. Même recueillies avec soin, ces informations peuvent comporter des erreurs ou des incertitudes, selon le sort fait par exemple aux personnes absentes de l'établissement en raison d'une hospitalisation ou absentes durant une période de vacances dans leur famille.

[136] Quoi qu'il en soit, les statistiques produites par le groupe Korian sont sensiblement différentes de celles, souvent avancées, qui font état d'une durée moyenne de séjour de 18 mois.

[137] Les données issues des informations recueillies sur les résidents du groupe Korian qui compte environ 10 000 lits et qui fournit donc un échantillon important de cas sont en effet les suivantes : pour les séjours permanents non terminés au jour de l'enquête, la durée moyenne des séjours s'établissait en mai 2009 à 1 120 jours, soit environ 37 mois ; pour les séjours terminés relatifs aux résidents définitivement sortis, la durée moyenne des séjours était à la même date de 860 jours, soit environ 28 mois.

[138] Si l'on applique ces durées de séjour constatées au sein du groupe Korian aux coûts mensuels précédemment décrits, on identifie des montants qui, avant attribution, le cas échéant, des aides ciblées décrites ci-dessous, vont de 42 000 € (pour 28 mois à 1 500 €) à 107 300 € (pour 37 mois à 2 900 €), la moyenne se situant à 74 650 €.

[139] Naturellement, ces chiffres constituent des ordres de grandeur mais ne renseignent en rien sur les coûts réels qui ne peuvent s'exprimer qu'individu par individu.

1.3. Les différents dispositifs qui atténuent les coûts mis à la charge des résidents

[140] Les résidents en EHPAD peuvent bénéficier d'aides publiques qui ont pour effet de leur permettre d'acquitter en partie le tarif qui leur est facturé par l'établissement. Il s'agit des aides fiscales, des aides au logement et de l'aide sociale à l'hébergement.

[141] Ces trois dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs distincts (l'Etat pour les aides fiscales, la Caisse nationale d'allocations familiales pour les aides au logement, les Conseils généraux pour l'aide sociale) et non articulés entre eux. Ils n'ont pas été conçus spécifiquement pour répondre à la préoccupation contemporaine de diminution des sommes mises à la charge des résidents en EHPAD et ils épousent des logiques propres.

1.3.1. L'aide sociale à l'hébergement assure historiquement mais marginalement l'accessibilité financière pour les résidents aux ressources insuffisantes

1.3.1.1. Les principes de l'aide sociale à l'hébergement

- [142] Versée par les Conseils généraux, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) permet de prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de 65 ans accueillies dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le principe est celui d'une participation du bénéficiaire à hauteur de 90 % de ses ressources, le reliquat du « tarif hébergement » étant pris en charge et acquitté auprès de l'EHPAD par le Conseil général du domicile de secours de la personne âgée.
- [143] Le Conseil général doit laisser à disposition de la personne âgée une somme correspondant à 1 % du montant annuel du minimum vieillesse, soit, en 2009, une somme de 81 euros par mois, parfois appelé « argent de poche ».
- [144] Le Conseil général tient compte des ressources personnelles de la personne âgée (à l'exception de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques), qu'il s'agisse de revenus de remplacement ou de revenus de capitaux mobiliers ou immobiliers. Les ressources des obligés alimentaires (conjointes entre eux, enfants, gendres et belles-filles, petits-enfants) sont également prises en compte (sur ce point, voir *infra* § 142). De manière subsidiaire, l'aide sociale départementale intervient en complément des ressources des obligés alimentaires si leur participation est insuffisante, ou en totalité en cas d'absence ou d'insolvabilité des obligés alimentaires.
- [145] Au décès du bénéficiaire de l'aide sociale, les sommes versées font l'objet, par le Conseil général, d'une récupération sur la succession, au premier euro et dans la limite de 90 % de l'actif net successoral.
- [146] Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement est relativement stable (114 000 en 2002, 115 000 en 2007) mais son coût net pour les Départements a sensiblement augmenté, passant de 700 millions d'euros en 2002 à 1,17 milliard d'euros en 2008, traduisant ainsi la progression des « tarifs hébergement » sur la période.
- [147] Des trois modalités de récupération dont peut et doit faire usage le Conseil général (sur les ressources du bénéficiaire, sur les obligés alimentaires, sur la succession), c'est de loin la première qui est la plus mobilisée, la sollicitation des obligés alimentaires et le recours sur succession représentant à eux deux, selon les départements, entre 3 et 10 % des dépenses brutes d'aide sociale. Optiquement, ces chiffres pourraient relativiser la réticence des familles à recourir à l'aide sociale, par rejet tant de l'obligation alimentaire que du recours sur succession (voir *infra* § 2333) ; mais dans les faits, au cas par cas, en présence d'obligés alimentaires solvables et /ou possesseurs d'un patrimoine, la réticence est patente et conduit à privilégier la recherche de solutions alternatives.

1.3.1.2. Les limites de l'aide sociale

- [148] Deux limites sont constatées :
- une application différenciée sur le territoire national ;
 - un recours effectif à l'aide sociale très minoritaire par rapport au nombre de places habilitées.
- [149] Chaque Département fixe dans son règlement départemental d'aide sociale (RDAS) les modalités de mise en œuvre de l'aide sociale départementale et instaure de fait des pratiques pouvant s'avérer très disparates d'un département à l'autre. Ainsi, la mission a pu constater que certains Départements ont décidé, par exemple :

- en le formalisant ou non dans leur RDAS, de ne pas solliciter les petits-enfants ;
- de conditionner l’admission à l’aide sociale à l’épuisement préalable de l’épargne disponible ;
- d’engager systématiquement une prise d’hypothèque sur le bien immobilier ;
- de saisir systématiquement le juge aux affaires familiales pour établissement de la répartition des contributions des obligés alimentaires (quand d’autres formulent une proposition de répartition dont la contestation, par l’un des obligés alimentaires, entraîne la saisine du juge aux affaires familiales) ;
- d’autoriser ou de refuser, en fonction de la situation du demandeur, le prélèvement sur sa contribution de dépenses régulières (impôts et taxes, assurance habitation, contrats d’obsèques, plan de surendettement,...). Les disparités dans le traitement notamment des frais de mutuelle sont manifestes.

[150] Au total, ces modalités diverses entraînent des conditions d’application et de mise en œuvre, en termes de délais et de procédures, aboutissant à une sollicitation financière de la personne âgée et de ses obligés alimentaires variable d’un département à l’autre.

[151] De même, les départements peuvent attribuer des aides extra-légales. La mission a pu constater par exemple des aides dites « argent de poche extra-légal » de l’ordre de 15 euros par mois.

[152] La seconde limite touche à l’effectivité du recours à l’aide sociale au regard du nombre de places habilitées.

[153] La quasi-totalité des places installées dans les établissements publics et dans les établissements privés associatifs à but non commercial sont habilitées à recevoir des personnes relevant de l’aide sociale. Or, la contradiction est connue : alors qu’ils ne représentent plus que 20 % des places effectivement occupées, les ressortissants à l’aide sociale continuent à justifier la compétence de tarification par le Conseil général de la totalité des places habilitées à l’aide sociale.

[154] L’ordonnance du 1^{er} décembre 2005¹¹ a amorcé la réforme de l’ASH en étendant, de manière optionnelle, après accord du Conseil général, le champ de la tarification contractuelle des établissements n’accueillant pas de bénéficiaires de l’aide sociale à ceux qui n’en accueillent qu’une minorité.

[155] Au total, comme le souligne l’avis du Conseil économique et social sur le rapport présenté par Mme Christine Basset¹², l’application de l’obligation alimentaire à l’admission des personnes âgées en établissement s’avère non seulement complexe, avec pour régulateurs deux juges (administratif pour le montant de l’aide sociale et judiciaire pour la détermination du montant de l’obligation alimentaire de chacun des débiteurs) mais aussi inégalitaire en fonction des usages dans les départements.

1.3.2. Les aides au logement bénéficient peu aux résidents en EHPAD

[156] Les personnes âgées peuvent également bénéficier des aides personnelles au logement versées par les caisses d’allocations familiales. Ce droit n’est pas lié à leur statut de personnes âgées dépendantes mais à celui de bénéficiaire de droit commun des aides au logement sous conditions de ressources.

¹¹ Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d’admission à l’aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹² Conseil économique et social, rapport présenté par Mme Christine BASSET, « L’obligation alimentaire : des solidarités à réinventer », mai 2008.

[157] Il s'agit principalement de l'allocation de logement à caractère social (ALS) et de l'aide personnalisée au logement (APL).

Tableau 6 : Les aides personnelles au logement accordées aux personnes âgées en établissement

	Nombre de bénéficiaires		Montant moyen de l'aide mensuelle (en €)		Coût annuel (en millions d'€)	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007
ALS	200 938	155 865	112	163	270	304,8
APL	127 140	108 098	190	203	289	263,3
total	328 078	263 963			560	568,2

[158] Le montant de l'aide au logement dépend principalement des ressources du résident. Ainsi, une personne âgée hébergée dans un établissement conventionné, acquittant un « tarif hébergement » de 1 200 euros par mois et percevant une pension de 1 000 euros par mois, peut percevoir jusqu'à 375 euros d'APL, directement versés à l'établissement.

[159] De fait, les aides au logement constituent un important moyen de solvabilisation du « tarif hébergement » pour les personnes âgées. Mais elles ne concernent qu'une minorité de personnes accueillies : de l'ordre de 23 % pour l'ALS et 12,5 % pour l'APL, soit environ 200 000 résidents en EHPAD. En effet, le bénéfice de l'aide est conditionné à une double exigence : le niveau des ressources de l'intéressé et le conventionnement de l'établissement. Il n'est pas assuré qu'au moment de l'entrée en EHPAD, le conventionnement constitue un critère de choix, compte tenu de l'offre disponible et parfois de l'urgence dans la décision d'orientation en EHPAD. Surtout, il est certain, au vu des barèmes de ressources retenus pour ces aides au logement, qu'elles bénéficient très largement aux ressortissants de l'aide sociale. Dans ce cadre, ce sont les finances départementales qui en tirent avantage, les aides au logement étant intégrés dans les ressources du résident et donc déduites de l'aide sociale départementale. Le centre communal d'action sociale de la Ville de Paris estimait cette économie en moyenne à 150 euros par mois par résident en EHPAD.

1.3.3. Les aides fiscales ont progressivement cherché à compenser les coûts d'hébergement en EHPAD

[160] Plusieurs aides fiscales sont susceptibles de bénéficier à des personnes âgées accueillies en EHPAD. Deux d'entre elles sont spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes :

- l'exonération d'impôt sur l'APA, pour un coût total de 300 millions d'euros, dont environ 150 millions au titre de l'APA en établissement ;
- la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement, pour un coût estimé à 145 millions d'euros en 2009.

[161] Cette dernière, fixée par l'article 199 quindecies du code général des impôts, est la seule aide fiscale conçue pour atténuer le coût supporté par le résident en EHPAD ou établissement spécialisé. Elle prévoit une réduction d'impôt égale à 25 % du montant des dépenses effectivement supportées tant au titre de la dépendance que de l'hébergement. C'est la loi de finances pour 2007 qui a étendu le montant de cette réduction d'impôt :

- désormais, les dépenses afférentes à l'hébergement sont prises en compte, alors que précédemment seules les dépenses afférentes à la dépendance étaient retenues ;
- précédemment, la réduction d'impôt accordée était plafonnée à 750 euros par an (25 % de la dépense dans la limite de 2 300 € jusqu'en 2004 puis de 3 000 €). Désormais, elle s'élève au maximum (généralement atteint) à 2 500 euros par an (25 % dans la limite de 10 000 euros).

- [162] L'annexe « voies et moyens » au projet de loi de finances pour 2009 indique que cette réduction d'impôt ainsi étendue a plus que triplé par rapport à 2005 et 2006 (40 millions d'euros par an) et représente une dépense fiscale estimée à 115 millions d'euros en 2007, 145 millions d'euros en 2008 et 145 millions d'euros en 2009. Elle concerne un nombre de foyers fiscaux en légère progression : 233 000 en 2006, 251 000 en 2008.
- [163] De fait, cette réduction d'impôt ne s'applique qu'aux personnes âgées imposables et produit pleinement son effet à la condition que le montant de l'imposition sur le revenu atteigne 2 500 €. La question de sa transformation en crédit d'impôt, qui en ferait une aide forfaitaire de l'Etat atténuant les coûts laissés à la charge de l'ensemble des résidents en EHPAD, a pu être évoquée. Selon la mission d'information sénatoriale, cette transformation engendrerait un surcoût de 400 millions d'euros, estimation probablement sous-évaluée¹³.

1.3.4. Un ciblage insuffisant de ces aides leur confère un caractère anti-redistributif

- [164] Le caractère anti-redistributif des aides fiscales liées à la dépendance combinées à l'APA et aux aides au logement a notamment été pointé par le rapport sur les perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025¹⁴. A partir de cas-type, une étude de la Direction générale du trésor et de la politique économique a notamment indiqué leur dégressivité dans certains cas. Plus récemment, des travaux préparatoires au 5^{ème} risque ont confirmé le profil de « courbe en U » de l'aide globale (aide fiscale, APA, aide sociale, aides au logement) en fonction du revenu et conséquemment son effet pénalisant pour les classes moyennes.

1.4. Les ressources mobilisées pour faire face aux coûts mis à la charge des résidents

- [165] Après qu'aient été déduites les différentes aides mobilisables, apparaît un coût net pour la personne âgée. Jusqu'ici, au sein du présent rapport, il a toujours été question du « résident » mais tout démontre que, pour faire face au coût net du séjour en EHPAD ou en USLD, les revenus propres du résident sont souvent insuffisants et qu'il lui faut alors mobiliser d'autres ressources : son patrimoine et/ou les ressources de personnes qui acceptent de lui venir en aide ou qui sont contraintes de le faire par la mise en jeu de l'obligation alimentaire.

1.4.1. Les revenus des résidents

1.4.1.1. Les pensions de retraite

- [166] Il ressort des informations récemment publiées qu'en 2007, 14,5 millions de retraités perçoivent une pension de droit direct et 1,1 million une pension de réversion seule¹⁵. La même étude précise que le montant mensuel de la pension servie aux retraités de droit direct est de 1 108 €, contre 1 069 € en 2006 et 1 043 € en 2005. L'écart est important entre les hommes (1 410 €) et les femmes (811 €).
- [167] Par ailleurs, pour les personnes âgées les moins favorisées, le minimum vieillesse permet d'atteindre un seuil minimal de niveau de revenu qui s'élève en 2007 à 621,27 € par mois pour une personne seule et à 1 114,51 € pour un couple¹⁶.

¹³ 515 000 personnes accueillies en EHPAD x 2 500 euros de crédit d'impôt, soit 1,2 milliard d'euros.

¹⁴ Hélène GISSEROT et Etienne GRASS, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 », 2007.

¹⁵ Alexandre DELOFFRE, « Les retraites en 2007 », DREES, *Etudes et recherches*, n° 86, mars 2009.

¹⁶ Nathalie AUGRIS, « Les bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse au 31 décembre 2007 », DREES, *Série statistiques*, n° 129, mars 2009.

[168] Comme on le voit, le niveau moyen des retraites est inférieur au montant total des coûts non pris en charge en cas de séjour en EHPAD ou en USLD. Mais il faut compter en plus avec le fait que les retraites moyennes sont sensiblement plus élevées chez les jeunes retraités que chez les personnes âgées de plus de 80 ans. Or l'entrée en établissement se fait très tard, autour de 85 ans.

[169] On constate donc que le niveau de la plupart des retraites ne permet pas de faire face aux dépenses qu'engendre le séjour en établissement ; toutefois, il faut rappeler que les données moyennes ou globales se rapportant à la France entière n'ont guère de sens puisque, s'agissant de dépenses non socialisées, le problème ne se pose qu'individu par individu.

1.4.1.2. Les revenus du patrimoine

[170] Il est clair que les personnes âgées qui disposent d'un patrimoine productif de revenus, par exemple d'un bien immobilier mis en location, utilisent ces ressources pour compléter leur retraite si celle-ci ne suffit pas pour acquitter les frais de séjour. Le plus souvent, les responsables des établissements savent quels sont les résidents qui sont dans cette situation mais ils considèrent que ceci fait partie de la sphère privée de la personne âgée et, dès lors que les factures sont réglées en temps voulu, ils ne prêtent pas une attention particulière aux voies utilisées pour y parvenir.

1.4.2. Les revenus des personnes qui acceptent de compléter les ressources des résidents

[171] Une fois que le résident a mobilisé les ressources qu'il tire de sa retraite et, le cas échéant, des revenus de son patrimoine, d'autres personnes, en cas d'insuffisance, viennent contribuer au financement du séjour en établissement ; mais ce constat est entaché d'une triple incertitude :

- d'abord, on ne connaît pas précisément la fréquence d'un tel recours mais l'on peut penser qu'elle est élevée d'une part au vu de l'écart entre les retraites moyennes des personnes très âgées et le coût des séjours en EHPAD et d'autre part en se fondant sur les témoignages des gestionnaires des établissements ;
- ensuite, on ne dispose pas d'informations sur les montants en cause ;
- enfin, on ne sait pas exactement qui est mobilisé : il s'agit souvent de la famille proche mais d'autres personnes peuvent aussi intervenir ; ici encore, les responsables des établissements disposent de connaissances relatives à tel ou tel résident mais ils ne tiennent aucune statistique et mettent même un point d'honneur à ne pas s'immiscer dans les affaires familiales.

[172] Plus précisément, les gestionnaires des EHPAD recueillent très souvent le livret de famille ainsi qu'une copie du dernier avis d'imposition lors de la préparation de l'admission ou concomitamment en cas d'urgence ; ils se livrent alors à une enquête, souvent succincte, sur l'identité des payeurs et, parfois, ils font signer un document valant caution solidaire. Mais par la suite, si les factures sont payées en temps voulu et sans incident, rien de plus n'est demandé.

[173] En fait, la question ne surgit qu'en cas de difficulté : lorsque le paiement du séjour crée ou ravive un conflit au sein de la famille du résident ou bien lorsque l'aide sociale à l'hébergement est demandée et que sont explicitement sollicités les obligés alimentaires.

[174] Les deux encadrés qui suivent précisent les conditions de mise en jeu de l'obligation alimentaire, l'un énonçant le texte du code civil et l'autre le commentant. Mais il faut reconnaître que, le plus souvent, la solidarité familiale joue spontanément et pleinement.

Encadré n° 1 : Extraits du code civil – articles relatifs à l’obligation alimentaire

Livre I^{er} : Des personnes – Titre V : Du mariage – Chapitre V : Des obligations qui naissent du mariage

Article 203

Les époux contractent ensemble, par le fait seul du mariage, l’obligation de nourrir, entretenir et élever leurs enfants.

Article 204

L'enfant n'a pas d'action contre ses père et mère pour un établissement par mariage ou autrement.

Article 205

Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Article 206

Les gendres et belles-filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l’affinité et les enfants issus de son union avec l’autre époux sont décédés.

Article 207

Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques. Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire.

Article 208

Les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame, et de la fortune de celui qui les doit. Le juge peut, même d’office, et selon les circonstances de l’espèce, assortir la pension alimentaire d’une clause de variation permise par les lois en vigueur.

Article 209

Lorsque celui qui fournit ou celui qui reçoit des aliments est remplacé dans un état tel, que l’un ne puisse plus en donner, ou que l’autre n’en ait plus besoin en tout ou partie, la décharge ou réduction peut en être demandée.

Article 210

Si la personne qui doit fournir des aliments justifie qu’elle ne peut payer la pension alimentaire, le juge aux affaires familiales pourra, en connaissance de cause, ordonner qu’elle recevra dans sa demeure, qu’elle nourrira et entretiendra celui auquel elle devra des aliments.

Article 211

Le juge aux affaires familiales prononcera également si le père ou la mère qui offrira de recevoir, nourrir et entretenir dans sa demeure, l’enfant à qui il devra des aliments, devra dans ce cas être dispensé de payer la pension alimentaire.

Encadré n° 2 : « L'obligation alimentaire envers les ascendants »**Les documents de travail du Sénat – Série « législation comparée – n° LC 189 – octobre 2008**

« En France, selon le code civil, les enfants sont tenus à une obligation alimentaire envers leurs parents « qui sont dans le besoin » ainsi qu'envers leurs autres ascendants. Cette obligation n'est donc pas limitée par le degré de parenté : le cas échéant, les petits-enfants doivent aider leurs grands-parents, et les arrière petits-enfants leurs arrière grands-parents. L'obligation alimentaire s'applique également aux gendres et aux brus à l'égard de leur belle-mère et de leur beau-père.

Traduction juridique de la solidarité familiale, l'obligation alimentaire peut prendre diverses formes : mise à disposition d'un logement, fourniture d'une autre aide matérielle, versement d'une prestation financière, etc. Si elle s'exerce souvent spontanément, elle est également prévue par la législation sur l'aide sociale qui lui donne la priorité sur la solidarité collective.

L'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles énonce en effet le caractère subsidiaire de l'aide sociale : « les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer au postulant et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais ».

En outre, l'Etat ou le département peuvent se substituer à la personne qui sollicite le bénéfice de l'aide sociale et demander au juge qu'il établisse la contribution due par les descendants au titre de l'obligation alimentaire.

Bien que le champ d'application de l'obligation alimentaire s'étende en principe à toutes les prestations de l'aide sociale, il s'est réduit au fil du temps avec la mise en place de prestations à la personne, de sorte qu'il se limite désormais essentiellement à la prise en charge des frais d'hébergement dans les établissements pour les personnes âgées ».

1.4.3. La mobilisation du patrimoine de la personne âgée et/ou de ses obligés alimentaires

[175] Le plus souvent en dernier recours, lorsque les revenus du résident et de ses obligés alimentaires s'avèrent insuffisants, c'est le patrimoine qui doit être mobilisé.

[176] Mais, ici encore, au-delà de la relation de cas individuels, les responsables des établissements ne disposent pas d'indications précises sur la fréquence et l'importance de cette mobilisation.

2. PROBLEMATIQUES

[177] A partir des informations qui ont été recueillies localement et présentées au chapitre précédent, une forme de mise en perspective est possible, d'où ressortent les problématiques principales du système :

- le niveau du montant mis à la charge du résident est très faiblement corrélé à des données immédiatement identifiables ; notamment, le lien entre qualité de la prestation et coût pour l'usager est loin d'être établi ;
- plus généralement, le système laisse une grande place à l'aléatoire et le consommateur ne dispose guère des moyens d'une décision éclairée : un tarif élevé ne garantit aucunement une prise en charge satisfaisante tandis qu'un tarif bas ne l'exclut pas ;
- de surcroît, le système repose largement sur des ambiguïtés et des non-dits, qu'il s'agisse par exemple du fonctionnement de l'aide sociale à l'hébergement ou encore de l'obligation imposée *de facto* à la plupart des familles de prélever sur le patrimoine sans qu'un débat national, à l'inverse de ce qui s'est passé pour les retraites, ait permis d'éclairer le choix entre répartition et capitalisation ;
- enfin, la mission appelle l'attention sur les dérives auxquelles peut conduire le système : négation des droits des personnes âgées, manœuvres d'évitement de la récupération sur succession, voire de l'admission même en EHPAD, situations de maltraitance avérée...

2.1. Le niveau des coûts mis à la charge des personnes est faiblement corrélé à des données immédiatement identifiables par les résidents

[178] Formellement, les dépenses mises à la charge des personnes âgées font l'objet d'une transparence : les obligations contenues dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 sont largement respectées.

[179] Pour autant, le consommateur ne peut pas faire un lien immédiat et sûr entre les coûts affichés et la nature ou la qualité des prestations proposées. Plus précisément, les différences observées quant au niveau des tarifs pratiqués paraissent liées à de multiples facteurs dont l'impact sur la sécurité et la qualité de la vie des résidents n'est pas toujours aisément perceptible.

2.1.1. Le statut juridique de l'établissement n'est qu'une donnée explicative, parmi bien d'autres

[180] Apparemment, il est vrai que, de manière générale, le montant laissé à la charge du résident est plutôt moins élevé dans les EHPAD publics dépendant d'un établissement de santé que dans les établissements commerciaux.

[181] Et ceci peut certes s'expliquer par le fait que « le chiffre d'affaires hébergement [constitue la] principale source de marge des EHPAD à vocation commerciale ». Plus précisément, « si l'on décompose le chiffre d'affaires et la création de valeur, on constate une progression mécanique des revenus soins et dépendance, ainsi que des coûts associés. De fait, ces deux variables ne génèrent pas (ou très peu) de marge pour les opérateurs du secteur. Le chiffre d'affaires « hébergement » constitue donc bien la clé de voûte de la rentabilité économique des EHPAD »¹⁷.

¹⁷ Cabinet ERNST & YOUNG, « Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes », juillet 2008 – étude effectuée pour le compte du Sénat.

[182] Si le statut juridique joue donc un rôle dans la formation des coûts, les tarifs élevés observés dans les établissements du secteur commercial sont aussi le reflet de ce que le parc des EHPAD publics est majoritairement ancien et depuis longtemps amorti tandis que les réalisations les plus récentes sont le fait du secteur privé à but lucratif qui doit inclure dans le « tarif hébergement » l'amortissement du foncier, de la construction et des équipements (voir *infra* § 214).

2.1.2. Il n'existe pas de lien direct entre le coût imposé au résident et la qualité des prestations fournies par l'établissement

[183] La notion de qualité demeure toujours délicate à appréhender dans le domaine médico-social et, de surcroît, il est possible que l'on assiste actuellement à un changement dans la détermination de ce qui fait la qualité de la prestation destinée aux résidents des EHPAD :

- des années 1980 à aujourd'hui, sous le slogan « ajouter de la vie aux années », on a estimé que la qualité de vie en EHPAD exigeait qu'une place plus importante soit faite à la chaleur de l'aménagement des espaces collectifs, à la possibilité de personnaliser sa chambre ou encore à la vie collective (repas, animations, sorties, etc.) ;
- il est possible que l'on soit en train de changer de paradigme et que les critères de la qualité se déplacent sous l'effet de la très grande dépendance physique et/ou psychique des personnes : désormais, la qualité est plutôt liée aux soins, à la fois le « *cure* » et le « *care* », et à l'attention que les personnels qui les dispensent peuvent accorder aux personnes âgées ;
- plus globalement, c'est une forme de « sécurité totale » qui est recherchée : qu'il soit fait face à la perte d'autonomie mais aussi à la pathologie comme au besoin de se sentir entouré et respecté.

[184] Il s'ensuit que, plus encore qu'auparavant, les éléments constitutifs de la qualité sont à rechercher du côté des agents : certes de leur nombre mais également, voire plus, de leur formation, de leur motivation, de leur comportement, de leur aptitude à établir une forme de relation avec une personne très détériorée physiquement ou psychologiquement.

[185] Dès lors, les éléments de la qualité vont se trouver inclus dans les sections tarifaires « soins » et « dépendance » plutôt que dans la section « hébergement », celle dont le coût est mis à la charge du résident.

[186] C'est l'une des raisons pour lesquelles le lien n'est pas directement traçable entre la qualité de la prestation fournie et le coût mis à la charge de la personne.

[187] En outre, il est clairement apparu à la mission, au cours de ses déplacements, qu'un des facteurs primordiaux de la qualité réside dans l'engagement de l'équipe de direction de l'EHPAD, dans sa capacité à fédérer les personnels autour de la réalisation d'un projet partagé et à insuffler un état d'esprit général qui, donnant du sens aux tâches quotidiennes, fait qu'elles sont mieux accomplies.

[188] Or l'aptitude des responsables d'un EHPAD à générer des comportements vertueux peut se rencontrer aussi bien dans un établissement dont les coûts sont faibles que dans une structure dont les tarifs sont élevés (voir *infra* § 221).

2.1.3. Sauf pour les personnes admises à l'aide sociale, il n'y a pas de lien entre le montant mis à la charge du résident et le niveau de son revenu

[189] Le système est tel qu'il n'écarte pas totalement, notamment en milieu rural où les coûts sont moindres, l'hypothèse d'« effets d'aubaine », des personnes aux revenus élevés pouvant être admises dans des EHPAD habilités à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale, présentant des tarifs raisonnables et offrant des prestations de qualité : alors que la personne âgée était prête à accepter un certain niveau de dépenses, elle trouve une solution qui lui convient, qui lui donne satisfaction dans la durée et qui se révèle moins onéreuse que prévu.

[190] A l'inverse, de nombreuses personnes âgées aux revenus limités sont confrontées à une offre de proximité très étroite qui ne leur propose que des EHPAD dont les tarifs sont inaccessibles pour elles.

2.1.4. Le niveau du montant laissé à la charge du résident varie sensiblement sous l'effet des coûts immobiliers et des normes imposées aux établissements

2.1.4.1. L'hétérogénéité des coûts immobiliers

[191] Les dépenses immobilières (achat du terrain, construction, équipement, locations,...) sont extrêmement variables d'un établissement à l'autre. De fait, leur poids relatif dans les charges supportées par l'établissement, et conséquemment par le « tarif hébergement » qu'acquitte le résident, peut osciller entre 10 % et 30 %, une moyenne s'établissant autour de 20 %. Cette variation dépend de plusieurs facteurs :

- de la localisation géographique de l'établissement, qui va déterminer le coût du foncier mais aussi les coûts de la construction (avec des écarts significatifs entre milieux rural et urbain, et entre région parisienne et province) ;
- de l'existence ou non d'un coût d'acquisition du terrain : des opérations ont pu bénéficier de la mise à disposition gratuite du foncier, notamment par une collectivité locale ou un établissement hospitalier ;
- de ce qui affecte les coûts de la construction qui sont très variables : des cas allant de 70 000 à 130 000 € la place ont pu être relevés en 2008 selon la localisation géographique, les choix architecturaux (EHPAD de plain-pied ou sur plusieurs niveaux), la qualité des matériaux, etc. ;
- de la date de construction de l'EHPAD dont les coûts immobiliers peuvent être amortis partiellement ou totalement ;
- du montage juridique retenu (établissement propriétaire ou locataire du bâtiment, achat du terrain ou bail emphytéotique).

2.1.4.2. Les normes techniques, architecturales et de sécurité

[192] L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné l'impact financier des normes qui se sont développées ces dernières années, tant pour les établissements à créer que pour les établissements existants, au nom des exigences de qualité et de sécurité de l'accueil des personnes âgées.

[193] Il s'agit principalement :

- des normes de superficie minimale (20 m²) des chambres pour les nouveaux établissements ;
- des normes de sécurité incendie (parution du « type J » en novembre 2001) ;
- des normes d'accessibilité ;
- de l'installation de pièces rafraîchies ;

- et, tout récemment, de la sécurité électrique avec l'obligation de mettre en place un groupe électrogène avant le 14 septembre 2012¹⁸.

[194] De surcroît, le respect des normes de haute qualité environnementale (HQE) a pu être introduit par certaines collectivités locales et conditionne l'octroi de subvention d'investissement. La HQE se traduit généralement par des surcoûts de construction (partiellement ou totalement compensés par les économies de fonctionnement escomptées).

[195] Enfin, à ces normes établies, la mission souhaite ajouter la propension croissante des autorités de tutelle (services de l'Etat et Conseils généraux), et avant eux des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, à privilégier les projets de création présentant des surfaces de vie collective pour les résidents parfois importantes (des projets récents présentent des superficies moyennes par résident supérieures à 50 m²).

[196] S'il est incontestable que ces évolutions normatives ont renchéri les prix de journée, il convient de souligner que leur assouplissement, outre qu'il est peu envisageable au nom de la qualité de vie et de la sécurité des résidents, n'aurait qu'un impact limité sur le prix de journée et ne suffirait pas à lui seul à atténuer le sentiment parfois exprimé de cherté des « tarifs hébergement ».

[197] C'est en revanche la question de l'imputation exclusive sur la section « hébergement » de ces dépenses qui peut être soulevée et, au-delà, de la totalité des dépenses immobilières, dont conséquemment la charge pèse uniquement sur le résident.

2.1.4.3. Les aides à l'investissement permettent d'atténuer le « tarif hébergement » mais elles sont inégalitaires et complexes

[198] Ces dernières années, plusieurs dispositifs sont intervenus pour accompagner les établissements dans leur démarche de construction ou de rénovation. Centrés sur les établissements publics et associatifs habilités à l'aide sociale, ces dispositifs cherchent à répondre au besoin de rénovation du parc existant autant qu'à la nécessité de soutenir le développement d'une offre nouvelle diversifiée.

[199] Les principales mesures sont :

- depuis 2006, la possibilité d'activer les prêts locatifs sociaux pour les opérations de rénovation d'EHPAD (auparavant réservés aux établissements de type foyer-logement) ;
- le soutien à l'investissement immobilier en EHPAD grâce à la prise en charge partielle par l'assurance maladie des intérêts des emprunts contractés¹⁹ ;
- le taux réduit de TVA à 5,5 % pour les travaux de transformation ou de construction pour les établissements sans but lucratif, à condition qu'ils ne soient pas éligibles au PLS ;
- les aides en investissement de l'Etat et des Régions dans le cadre des contrats de plan ;
- les aides en investissement de la CNSA dans le cadre du plan d'aide à la modernisation puis du plan d'aide à l'investissement ;
- les prêts sans intérêt des caisses de retraite ;
- les subventions d'investissement des collectivités locales (Régions, communes ou intercommunalités et, à titre principal, Conseils généraux).

[200] Sur ce dernier point, force est de constater que les aides à l'investissement versées par les Conseils généraux sont très disparates. La CNSA avait estimé, à partir des projets financés dans le cadre du plan d'aide à la modernisation de 2006, que l'intervention moyenne était à hauteur de 14 % du plan de financement, variant entre 0 et 27 %.

¹⁸ Circulaire n° 2009/170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.

¹⁹ Article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et décret du 31 octobre 2007.

- [201] Tant les règles de subventionnement (délibération de principe fixant un pourcentage d'une dépense subventionnable plafonnée à la place ou un pourcentage du coût total de l'opération, financement au cas par cas, etc.) que conséquemment les montants versés sont très différents d'un département à l'autre. Seul trait commun : seuls les projets portés par un opérateur public ou privé à but non lucratif sont éligibles au financement public.
- [202] Ainsi, une construction d'EHPAD est financée dans le Tarn-et-Garonne à hauteur de 20 % du coût des travaux mais avec un maximum de 305 000 € ; dans les Alpes de Haute-Provence à hauteur de 10 % avec un maximum de 200 000 € ; en Seine Saint-Denis pour un taux variant de 10 à 15 % (selon la qualité du projet) mais sans plafond (soit des montants pouvant aller jusqu'à 1 à 1,5 million d'euros par opération). En Essonne, le financement est de 22 000 € à la place quand il est de 13 350 € dans le Jura.
- [203] Ces différences impacteront mécaniquement le prix de journée. Plus la socialisation *via* les finances départementales est importante, plus le montant à charge de l'ensemble des résidents de l'EHPAD est diminué. Au total, l'extrême complexité de ces différents dispositifs et leur délicate articulation en font un véritable maquis. Surtout, même à montage juridique identique, l'impact sur le « tarif hébergement » dépend également des choix opérés pour l'amortissement des biens immobiliers.
- [204] La rénovation des établissements les plus anciens, notamment dans le parc public où il est communément admis qu'un établissement sur cinq a dû ou devra engager des opérations lourdes de réhabilitation, se traduira inévitablement par un accroissement significatif des prix de journée. Ainsi, dans la Creuse, l'augmentation des tarifs liée à la rénovation des EHPAD variera de 12 à 20 € par jour selon les établissements. La mission a eu connaissance de coûts de rénovation qui portent parfois les « tarifs hébergement » à des niveaux comparables, voire supérieurs, à ceux des établissements neufs. La stratégie d'investissement des opérateurs, notamment publics, doit alors être questionnée.

2.2. Le système laisse une grande place à l'aléatoire

2.2.1. Le coût n'éclaire pas sur le contenu de la prestation

- [205] Il résulte des diverses observations qui précèdent (cf. *supra* § 212, 213 et 214) qu'un EHPAD peut à la fois ne pas être coûteux pour le résident et fournir des prestations très satisfaisantes pour peu que soient réunies les trois conditions suivantes :
- si la construction est ancienne et depuis longtemps amortie et si les gestionnaires successifs ont pris le soin de l'entretenir au fil des années ;
 - si, à coût égal, le personnel est composé de titulaires plutôt que d'intérimaires et si les agents disposent des diplômes exigés et ne sont pas en situation de « faisant fonction » ;
 - si les responsables de l'établissement savent adopter une organisation interne et un mode de management qui motivent le personnel, qui réduisent l'absentéisme et qui encouragent les comportements respectueux des personnes.
- [206] A l'inverse, un établissement peut imposer à ses résidents des coûts élevés sans garantie qu'ils bénéficieront de la meilleure prise en charge. Plus précisément, la mission a constaté à plusieurs reprises que les coûts les plus élevés étaient enregistrés dans des établissements neufs aux conditions hôtelières sans doute très satisfaisantes mais que les attentes des personnes et des familles portaient plus sur le savoir faire et le savoir être de chaque membre du personnel que sur l'allure des locaux.

- [207] Même s'il n'a que la valeur d'un simple témoignage isolé, la mission a souhaité mettre en annexe n°1 un courrier qu'elle a anonymisé et qui décrit le désarroi ressenti par une famille qui acquitte un coût élevé (plus de 4 500 € par mois) pour une prestation jugée très insuffisante ; ce courrier est emblématique de la demande des usagers qui, désormais, porte prioritairement sur la qualification et le comportement des agents.
- [208] Or le lien est faible entre le montant du « tarif hébergement » et la qualité des agents qui sont au contact des personnes âgées :
- certes, un coût élevé peut signifier que les personnels sont en nombre suffisant, qu'ils bénéficient des diplômes requis et d'un plan ambitieux de formation continue ;
 - mais un coût élevé peut résulter tout autant de l'intégration d'un coût foncier particulièrement élevé, d'une construction très luxueuse, voire trop, de la présence de personnels intérimaires, d'une rémunération élevée des actionnaires si l'établissement est commercial ou des frais de siège s'il est associatif ;
 - par ailleurs, au sein de l'ensemble du personnel, celui qui importe au regard de la qualité est moins celui qui est rémunéré *via* la section « hébergement » que celui qui relève des sections « soins » et « dépendance » ;
 - au demeurant, et comme on l'a indiqué, la qualité du comportement des agents résulte certes du niveau de la masse salariale mais aussi et peut-être surtout de la capacité d'entraînement des équipes manifestée ou non par les responsables de l'EHPAD.
- [209] En définitive, outre qu'elle est certainement appréhendée de manière très différente d'un résident à l'autre, la qualité de la prestation ne peut guère être connue que de « l'intérieur ». Il est en tout cas certain qu'elle ne transparaît pas au travers du prix.
- [210] Le système est donc aléatoire en ce qu'un tarif élevé ne garantit aucunement une prise en charge satisfaisante tandis qu'un tarif bas ne l'exclut pas.

2.2.2. La décision du consommateur ne se prend pas dans un contexte favorable

- [211] Le séjour en établissement ne constitue pas un bien que l'on souhaite acquérir. Sauf exception, c'est au contraire une perspective dont on a retardé la survenue autant qu'il était possible. On ne se situe donc pas dans la logique d'un choix éclairé entre plusieurs solutions alternatives : l'admission en EHPAD se fait lorsqu'il n'existe plus aucune autre solution. Le consommateur n'est donc pas en situation de choix entre une admission en EHPAD et une autre modalité.
- [212] Et, une fois que s'est imposée la décision d'une entrée en EHPAD, les possibilités d'une mise en concurrence sont très réduites :
- toutes les règles de la planification médico-sociale sont conçues pour une répartition des équipements aussi homogène que possible et, explicitement ou non, la plupart des schémas départementaux conçus naguère visaient l'objectif d'« une maison de retraite par canton » ; sauf à accepter un éloignement géographique, on est tributaire de l'établissement installé à proximité et il n'y a que dans les grandes agglomérations que le consommateur puisse tenter de comparer les prestations et les prix de plusieurs établissements ;
 - par ailleurs, l'admission en EHPAD se fait après qu'on soit allé au bout des autres solutions et particulièrement du maintien à domicile et/ou à la suite d'un accident qui précipite le cours des choses ; dans ces divers cas, c'est l'urgence de « trouver une solution » qui prévaut et le consommateur ne dispose pas du temps nécessaire pour effectuer des comparaisons entre les établissements.

[213] On comprend donc que les coûts, fussent-ils scrupuleusement affichés, n'interviennent que marginalement dans la décision d'admission en EHPAD. La personne âgée et sa famille sont tributaires de l'offre : dès lors qu'a été trouvée « une place », c'est le soulagement qui prévaut, quel que soit le prix, quitte à ce que les conditions économiques reprennent de l'importance au bout de quelques semaines, une fois l'urgence passée (voir *infra* § 24).

[214] Ceci est à mettre en relation avec le fait que, dans les départements enquêtés, ce sont souvent les établissements dont les tarifs sont les plus élevés qui présentent les listes d'attente les moins importantes, voire qui offrent des places immédiatement disponibles, y compris en Ile-de-France. On voit ainsi apparaître une situation dans laquelle le coût du séjour n'est pas dissuasif à l'entrée puisque la famille prend la décision du placement en institution sans intégrer le prix dans son raisonnement : soumise à l'urgence, elle accepte le tarif sans le discuter et peut-être même sans y prêter réellement ou suffisamment attention. Mais par la suite, elle prend conscience qu'il existe sur le marché des solutions moins onéreuses et, dès que se libère une place dans un EHPAD aux coûts moins élevés, elle organise le transfert de la personne âgée, ce qui libère au sein de l'établissement le plus cher une chambre qui peut être proposée à nouveau à une famille confrontée à l'urgence ; et ainsi de suite. Pourtant, de tels transferts de personnes âgées peuvent avoir des conséquences graves (voir *infra* § 24).

2.2.3. L'aléatoire vient enfin de ce que le coût réel du séjour ne peut être connu qu'au moment où il s'achève

[215] Comme on l'a déjà indiqué, le coût du séjour est essentiellement lié à sa durée qui, elle-même, ne peut quasiment jamais être prévue : l'espérance de vie d'un individu donné lors de son entrée en EHPAD constitue une inconnue (voir *supra* § 123).

[216] Cette réalité fait qu'il ne peut pas y avoir, au moment du choix initial de l'EHPAD, un calcul économique qui aboutirait, par exemple, à retenir une solution aussi peu chère que possible face à la prévision d'un placement de plusieurs années ou, au contraire, à « ne pas regarder au prix » dans la perspective d'un séjour bref.

[217] A certains égards, on peut considérer qu'il est heureux que l'admission se fasse dans l'incertitude économique et, par conséquent, dans un contexte non pollué par des considérations de cette nature.

[218] Mais, en réalité, rares sont les situations où le poids économique du séjour ne réapparaît pas dès lors que les mois passent et que, le cas échéant, s'épuisent les ressources mobilisables (voir *infra* § 24).

2.3. Le système repose largement sur des ambiguïtés et des non-dits

2.3.1. Le vocabulaire utilisé rend mal compte de la réalité

2.3.1.1. « EHPAD »

[219] Le développement de l'acronyme EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, laisse entendre que ces dernières souhaitent bénéficier d'un « hébergement ».

[220] Or, tel n'est pas le cas : elles recherchent une institution qui prodigue un soin fait de « *care* » et de « *cure* » et, plus largement, une totale sécurité.

[221] Ceci n'est pas sans importance au regard de la tolérabilité des coûts mis à la charge des personnes : ils apparaîtront toujours trop élevés s'il s'agit de ne payer qu'un hébergement ; ils gagneront en acceptabilité s'il devient évident qu'ils correspondent à la présence d'un personnel suffisamment nombreux, correctement formé, respectueux des personnes et rémunéré en conséquence.

[222] Faire mieux apparaître dans le vocabulaire la nature réelle de la mission « soignante » des établissements qui constituent l'offre est d'autant plus souhaitable que, du côté de la demande, la référence au besoin de soins s'est accrue avec le nombre de personnes atteintes de la « maladie » d'Alzheimer.

2.3.1.2. « Reste à charge »

[223] Un « reste à charge » : tel est le terme le plus couramment employé pour désigner l'ensemble des coûts que doivent acquitter les résidents ou les obligés alimentaires.

[224] L'expression laisse entendre que l'on est face à quelque chose de résiduel et, par conséquent, d'un montant peu élevé alors que, pour la plupart des personnes concernées, le coût du séjour en EHPAD pèse sensiblement sur leurs ressources²⁰, lorsqu'il ne les absorbe pas entièrement, au point de conduire au prélèvement sur le patrimoine.

[225] Et si l'on adopte le point de vue des établissements, on s'aperçoit que pour eux également, le « tarif hébergement » n'est en rien résiduel. Ainsi, dans les EHPAD publics, en 2004, il représente 51,63 % du budget des établissements de plus de 100 lits, 54,84 % dans les établissements de 81 à 150 lits, 55,61 % dans les établissements de 60 à 80 lits et 57,25 % dans les plus petites maisons de retraite, de moins de 60 lits²¹. Du côté des EHPAD privés à but non lucratif, l'étude précitée du Cabinet KPMG indique que « le résident contribue à hauteur de 65 % au paiement du prix de journée (s'il ne bénéficie pas de l'aide sociale) », le reste étant supporté par la sécurité sociale (à hauteur de 25 %) et par les Conseils généraux (10 %)²².

[226] L'expression « reste à charge » donne également le sentiment que c'est un montant que l'on soustrait d'une somme globale alors qu'il s'agit plutôt, comme on l'a montré, d'un ensemble composite qui agrège des coûts très divers :

- dans certains cas, par exemple pour le « talon dépendance », c'est en effet ce qui reste dès lors que le payeur naturel limite sa participation ;
- mais, pour l'essentiel, c'est plutôt l'addition des diverses dépenses qui ont été précédemment listées (voir *supra* § 11).

2.3.1.3. « Obligé alimentaire »

[227] Le rappel des termes du code civil (voir *supra* encadré n° 1) permet de percevoir le caractère suranné de l'expression de la loi, voire la difficulté de sa compréhension pour les plus jeunes générations.

²⁰ A titre d'exemple, le second témoignage figurant en annexe n° 1 illustre bien les difficultés rencontrées.

²¹ Fédération hospitalière de France, « Analyse des ratios tirés de l'exploitation des comptes du trésor public 2004 », *Info en santé*, n° 14, avril 2007, pp. 2-13.

²² Cabinet KPMG, *op. cit.*

- [228] En fait, il ne s'agit pas seulement d'un problème de vocabulaire. Dès lors que la société française a profondément changé, que les familles déconstruites puis recomposées sont de plus en plus nombreuses, que les enfants sont de plus en plus géographiquement éloignés les uns des autres en même temps que de leurs parents, que l'allongement de la durée de la vie fait que l'admission en EHPAD se réalise souvent alors que les enfants sont déjà retraités, les règles relatives à l'obligation alimentaire ont largement perdu de leur valeur originelle : sans doute est-il indispensable de disposer de bases juridiques permettant d'encourager les comportements vertueux et de prévenir comme de réprimer les atteintes évidentes aux devoirs qu'impose la filiation mais, dans leur forme et dans leur contenu, les règles devraient certainement faire l'objet d'une actualisation.
- [229] Ont en effet été décrites à la mission des situations dans lesquelles les règles en vigueur conduisent, pour obtenir le paiement du séjour d'un résident, à s'adresser à une personne qui a certes un lien avec lui mais qui peut ne l'avoir jamais rencontré. Peut-être n'est-il pas anormal que cette personne soit sollicitée mais, de manière générale, le terme d'« obligé alimentaire » n'est sans doute pas le plus approprié.

2.3.2. Le dispositif de l'aide sociale à l'hébergement est ambivalent

- [230] On a déjà décrit les mécanismes de l'aide sociale à l'hébergement (voir *supra* § 133). Mais, pour utile qu'il soit, le dispositif recèle plusieurs ambiguïtés, quel que soit le point de vue que l'on adopte.

2.3.2.1. Pour les Conseils généraux

- [231] L'autorisation accordée à un EHPAD d'accueillir des ressortissants de l'aide sociale emporte la responsabilité pour le Conseil général d'en fixer à la fois le « tarif dépendance » et « le tarif hébergement ».
- [232] Ajoutée au rôle qu'il joue dans la confection du schéma gérontologique et à son statut de co-décideur des autorisations de création ou d'extension, cette prérogative confère au Conseil général un pouvoir majeur dans l'organisation et le fonctionnement du parc des établissements pour personnes âgées.
- [233] Mais, en même temps, force est de constater que les dépenses de l'aide sociale à l'hébergement pèsent de manière non négligeable au sein des budgets des Conseils généraux, dans un contexte où les collectivités territoriales visent à maîtriser leurs dépenses pour réduire le poids de la fiscalité qui pèse sur l'économie locale : la dépense nette d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées se montait en 2008 à 1 170 millions d'euros, contre 840 millions en 2003²³.

2.3.2.2. Pour les responsables des établissements

- [234] La question ne se pose pas pour les responsables des établissements publics dont tous les lits sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ; elle ne se pose guère non plus pour les gestionnaires du secteur associatif qui, sauf exception, se trouvent dans la même situation.
- [235] En revanche, pour le secteur commercial, la question se pose bien de l'attitude à adopter quant à la possibilité de demander l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : est-il opportun de la solliciter et, en cas de réponse positive à cette question, pour quel pourcentage de lits ?

²³ La Lettre de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée, juin 2009.

- [236] Lors des déplacements qu'elle a effectués, il est apparu à la mission que les responsables des établissements privés à but commercial ne sont pas opposés par principe à l'habilitation d'au moins quelques lits.
- [237] D'un côté, une telle demande les contraint à entrer en négociation avec le Conseil général et à se voir opposer, au final, un tarif administré auquel sont hostiles la plupart des gestionnaires commerciaux et qui risque d'être sensiblement inférieur à ce qu'ils souhaiteraient.
- [238] Mais, en contrepartie, ils peuvent tirer de l'habilitation un double bénéfice :
- d'une part, elle apporte une garantie de remplissage des lits concernés, avantage non négligeable dans une conjoncture où, au moins en certains endroits, les établissements commerciaux les plus récemment ouverts paraissent peiner à atteindre leurs objectifs d'occupation qui, le plus souvent, tournent autour de 97 % ;
 - d'autre part, le conventionnement avec le Conseil général donne un gage de respectabilité et peut même valoriser l'image de l'établissement auprès de la clientèle.

2.3.2.3. Pour les résidents et leurs familles

- [239] Pour les personnes les plus démunies, le dispositif de l'aide sociale à l'hébergement permet de bénéficier d'un séjour non payant, assorti du maintien d'une somme modique destinée à faire face à quelques menues dépenses. D'ailleurs, ici aussi, le vocabulaire mériterait d'être revu puisque l'on parle encore d'un « argent de poche ».
- [240] En même temps, le bénéfice du tarif administré va également à des résidents dont les revenus peuvent être conséquents et qui seraient peut-être prêts à acquitter des sommes plus élevées en contrepartie de leur prise en charge (voir *supra* § 213).
- [241] Enfin, du point de vue des héritiers du bénéficiaire de l'aide sociale et, parfois, aux yeux même de celui-ci, la reprise sur succession constitue une caractéristique majeure du dispositif, d'où la mise en place de mesures d'évitement qui peuvent, dans certains cas, confiner à la maltraitance (sur ce point, voir *infra* § 24).

2.3.3. La part des éléments mal connus et même des non-dits est particulièrement importante, aussi bien au niveau national qu'autour de chaque résident

2.3.3.1. Le système mêle, sans le dire, répartition et capitalisation

- [242] Le séjour d'un résident en EHPAD est financé par des voies diverses, les unes se situant plutôt dans le registre de la solidarité nationale et donc de la répartition et les autres empruntant à la capitalisation :
- la solidarité nationale est mise à contribution d'une part *via* l'assurance maladie qui occupe une place importante dans le financement du fonctionnement des EHPAD et, d'autre part, *via* les fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont les ressources proviennent notamment de « la journée de solidarité » ;
 - les Départements sont également d'importants contributeurs au travers du versement de l'APA en établissement et de l'aide sociale à l'hébergement ;
 - enfin, les résidents eux-mêmes et/ou ceux qui les aident à financer leur séjour mobilisent leurs revenus et, lorsque c'est insuffisant, désépargnent pour consacrer une partie ou la totalité du patrimoine au règlement des frais de séjour.

[243] Cette pluralité des financeurs et des techniques utilisées n'est pas critiquable en soi et il n'appartient pas à la mission de se prononcer ici sur l'opportunité des choix effectués par la représentation nationale. En revanche, on ne peut que constater les zones d'ombre qui entourent le système :

- alors que, depuis plusieurs années, un débat relayé par les médias a permis à la population de se faire une première idée des avantages et inconvénients respectifs du recours à la répartition et à la capitalisation dans le domaine des retraites, le financement de la grande dépendance et notamment des séjours en institution n'a pas donné lieu aux mêmes discussions ; en un sens, les réflexions sur l'éventuelle création d'un 5^{ème} risque ont permis de faire naître une prise de conscience mais, à ce jour, l'opinion demeure peu au fait des enjeux ;
- en outre, il n'existe pas un recueil d'informations organisé qui permette de savoir aujourd'hui quel est le nombre total de résidents dont le paiement des frais de séjour est assuré par un prélèvement sur le patrimoine ni, *a fortiori*, quels sont les montants en cause au niveau national.

[244] En définitive, on est en présence d'une forme de capitalisation qui s'ignore.

[245] Après qu'il ait commencé à se construire à propos des retraites, il serait donc opportun que le domaine de la dépendance fasse aussi l'objet du « débat politique entre les défenseurs de l'Etat providence, tel qu'on l'a connu depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, et les tenants d'un système sollicitant de plus en plus l'initiative individuelle par l'intermédiaire de l'épargne privée. L'accumulation patrimoniale pour les vieux jours serait-elle la réponse aux incertitudes portant sur le niveau des pensions ou sur les dépenses de santé des personnes âgées ? En toile de fond, c'est aussi le problème de l'équité intergénérationnelle qui est soulevé »²⁴.

[246] Par ailleurs, qu'il s'agisse des revenus ou des patrimoines, on sait que la solidarité familiale joue un rôle important que, pour autant, l'on ne mesure pas assez (voir *supra* § 142 et 143). Ainsi, on pressent que, pour la prise en charge des frais de séjour, les personnes qui entrent en EHPAD bénéficient du fait que, dans l'ensemble, leurs enfants ont gagné par rapport à elles, en termes de statut social comme de rémunérations : il serait utile qu'une étude spécifique aux résidents des EHPAD vienne confirmer ou infirmer cette intuition.

2.3.3.2. On met trop souvent en relation niveau moyen des coûts laissés à la charge des résidents et niveau moyen des retraites sans expliquer à quel point cette comparaison est peu fondée

[247] Il est difficile d'échapper à la tentation de mettre en parallèle les coûts nets restant à la charge des personnes, que l'on évalue alors sur une base mensuelle, et le montant moyen des retraites des résidents des EHPAD. Au demeurant, le présent rapport n'y résiste pas lui-même (voir *supra* § 1411) dès lors qu'il faut bien introduire des éléments de comparaison.

[248] En fait, le raisonnement ne devient vicié qu'au moment où l'on y introduit une connotation quasi-morale en sous-entendant qu'il « faudrait » que les ordres de grandeur soient effectivement comparables.

[249] Du point de vue d'une forme d'équité générale, il n'est pas absurde de souhaiter en effet qu'il y ait peu de différence entre le niveau des retraites et les montants exigés lors d'un séjour en EHPAD. Mais, économiquement, le raisonnement ne tient pas :

- il s'agit de deux grandeurs dont les composantes n'ont aucun lien entre elles : d'un côté, une somme de prestations qu'il faut acquitter en contrepartie de prestations offertes dans le

²⁴ LUC ARRONDEL, André MASSON et Daniel VERGER, « Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives », *Economie et statistique*, n° 417-418, juin 2009, pp. 3-25.

cadre d'un établissement et, de l'autre, un montant qui, grossièrement, est calculé à partir d'une part de la durée de cotisation et d'autre part des revenus perçus durant la période d'activité ; ce ne peut être que l'effet du pur hasard si, pour un individu donné comme au niveau global, il y a coïncidence entre les deux ;

- toutefois, dès lors que le coût laissé à la charge des résidents en EHPAD correspond, du moins en partie, à ce qui ne bénéficie pas d'un financement socialisé, on pourrait envisager de réduire ce hasard : ne suffirait-il pas, à partir du coût de fonctionnement total des établissements, d'identifier d'abord le montant que doivent acquitter les résidents et qui, dans cette hypothèse, serait voisin de celui des retraites et de considérer ensuite que c'est tout le reste qui doit être socialisé ?
- en fait, outre les inconvénients majeurs qu'il présente d'un point de vue économique et notamment les risques inflationnistes qu'il recèle, ce raisonnement n'est pas réaliste dans la mesure où il néglige un fait déjà souligné à maintes reprises, à savoir que les moyennes importent peu, que le problème se pose individu par individu et que son ampleur est essentiellement déterminée par la durée de chaque séjour, donnée qui est imprévisible au moment de l'admission et qui varie grandement d'un résident à l'autre, sans variable explicative sûre.

[250] On ne peut donc que constater la fréquence du recours à la comparaison entre retraites et coûts à la charge des personnes et entourer de nombreuses précautions tout raisonnement de ce type.

2.3.3.3. Lorsque sa retraite est insuffisante, le résident et les personnes qui l'aident financièrement « se débrouillent » pour mobiliser des ressources diverses et, le plus souvent, parvenir à échapper à l'aide sociale, sans que soient précisément connues les voies utilisées

[251] Le nombre des personnes dont la retraite ne suffit pas pour assurer le paiement des frais engendrés par le séjour en établissement est très mal connu. Quelques études nationales reposent sur des moyennes dont on a déjà énoncé les limites et, là où l'on pourrait se situer dans l'exactitude, c'est-à-dire au niveau de chaque EHPAD, la connaissance n'est pas recherchée (voir *supra* § 14). Il est même voulu qu'elle ne soit pas recherchée, au nom de la protection de la vie privée des personnes et du souci revendiqué de ne pas s'immiscer dans les affaires familiales des résidents.

[252] Quoi qu'il en soit, lorsque le montant de la retraite ne suffit pas au paiement du séjour, la grande majorité des personnes concernées tentent de mobiliser d'autres revenus avant d'entamer le patrimoine. *Grosso modo*, on peut distinguer trois étapes successives :

- les revenus autres que la retraite du résident ;
- le patrimoine non immobilier ;
- l'immobilier.

[253] Pour chacune de ces trois sources de financement, se conjuguent les biens et ressources propres au résident et ce que lui apportent sa famille et/ou ses obligés alimentaires et/ou ses autres proches. A la connaissance de la mission, aucune donnée n'est disponible sur le partage entre les uns et les autres. Même si c'est statistiquement peu renseigné, il est certain que les comportements très largement majoritaires visent à mettre prioritairement en œuvre toutes les solutions qui permettent de ne toucher au patrimoine immobilier qu'en dernier recours et d'échapper aussi longtemps que possible à la demande d'aide sociale. Celle-ci est doublement redoutée :

- en raison de la perspective d'une récupération sur succession ;
- du fait de la forme d'opprobre sociale qu'elle peut faire craindre à certaines familles.

- [254] Pour sa part, la mobilisation des revenus de l'entourage du résident et notamment de ses enfants est fiscalement encouragée : les pensions alimentaires versées aux personnes dans le besoin envers lesquelles le contribuable a une obligation alimentaire sont déductibles de son revenu imposable, et ce sans limite dès lors que les preuves peuvent en être apportées ; entrent naturellement dans ce cadre les sommes consacrées au paiement des frais de séjour d'un ascendant résidant en établissement. Ce dispositif est à comparer avec celui applicable aux résidents des EHPAD et USLD qui bénéficient d'une réduction d'impôt égale à 25 % des sommes versées, dans la limite de 10 000 €, soit une réduction d'impôt maximale de 2 500 €.
- [255] Les revenus autres que les retraites ne sont cités ici que pour mémoire dans la mesure où, statistiquement, les revenus de l'épargne ou du patrimoine ne sont importants et ne pourraient donc contribuer significativement au paiement des frais du séjour en EHPAD que pour les personnes qui disposent déjà d'une retraite d'un niveau élevé, le plus souvent déjà suffisante pour faire face au coût du séjour²⁵. Comme le rappelle un article de la dernière livraison de la revue « Economie et statistiques », « Thomas Piketty montre que la part des revenus financiers est toujours croissante avec le revenu mais que ces revenus ne constituent une part significative du revenu total (plus de 15 %) que pour le dernier centile où se concentre la richesse financière »²⁶.
- [256] Après la mobilisation éventuelle des revenus autres que les retraites, le paiement du séjour en EHPAD peut imposer d'entamer le patrimoine. Il a donc paru intéressant de faire figurer dans l'encadré n°3 des extraits d'un article récent (juin 2009) consacré à l'étude du patrimoine des Français.

Encadré n° 3 : Extraits de l'article

« Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives »

Luc ARRONDEL, André MASSON et Daniel VERGER, « Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives », *Economie et statistique*, n° 417-418, juin 2009, pp. 3-25.

[...] « En France, depuis le début des années 1990, le taux d'épargne financière se situe en termes de flux, avec les normes actuelles de la comptabilité nationale, au-dessus de 5 % du revenu disponible et le taux d'épargne globale oscille autour de 15 %. La France est ainsi parmi les pays les mieux placés au sein de l'Europe, avec l'Allemagne et l'Italie. En termes de stock, fin 2007 et selon la comptabilité nationale, le patrimoine (brut) des ménages représentait près de 10 550 milliards d'euros, soit une augmentation de 144 % en dix ans. Ce stock de patrimoine représente environ 5,5 fois le PIB français. L'encours des dettes se situant autour de 1 150 milliards d'euros, le patrimoine net s'élève à 9 400 milliards d'euros ».

« Au cours des dernières années, l'évolution de la richesse résulte essentiellement de la valorisation du patrimoine immobilier. Ainsi, sur la période 1997-2004 [...], l'augmentation du patrimoine global de 64 % s'expliquait principalement par celle du patrimoine immobilier, loin devant celle du patrimoine financier. Plus des trois quarts de l'augmentation de la richesse totale pouvait ainsi s'expliquer par celle de l'immobilier, variation dont la composante prix (+ 61 %) était nettement supérieure à la composante volume (+ 17 %). Inversement, le quart restant, dû à la variation du patrimoine financier, s'expliquait essentiellement par des acquisitions nouvelles, et non par les fluctuations des prix sur le marché des capitaux. [...] Parallèlement, la structure des patrimoines français s'est profondément modifiée : en 1997, 58 % du patrimoine total était constitué d'immobilier alors que sept ans plus tard cette proportion était de deux tiers ».

²⁵ Dans l'un des départements enquêtés, la mission a toutefois recueilli des témoignages portant sur la situation de personnes bénéficiant de pensions de retraite très faibles, voire relevant du minimum vieillesse, mais disposant d'un patrimoine important ; mais ce patrimoine n'est pas nécessairement productif de revenus élevés et ces cas ne contredisent donc pas le raisonnement.

²⁶ Jérôme BOURDIEU, Gilles POSTEL-VINAY et Akiko SUWA-EISENMANN, « Mobilité intergénérationnelle du patrimoine en France aux XIXe et XXe siècles », *Economie et statistique*, n° 417-418, juin 2009, pp. 173-189.

« L'enquête « *Patrimoine 2004* » de l'Insee situe, en métropole, le patrimoine moyen (brut) des Français autour de 170 000 euros (chiffres non calés sur ceux de la comptabilité nationale), et le patrimoine médian autour de 100 000 euros. [...] A titre de comparaison, l'enquête *Share* qui mesure les patrimoines avec une méthodologie comparable en Europe pour les plus de 50 ans, situe, au début des années 2000, la fortune médiane des Français d'âge mûr entre 120 000 et 140 000 euros (nets), devant l'Europe du Nord, l'Allemagne (moins de 100 000 euros), l'Autriche et la Grèce (entre 100 et 120 000 euros) mais derrière l'Europe du Sud (plus de 140 000 euros en Espagne et en Italie) ».

« En 2004, la dette moyenne par ménage endetté atteignait 40 000 euros ».

« Mis à part les livrets d'épargne diffusés très largement au sein de la population (plus de huit ménages sur dix en possédaient au moins un, avant même que le système bancaire dans son ensemble ait reçu l'autorisation de distribuer ce type de produits), c'est le logement principal qui figure le plus fréquemment dans le patrimoine des ménages [...] : 53 % en étaient détenteurs, 56 % en comptant les accédants à la propriété. En 2004, l'épargne de long terme (assurances-vie et épargne retraite volontaire) concernait près de 44 % des foyers et l'épargne logement (compte ou plan) 41 %. Les actifs risqués étaient par contre nettement moins diffusés [...] : seuls 16 % des ménages possédaient des actions directement et environ 10,5 % des Sicav ou FCP. Enfin, l'épargne salariale concerne de plus en plus de ménages : 17 % ».

« Selon les déclarations des ménages vivant en France, le patrimoine en montant se répartit entre 20 % d'actifs financiers, 66 % de biens immobiliers et 14 % de biens professionnels. Cette structure varie fortement avec le niveau de la richesse : chez les plus riches, la part de l'immobilier diminue au profit des actifs financiers, notamment des valeurs mobilières ».

[257] Sur trois points précis, cet article apporte des informations utiles au regard du financement du coût du séjour en EHPAD.

[258] On relève d'abord que les estimations dont il fait état quant au patrimoine moyen ou médian des Français vont de 100 000 € à 170 000 € (desquels il conviendrait de retirer la dette moyenne évaluée à 40 000 €). Avec toutes les précautions qu'impose le maniement des moyennes ou médianes, on constate qu'avec 100 000 à 130 000 €, on parvient à financer environ 4 à 5 années de séjour en EHPAD (sur la base d'un coût mensuel de 2 200 €).

[259] Le deuxième enseignement confirme ce que chacun pouvait pressentir, à savoir l'importance de l'immobilier dans le patrimoine des Français. Or, pour assurer le financement des séjours en établissement qu'impose la grande dépendance, l'immobilier ne constitue pas une ressource aisément mobilisable pour deux raisons :

- techniquement, l'immobilier se caractérise par son insécabilité et par son illiquidité : alors qu'un lot d'actions peut être vendu progressivement et que chaque cession peut se faire pratiquement du jour au lendemain, ce qui permet d'acquitter mois par mois les frais d'un séjour en EHPAD, un bien immobilier constitue un tout qui doit être vendu en entier et, en fonction du marché, le vendeur peut enregistrer de longs mois avant de trouver acquéreur à un prix raisonnable ; le problème est naturellement encore plus aigu si le bien n'est pas libre mais occupé par un locataire qui, le plus souvent, a droit au maintien dans les lieux jusqu'à l'expiration du bail, voire à vie s'il est âgé ;
- par ailleurs, le bien immobilier détenu par le résident en EHPAD est souvent son propre domicile²⁷ et, en même temps « la maison de famille », ce qui signifie qu'aux obstacles

²⁷ On estime qu'environ 6 millions de ménages français de plus de 65 ans sont propriétaires de leur logement.

techniques qui viennent d'être décrits, va s'ajouter la réticence familiale à se séparer d'un bien dont le contenu affectif est plus intense que celui d'un plan d'épargne.

- [260] La solution alors envisageable est de mettre en location l'ancien logement du résident. La mission n'a pas trouvé de données statistiques permettant de savoir s'il s'agit d'une pratique fréquente.
- [261] On doit noter ici que le législateur a apporté une solution nouvelle à l'occasion de la réforme des sûretés intervenue en mars 2006 : désormais, l'article L. 314-1 du code de la consommation prévoit la possibilité du prêt viager hypothécaire défini comme étant « le contrat par lequel un établissement de crédit ou un établissement financier consent à une personne physique un prêt sous forme de capital ou de versements périodiques, garanti par une hypothèque constituée sur un bien immobilier de l'emprunteur à usage exclusif d'habitation et dont le remboursement – principal et intérêts – ne peut être exigé qu'au décès de l'emprunteur ou lors de l'aliénation ou du démembrement de la propriété de l'immeuble hypothéqué s'ils surviennent avant le décès ».
- [262] Ce dispositif s'inspire de modèles américain et britannique mais il s'en distingue positivement pour les personnes âgées en établissement puisque, dans la réglementation française, le bien immobilier peut être inoccupé ou même loué, alors qu'aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, la personne âgée doit l'occuper effectivement : dans ces conditions, le prêt obtenu ne peut aider qu'au financement du maintien à domicile²⁸.
- [263] Enfin, en troisième enseignement, l'article précité de la revue *Economie et statistique* souligne qu'en 2004, « l'épargne de long terme (assurances-vie et épargne retraite volontaire) concernait près de 44 % des foyers ». Or, on peut s'attendre à ce qu'il y ait peu de différence, dans les comportements collectifs, entre l'épargne pour la retraite et l'épargne pour la dépendance et, consécutivement, pour le financement du séjour en EHPAD. C'est pourquoi l'encadré n° 4 reproduit quelques alinéas d'un article publié dans la même revue que le précédent et consacré à « l'épargne financière en prévision de la retraite ».

**Encadré n° 4 : Extraits de l'article
« L'épargne financière en prévision de la retraite :
comportements de détention et montants investis »**

Amandine BRUN-SCHAMME et Michel DUEE, « L'épargne financière en prévision de la retraite : comportements de détention et montants investis », *Economie et statistique*, n° 417-418, juin 2009, pp. 93-118.

« En France, les revenus provenant de l'épargne retraite, actifs spécifiquement dédiés à la retraite et détenus dans le cadre professionnel ou privé, représentent une faible part des ressources totales perçus par les individus après la cessation de leur activité. [...] En effet, les organismes d'assurance, les sociétés de gestion en épargne salariale, les organismes de mutuelle et d'institutions de prévoyance ont versé en 2005 à leurs assurés, détenteurs d'un contrat d'épargne retraite, 4,4 milliards d'euros de prestations, ce qui est faible relativement aux 159,5 milliards de prestations versées par les régimes de base et aux 56 milliards d'euros versés par les régimes complémentaires. En France, mais également en Allemagne et en Italie, en raison de la relative générosité du système de retraite, l'épargne retraite occupe une place structurellement plus faible que dans les pays anglo-saxons ».

²⁸ Nicolas JACHET, Jacques FRIGGIT, Bernard VORMS, Claude TAFFIN, « Rapport sur le prêt viager hypothécaire et la mobilisation de l'actif résidentiel des personnes âgées », Inspection générale des finances – Conseil général des ponts et chaussées – Agence nationale pour l'information sur le logement, juin 2004.

« Les ménages ayant un revenu mensuel net inférieur à 2 500 euros sont peu nombreux à détenir un produit d'épargne retraite. Ce n'est qu'à partir de ce seuil que la part des ménages détenteurs d'une épargne retraite dépasse 10 % pour atteindre environ 35 % dans les tranches de revenus les plus élevés. [...] La détention de valeurs mobilières ou d'une assurance-vie semble plus progressive. La proportion de ménages détenant des valeurs mobilières ou une assurance-vie atteint ainsi 10 % à 20 % lorsque le revenu mensuel des ménages est inférieur à 1 000 euros, puis s'accroît ensuite fortement parmi les ménages les plus aisés, atteignant 50 % pour l'assurance-vie et 75 % pour les valeurs mobilières ».

[264] Il ressort de cet article que la détention d'une assurance-vie et/ou de produits d'épargne retraite ne caractérise globalement que les ménages relativement aisés, c'est-à-dire précisément ceux pour lesquels le coût du séjour en EHPAD est compatible avec les revenus et n'impose pas un prélèvement sur l'épargne.

[265] Quoi qu'il en soit des éléments qui viennent d'être rapportés, le sentiment qui prévaut est celui de l'insuffisance de la connaissance.

[266] Si un débat national devait être ouvert sur le niveau et les modalités de la prise en charge des frais de séjour en EHPAD ou, plus largement, sur le financement de la dépendance, il importerait que les statistiques disponibles soient à la fois plus nombreuses et plus précises, particulièrement sur les diverses solutions mises en œuvre en cas d'insuffisance de la retraite. Or, comme il ressort des développements qui précèdent qu'en l'état actuel, le problème se pose et est résolu de manière différente d'un résident à l'autre ou d'une famille à l'autre, la saisie des informations ne peut se faire qu'au sein de l'EHPAD ; mais comme l'exploitation de ces informations devrait être nationale, il conviendrait que les modalités d'interrogation des personnes soient harmonisées.

2.3.3.4. Pour une part significative de la population, le paiement des frais de séjour en EHPAD impose le prélèvement sur le patrimoine mais le système français n'encourage pas et même discrédite la « préférence pour soi »

[267] Même si les statistiques manquent, on sait que, pour une part significative de la population, le paiement des frais de séjour en EHPAD impose un prélèvement sur le patrimoine. Si la part de la socialisation de la prise en charge du coût du séjour en EHPAD demeure au niveau actuel, voire régresse sous l'effet de la démographie et/ou de la contrainte économique, il faudra que soit encouragée la constitution d'une épargne en vue de la dépendance. Et il faudra encourager concomitamment la « préférence pour soi » de manière à ce que l'épargne ainsi constituée reste disponible pour subvenir aux frais du placement en institution et ne soit pas prématurément transmise aux enfants...

[268] Or, le système français va actuellement à l'opposé :

- d'une part, la législation fiscale encourage massivement les donations entre vifs puisque chaque parent peut donner 150 000 € tous les six ans à chacun de ses enfants ;
- d'autre part, il existe une forme de consensus social qui va à l'encontre de la « préférence pour soi » et qui privilégie les « transmissions intergénérationnelles entre vifs ou au décès, [...dont] les motivations peuvent être de différente nature : logique altruiste si les parents veulent aider leurs enfants [...] ou rapprocher les niveaux de vie entre les générations ; logique d'échange si les parents rémunèrent leurs héritiers de leurs services ; logique paternaliste pour la seule satisfaction de laisser quelque chose à ses enfants. [...] En moyenne, en 2000, tous héritiers confondus, les défunts français dont la succession était déclarée laissaient 99 000 euros à leurs légataires [...]. En 2006, cette somme s'élève à 175 000 euros, cette augmentation étant principalement due à l'évolution des prix de

l'immobilier sur la période. [...] Selon l'enquête « *Patrimoine 2004* », parmi les ménages ayant des enfants vivant hors du domicile parental, un sur huit déclarait avoir déjà fait une donation entre vifs »²⁹.

2.3.4. Parmi les nombreux financeurs du système, tous ne paraissent pas poursuivre les mêmes objectifs, y compris en termes d'équité

[269] Aux financeurs habituellement cités (assurance maladie, Départements au titre de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement, résidents et/ou familles), s'ajoutent d'une part la CNAF et d'autre part l'Etat qui, pour l'essentiel, intervient par le biais de dépenses fiscales :

- en faveur des résidents et, selon des modalités différentes, de leurs familles (voir *supra* § 2333) ;
- mais également en faveur des investisseurs qui peuvent bénéficier de la législation applicable aux loueurs en meublé non professionnels (LMNP) lorsqu'ils acquièrent une chambre d'EHPAD.

[270] Or, cette dernière mesure est au service d'objectifs éloignés de ceux de la politique d'aide aux personnes âgées dépendantes et la dépense fiscale qu'elle engendre ne concourt pas à l'équité.

2.4. L'impact financier du séjour en EHPAD peut conduire à de graves dérives

[271] La mission a enregistré quelques témoignages relatifs à des dérives graves ; ils ne doivent pas donner lieu à généralisation mais leur existence même conduit à identifier des zones et des facteurs de risque à prendre en considération pour mieux protéger les personnes âgées dépendantes.

[272] En effet, les enjeux financiers liés à une entrée et à un séjour en EHPAD pèsent sur les personnes âgées, parfois jusqu'au risque d'une insuffisante prise en charge, voire d'une maltraitance.

2.4.1. La dépendance des personnes âgées sur les questions financières les concernant directement

2.4.1.1. Des personnes qui ne décident plus pour elles mêmes

[273] Les personnes âgées qui résident en EHPAD sont dépendantes, également en matière financière. En effet, les questions d'argent qui les concernent directement leur échappent le plus souvent, fût-ce en l'absence de toute décision de mise sous tutelle : au mieux, les résidents sont aidés par leur famille ou par un proche pour la gestion de leurs ressources, de leurs dépenses et de leur patrimoine mais, dans la grande majorité des cas, ils ne participent plus à la gestion de leur avoir, en dehors des toutes petites dépenses de la vie quotidienne réglées par « l'argent de poche ».

[274] Ce sont les familles qui décident des mesures relatives aux revenus, à l'épargne et au patrimoine lorsque la prise en charge des ascendants et son coût imposent de telles décisions ; le sort des personnes âgées est ainsi soumis à des décisions qui sont prises par des tiers : ceci peut être lourd de conséquences pour elles et reste pour partie tabou dans notre société.

[275] En même temps, les personnes âgées gardent, très souvent et longtemps, le souci de ne pas constituer une charge pour les enfants, encore moins pour les petits-enfants, et elles sont très inquiètes de la contrainte financière que le séjour en EHPAD pourrait faire peser sur ceux-ci.

²⁹ Luc ARRONDEL, André MASSON et Daniel VERGER, *op. cit.*

[276] Les tensions familiales qui peuvent naître ou se développer au moment de la mise en place de la solution financière permettant de faire face à l'hébergement ne sont pas favorables à un accompagnement serein des personnes pendant les dernières années de leur vie. La mission a entendu plusieurs témoignages de professionnels sur la souffrance psychique des personnes dépendantes dont le sentiment de culpabilité et d'anxiété est aiguisé par le montant de la dépense liée à leur séjour en EHPAD et qui peuvent aller jusqu'à se laisser mourir pour « ne pas gêner ».

2.4.1.2. Des décisions lourdes de conséquences

[277] Une entrée et un séjour en EHPAD ont des conséquences financières importantes pour les familles. Le coût mis à leur charge les conduit, dans la plupart des cas, à devoir faire des arbitrages entre les dépenses et les investissements qui peuvent être décidés en faveur des différentes générations. L'arbitrage qui est demandé aux familles en faveur des ascendants dépendants est contraint par l'allongement de la durée de la vie et imposé par le code civil ci-dessus cité ; mais, souvent, il vient en concurrence avec le vœu d'aider les plus jeunes générations, *a fortiori* dans un pays et à un moment où le chômage des jeunes est particulièrement élevé. Ceci soumet les familles à des tensions fortes.

[278] Les évolutions des structures familiales renforcent les facteurs de risque : l'assistance envers des ascendants, en particulier lorsque les liens affectifs sont ténus ou rompus, constitue moins un devoir moral et une évidence ressentie qu'une obligation juridique plus ou moins bien acceptée.

[279] De surcroît, la famille est précisément désignée par les liens du mariage et de la filiation sur deux ou trois générations : elle englobe donc les conjoints des descendants ; dès lors, on se situe nécessairement relativement loin de la conception de la famille réunie par des liens affectifs tissés au fil de longues décennies.

2.4.2. Des parcours d'évitement

[280] Devant des niveaux de tarifs très différents d'une structure à l'autre mais le plus souvent supérieurs aux revenus de la personne âgée, les familles s'efforcent de repousser au maximum l'entrée en EHPAD ou, plus rarement, retirent la personne de l'établissement.

2.4.2.1. Des entrées différées

[281] Des maintiens à domicile abusifs sont observés dans les départements enquêtés : en Creuse, la mission a recueilli des témoignages d'assistantes sociales qui estiment à 1 % les cas de maltraitance lourde qui justifient la saisine du procureur ; en dehors de ces situations extrêmes, il n'est pas aisé de faire la part de l'argent et de l'affectif dans les motivations des familles. Le nombre des cas où le maintien au domicile n'est pas satisfaisant sur le plan de la prise en charge de la personne n'est pas connu et les outils de repérage sont très peu disponibles.

[282] Pour les familles, le maintien à domicile dans l'environnement familial est souvent une solution sensiblement moins onéreuse que l'admission en EHPAD qui peut dégrader leur situation financière : leurs charges croissent du fait des coûts imposés par le séjour et leurs ressources baissent puisque la pension de retraite est entièrement consacrée à l'établissement et que l'APA à domicile n'est plus versée. Le différentiel de revenus pourrait s'élever à plusieurs centaines d'euros, voire dépasser, dans certains cas, les 1 000 € par mois.

[283] En outre, le maintien à domicile peut s'accompagner, plus ou moins régulièrement, de périodes d'hospitalisation ou de séjours en services de soins de suite (de 30 à 45 jours au maximum, selon les départements visités) qui, avec des règles différentes de prise en charge financière, sont au total sensiblement moins onéreuses pour les familles.

2.4.2.2. Des sorties sans garantie d'une prise en charge satisfaisante pour la personne âgée

[284] Les cas de sorties d'EHPAD sont plus rares mais le problème existe : la mission a recueilli des témoignages sur des retours à domicile décidés par des familles pour des raisons financières et sans garantie d'une bonne prise en charge des personnes. La prolongation du séjour en établissement qui fait peser une menace sur l'héritage attendu est à l'origine de ces sorties abusives. Dans des cas caractérisés, des Départements ont dû saisir le procureur.

2.4.3. Pendant le séjour, les questions financières demeurent une préoccupation

[285] Dans la plupart des cas, les familles paraissent évoquer assez librement les questions d'argent avec les personnels des établissements. Elles sont naturellement attentives à limiter autant que faire se peut les dépenses mises à leur charge, qu'il s'agisse du « tarif hébergement » ou des autres dépenses venant en supplément. Mais le refus de dépenses peut devenir un manquement au respect dû à la personne âgée dépendante.

2.4.3.1. Des décisions visant à limiter le montant du « tarif hébergement »

[286] La seule modulation du « tarif hébergement » dans le secteur non lucratif et la plus importante dans le secteur commercial concerne le choix entre chambre individuelle et chambre double, voire triple dans certains établissements, notamment ceux qui sont rattachés à un centre hospitalier. Dès lors, des couples qui ne souhaitent plus vivre dans la même chambre peuvent y être maintenus pour des raisons financières et à la demande expresse des enfants qui acquittent le montant de l'hébergement ; à ces considérations financières, s'ajoute l'image que les enfants veulent conserver de leurs parents. Sur ce sujet, la mission a recueilli le témoignage d'un directeur d'établissement qui a été impuissant à faire entendre raison à des descendants alors même que des actes de violence conjugale avaient été observés. Pour éviter ce risque, le centre communal d'action sociale de la Ville de Paris a fait le choix d'un prix unique.

2.4.3.2. Des décisions visant à limiter le montant des autres dépenses

[287] Il arrive que des familles considèrent que le « tarif hébergement » est versé pour solde de tout compte et qu'il doit donc couvrir l'ensemble des besoins du résident. La nécessité des dépenses supplémentaires (les vêtements, les chaussures, le coiffeur, etc.) peut également être discutée. Des familles ne comprennent plus le sens de ces dépenses qui sont alors perçues comme des gaspillages « pour le temps qui lui reste à vivre » ou « à l'âge qu'il a ». Les responsables des établissements ont indiqué à la mission qu'ils devaient régulièrement utiliser les vêtements des résidents décédés lorsque les familles étaient défailtantes.

[288] Le personnel est conduit à trouver des explications pour ne pas blesser les personnes âgées et ne pas leur dire, par exemple, qu'une belle-fille n'accepte pas de payer le coiffeur ou qu'un enfant ne veut plus acheter une chemise de nuit à quelques semaines d'une mort prévisible.

[289] Les réticences des familles en ce qui concerne les dépenses liées aux lunettes, aux appareils auditifs ou dentaires paraissent très fréquentes. Les personnes âgées réclament peu et semblent se résigner à l'inconfort et à la perte d'autonomie.

2.4.3.3. Des mobilités géographiques aux seules fins de diminuer les dépenses

[290] En cours de séjour, lorsque la santé du résident, notamment mentale, se détériore, il arrive que la famille organise son transfert vers un établissement situé dans une région moins coûteuse. Ce type de mobilité strictement financière peut être observé en particulier depuis la région Ile-de-France et depuis certaines communes du littoral méditerranéen vers des départements du centre de la France. De tels transferts font perdre aux résidents leurs derniers repères et leurs attaches ; ils peuvent être une cause supplémentaire de dégradation de la santé et peser sur l'espérance de vie.

3. ELEMENTS DE REPOSE A DEUX QUESTIONS EN DEBAT

[291] Le présent chapitre vise à fournir quelques éléments de réponse à deux questions susceptibles à l'avenir de faire débat :

- quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires) ?
- le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ?

3.1. *Quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage ?*

[292] Cette question nécessite que l'on procède à une sorte de revue de l'ensemble des composantes, au demeurant très diverses, du coût mis à la charge des résidents et que l'on soumette chacune à un examen précis : en soi, le caractère éminemment composite du coût rend l'exercice complexe.

[293] En même temps, on sait déjà qu'il existe une sorte de consensus, au moins chez les gestionnaires des établissements, pour dénoncer l'impact de l'immobilier (acquisitions de terrains, coûts des constructions ou des rénovations et des équipements, frais financiers liés à ces opérations) qui pèserait d'un poids trop élevé : il est donc nécessaire qu'une attention particulière soit portée à cette question.

[294] Enfin, il importe d'examiner l'hypothèse de créer de nouveaux types d'EHPAD proposant des prestations moins coûteuses.

3.1.1. **Le caractère très composite des coûts mis à la charge des résidents fait que la question se pose de manière complexe**

3.1.1.1. Deux exemples illustrent la difficulté de la question

[295] Du fait même que la prise en charge n'est pas socialisée et que le paiement est imposé au résident, celui-ci est en droit d'émettre des préférences en faveur de prestations coûteuses ; c'est ce que l'on a indiqué précédemment en soulignant que le résident demeure un consommateur et qu'à ce titre, il lui est loisible de multiplier ses dépenses s'il le souhaite et s'il en a les moyens (voir *supra* § 1213). De son côté, le gestionnaire de l'établissement commercial conclut un contrat avec son client et, s'il y a accord éclairé, sincère et véritable entre les deux parties, rien ne devrait s'opposer à ce que le prix soit élevé. Sur le principe, ces deux raisonnements peuvent aisément être tenus mais, pour chacun des deux, un exemple permet de mesurer la difficulté de la question.

- [296] Le premier exemple tient compte de ce que la chambre de la personne âgée en EHPAD constitue encore un substitut du domicile et que le résident a toute latitude pour y bénéficier de prestations éventuellement onéreuses, pour autant que ceci n'ait pas de conséquences négatives sur la vie collective : ainsi, il peut être considéré comme un choix personnel de la personne âgée de faire venir deux à trois fois par semaine un coiffeur pratiquant un tarif particulièrement élevé ; pour cette personne, le coût total mis à sa charge, tel que précédemment défini (voir *supra* § 1132), sera accru d'autant, sans qu'il y ait lieu d'en tirer quelque conséquence que ce soit, dès lors que l'intéressé fait ce choix en connaissance de cause et en toute liberté.
- [297] Mais en même temps, le bon sens indique que tout ce qui relève de la prestation de coiffure ne peut pas être évalué à la même aune : sauf à mettre en péril la dignité des personnes, il existe une prestation de coiffure minimale et donc un coût incompressible, ce qui ne signifie pas pour autant que sa prise en charge doive être socialisée.
- [298] Actuellement, la coiffure n'est pas prise en charge³⁰, mais il est entendu que le montant mensuellement laissé à la libre disposition des bénéficiaires de l'aide sociale doit leur permettre de couvrir notamment ce type de frais.
- [299] On est donc en présence d'une prestation pour laquelle il existe, d'une part, un libre choix offert aux personnes disposant de ressources et, d'autre part, une possibilité pour les résidents les plus démunis d'accéder au minimum nécessaire.
- [300] Pour autant, la situation n'est pas toujours satisfaisante : il ressort en effet des entretiens conduits par la mission dans les établissements enquêtés que les personnes les plus en difficulté face à ce type de prestations sont celles qui ne bénéficient pas de l'aide sociale mais qui ont peu de ressources et dont l'entourage interdit souvent toute dépense jugée superflue. On retrouve ici les problèmes de maltraitance déjà évoqués (voir *supra* § 2432).
- [301] Le second exemple concerne les établissements du secteur commercial qui pourraient être tentés, au moins dans certaines agglomérations, de proposer des prix qui se situent au-dessus de ce qui serait économiquement nécessaire pour couvrir tous les frais et rémunérer les actionnaires, en tablant sur le fait qu'un prix particulièrement élevé peut être attractif pour une clientèle qui souhaite être certaine d'échapper à toute mixité sociale.
- [302] A certains égards, on pourrait estimer que ce calcul fait par les gestionnaires de l'établissement n'est pas en soi répréhensible puisque le « tarif hébergement » et le coût des prestations assimilées ne bénéficient pas d'une prise en charge socialisée mais sont laissés à la libre discussion des parties au contrat de séjour ; et, pour ce qui est du consommateur, son attitude n'est sans doute pas conforme à une certaine conception de la morale mais, dès lors qu'il en assume personnellement les conséquences financières, il paraît difficile de le contraindre à finir ses jours dans une mixité sociale dont il a été éloigné depuis sa sortie de l'école ou du service militaire et qu'il ne souhaite pas retrouver.
- [303] Toutefois, la question n'est pas si simple puisque, dès lors qu'un établissement de ce type aurait le statut d'EHPAD, il serait en partie financé par l'assurance maladie et par le Département, institutions qui n'ont pas vocation à soutenir le fonctionnement d'un établissement qui miserait ouvertement sur la non-mixité sociale.

³⁰ La coiffure est non prise en charge mais incluse dans le « tarif hébergement » dans les EHPAD du centre communal d'action sociale de la Ville de Paris et, parmi les établissements enquêtés, à l'EHPAD de la Fondation Rothschild.

3.1.1.2. Le coût du séjour en EHPAD inclut de nombreux éléments dont il n'y a pas lieu d'envisager la socialisation de la prise en charge

[304] L'un des moyens de réduire les coûts aujourd'hui imposés aux résidents serait de socialiser la prise en charge d'un plus grand nombre de prestations. Mais il apparaît d'emblée que la socialisation n'est pas envisageable pour l'ensemble des dépenses aujourd'hui laissées à la charge des résidents ou de leurs familles : pour nombre d'entre elles (restauration, blanchissage, coiffure, etc.), ce serait en effet contraire à l'équité : pourquoi rendre gratuit pour les résidents des EHPAD ce qui est payant pour toutes les autres personnes, y compris celles qui sont hospitalisées et soumises au paiement du forfait journalier ?

[305] Plus précisément, à l'issue de l'inventaire qui a été précédemment fait de l'ensemble des dépenses laissées à la charge des personnes âgées en sus du « tarif hébergement » et du « talon APA » (voir supra § 1134), il a été proposé de les classer en trois catégories : des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer, des prestations qui apportent des éléments de confort et, enfin, des consommations qui n'ont rien d'indispensable mais qui relèvent du libre choix de la personne et qui sont étroitement liées à son pouvoir d'achat.

[306] Or, à l'examen, on constate qu'il n'y a lieu d'envisager une socialisation pour aucune de ces trois catégories, et ce pour des raisons différentes : pour la catégorie des biens de première nécessité parce que, comme on vient de l'indiquer, la non-socialisation est un principe général qui s'applique à tous (sauf mise en jeu, dans des conditions très particulières, de l'aide sociale) et, pour les deux autres catégories, parce qu'elles incluent des prestations non indispensables qui ressortissent souvent du confort et qu'une socialisation créerait inutilement un effet d'aubaine.

[307] Il s'ensuit que, pour ces dépenses, la question n'est pas celle de la socialisation mais bien, plutôt, celle de l'incorporation obligatoire ou non dans le « tarif hébergement ». Comme on l'a indiqué (voir supra § 1134), les pratiques sont aujourd'hui très diverses d'un établissement à l'autre et le consommateur pourrait être aidé dans son choix entre plusieurs EHPAD si le panier des biens et services inclus dans le « tarif hébergement » était le même pour tous.

3.1.1.3. En revanche, pour certaines dépenses mises à la charge du résident, la question peut se poser d'une imputation sur une autre section tarifaire : « soins » et/ou « dépendance »

[308] L'évolution de la population des EHPAD, de plus en plus détériorée physiquement et psychologiquement, fait que le contenu des trois sections tarifaires pourrait être revisité et que des mouvements pourraient être organisés de l'une à l'autre, permettant de réduire le « tarif hébergement ».

[309] Les principaux éléments du débat portent sur :

- d'une part divers transferts relatifs aux charges en personnel : actuellement, 30 % des dépenses relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques relèvent de la section « dépendance » et l'on pourrait les transférer vers la section « soins » ; cette diminution de la charge de la section « dépendance » pourrait être compensée par la suppression pour le résident du « talon APA » (sauf à considérer qu'une telle mesure déséquilibrerait l'ensemble du « système APA » qui concerne tant le domicile que les établissements). Par ailleurs, il a été également proposé de transférer, depuis la section « hébergement », les dépenses liées aux animateurs vers la section « dépendance » et les dépenses liées aux psychologues vers la section « soins » ;
- d'autre part l'imputation sur les trois sections de dépenses qui ne pèsent aujourd'hui que sur le « tarif hébergement » et donc sur le résident : sont visées les dépenses d'administration générale et de direction et l'ensemble des dépenses liées aux conséquences des opérations immobilières (amortissements et frais financiers).

3.1.2. Il existe plusieurs hypothèses d'allègement des coûts mis à la charge des résidents

3.1.2.1. Les mutualisations

[310] De manière générale, le développement des mutualisations est encouragé dans le social et le médico-social et on sait, d'expérience, quels sont les domaines où il est le plus aisé et le plus fréquent de les réussir ; or, au regard des règles de la tarification ternaire applicables aux EHPAD et USLD, sont précisément couvertes par ces domaines les activités qui sont imputées au « tarif hébergement » et donc mises à la charge des résidents : on vise particulièrement ici les fonctions de direction ou les fonctions techniques lorsqu'elles ne sont pas déjà externalisées (cuisine, blanchisserie, etc.).

[311] Par ailleurs, le « tarif hébergement » inclut les rémunérations de personnels dont il est rare d'avoir besoin à temps plein dans un EHPAD de taille moyenne, comme le psychologue ou l'animateur, par exemple ; dans ces cas, la mutualisation de la fonction entre plusieurs établissements voisins permet qu'elle soit assurée et que le salarié concerné soit fidélisé. Il n'y a pas baisse directe du coût pour le résident mais la présence de tels personnels concourt souvent à la qualité des prestations qui lui sont offertes.

[312] Dans un même ordre d'idées, pour ce qui concerne la qualité des soins, on a déjà eu l'occasion de souligner l'opportunité d'encourager des mutualisations qui permettent de créer une pharmacie à usage intérieur ou d'accéder à une telle pharmacie (voir *supra* § 1131).

3.1.2.2. La création d'un nouveau type d'EHPAD proposant des prestations moins coûteuses

[313] Face à l'importance des coûts mis à la charge des personnes, à l'existence de zones géographiques durablement marquées par la pauvreté et aux conséquences attendues de la crise économique qui, avec le chômage, devrait réduire la capacité des enfants à aider financièrement les parents âgés, la question s'est trouvée posée de la création de structures moins coûteuses proposant des prestations simplifiées.

[314] A cet égard, trois pistes sont envisageables, sans ouvrir de vraies perspectives à court terme :

- la standardisation de la construction des bâtiments : comme pour la construction des hôtels, il est moins coûteux de reproduire une cellule standardisée incluant une chambre et un espace pour la toilette que de créer de toutes pièces un projet architectural adapté à chaque environnement ;
- la réduction de la dimension des surfaces des chambres et l'abaissement du niveau des normes ; ceci supposerait une étude précise qui permette au décideur de faire le partage entre ce qui peut générer des économies qui rendront les EHPAD accessibles à un plus grand nombre de personnes âgées et ce qui serait susceptible de remettre en cause la sécurité et la qualité de vie des résidents auxquelles, légitimement, la population est globalement de plus en plus attachée ;
- la diminution du nombre des agents non affectés au lit du résident (personnel de direction et d'accueil, personnel technique) : ici également, le partage serait nécessaire entre les mesures productives d'économies sans baisse de la qualité (comme par exemple certaines mutualisations précédemment évoquées) et les réductions d'effectifs qui imposeraient une diminution du niveau des prestations.

3.1.2.3. Un accroissement de la « socialisation » des coûts de l'immobilier

[315] Compte tenu du poids, dans le « forfait hébergement » tel qu'il est actuellement conçu, des dépenses liées à l'immobilier, l'un des moyens d'une diminution mécanique des coûts mis à la charge du résident pourrait résider dans une croissance de la « socialisation » qui pourrait s'exprimer à la fois par la mise à disposition gratuite du terrain en cas de construction d'un EHPAD et par la généralisation de subventions à la construction ou à la rénovation.

3.2. *Le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ?*

[316] Bien que la détermination du montant des prestations mises à la charge des résidents résulte de processus considérablement plus complexes que le fonctionnement d'un pur marché où le prix résulterait d'un équilibre simple entre une demande et une offre, la manière dont celles-ci vont potentiellement évoluer au cours des prochaines années ne peut être sans incidence.

3.2.1. **La demande est susceptible d'enregistrer des évolutions qui, *a priori*, ne devraient pas aller dans le sens d'un abaissement des coûts**

3.2.1.1. Il est difficile de déterminer comment peut évoluer la demande

[317] Sur trois points majeurs, il est difficile de déterminer comment peut évoluer la demande :

- de nouveaux progrès dans la prise en charge au domicile peuvent-ils modifier quantitativement la demande ?
- l'importance du nombre des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées peut-t-elle modifier qualitativement la demande ?
- la relative stabilité de la durée des séjours qu'on observe aujourd'hui va-t-elle se maintenir ?

[318] La demande de séjours en EHPAD est évidemment liée au fonctionnement du maintien à domicile. Compte tenu du très fort désir des personnes âgées de retarder autant que faire se peut l'admission en EHPAD, on pourrait s'attendre à ce que le maintien à domicile progresse encore et que, corrélativement, la demande d'entrée en institution stagne, voire baisse. Mais, en sens inverse, il se peut qu'on arrive progressivement aux limites du maintien à domicile : limites techniques (au-delà d'un certain stade, ne devient-il pas dangereux pour la personne de la maintenir chez elle ?), économiques (le coût du maintien au domicile n'est-il pas, à un certain stade de détérioration physique et/ou psychique, supérieur à celui de l'EHPAD ?) et sociologique (les aidants naturels et notamment les enfants accepteront-ils encore et pourront-ils, puisqu'eux-mêmes vieillissent, d'effectuer des interventions lourdes auprès de leurs parents ?).

[319] Ces interrogations font qu'il est difficile de prévoir les évolutions quantitatives qu'enregistreront le maintien à domicile et, corrélativement, la demande d'admission en EHPAD.

[320] S'agissant de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées, elles ont contribué à modifier l'offre qui s'est adaptée, notamment avec la création d'unités spécialisées au sein des EHPAD. Mais il peut arriver que, progressivement, le mode de fonctionnement des EHPAD se trouve tout entier orienté vers ce type d'accueil, au point qu'il risque de devenir insupportable aux personnes dont l'état psychique est encore bon et pour qui l'admission en EHPAD est liée à la seule dépendance physique.

- [321] Il est donc difficile de savoir si, qualitativement, les familles continueront à accepter les établissements « mixtes » qui accueillent à la fois des personnes psychiquement atteintes et d'autres qui ne le sont pas ou bien s'il n'y aura pas une pression en faveur d'établissements distincts, certains se spécialisant dans l'accueil de personnes atteintes physiquement et d'autres dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Or cette question n'est pas sans intérêt dans une optique de coût, tant en investissement qu'en fonctionnement.
- [322] Enfin, la dernière incertitude porte sur la durée des séjours : les informations recueillies par la mission dans les établissements enquêtés la conduisent à estimer que la durée moyenne des séjours, avec toutes les approximations touchant à son mode de calcul (voir *supra* § 123), est à la fois sensiblement supérieure aux 18 mois souvent annoncés et, depuis quelques années, relativement stable.
- [323] Pour reprendre ici, comme on l'a fait précédemment, les statistiques tenues par le groupe Korian, la durée des séjours terminés y est demeurée constante, à 860 jours, entre janvier 2007 et avril 2009, et, pour la même période, la durée des séjours des personnes encore hébergées s'est légèrement accrue, passant de 1 060 à 1 120 jours.
- [324] On peut donc considérer que l'on assiste actuellement à une phase de stabilisation de la durée des séjours, sans savoir ni si elle va se prolonger ni, en cas d'évolution, si celle-ci serait positive du fait d'un allongement de la vie en institution, ou négative, avec des entrées encore plus retardées qu'aujourd'hui.

3.2.1.2. La clientèle se fait de plus en plus exigeante

- [325] Parmi les invariants qui caractérisent la population des établissements, figurent les modalités de l'admission qui, sauf exception, s'effectue en urgence, au dernier moment, faute d'une autre solution et dans des conditions le plus souvent très pénibles.
- [326] Pour le reste, la clientèle est susceptible de modifier sa demande. Naguère en effet, c'étaient les conditions de vie qui produisaient un effet « repoussoir » : locaux vétustes, chambres à plusieurs lits. Aujourd'hui, les caractéristiques physiques du plus grand nombre des EHPAD sont acceptables, même si la mission considère que des progrès sont encore nécessaires dans plusieurs établissements où elle s'est rendue. Quoi qu'il en soit, la revendication évolue et privilégie de plus en plus la qualité de la prise en charge et la compétence des personnels.
- [327] Il se peut que la demande porte désormais prioritairement sur des structures sécurisantes dans lesquelles le soin, c'est-à-dire aussi bien le « *care* » que le « *cure* », soit assuré de manière à la fois plus technique et plus respectueuse et où, en même temps, le parti architectural marque moins la rupture avec le domicile : unités de plus petite taille, plus proches de 40 que de 100 lits, implantées au cœur des bourgs ou des villes plutôt qu'en périphérie, distinguant les personnes selon qu'elles sont atteintes physiquement ou psychiquement.
- [328] Il est également possible d'envisager que la clientèle, à la fois les résidents eux-mêmes et les familles, se fasse moins passive qu'autrefois et, éventuellement relayée par les médias, se situe dans la revendication, exigeant une individualisation plus grande de la prise en charge pour un niveau de qualité supérieur à ce qu'offrent en général les EHPAD d'aujourd'hui.
- [329] Conjuguées, ces diverses évolutions de la demande pourraient avoir un effet sur les coûts qui ne va pas dans le sens de leur abaissement ; mais elles pourraient aussi rendre plus prégnante la nécessité de revoir la répartition entre socialisation et mise à la charge des individus.

3.2.2. Les évolutions que doit enregistrer l'offre pourraient susciter, au moins localement, d'importantes hausses des coûts

3.2.2.1. L'offre publique est encore quantitativement la plus importante mais il lui faut profondément évoluer, au prix d'opérations coûteuses

[330] Statistiquement, l'offre publique est actuellement majoritaire avec 48 % du nombre total des lits contre 30 % pour le secteur privé à but non lucratif et 22 % pour le secteur commercial³¹. Or, de manière générale, l'offre publique est constituée d'établissements plus anciens et, même si l'on ne peut généraliser à partir des seuls départements enquêtés, son parc paraît inégalement entretenu et devoir être sérieusement modernisé, particulièrement lorsque les EHPAD ne sont pas autonomes mais rattachés à un établissement de santé. A l'inverse, les constructions les plus récentes sont souvent le fait du secteur commercial qui, pour sa part, détient moins du quart du parc.

[331] Or, comme on l'a indiqué, les tarifs élevés enregistrés dans les EHPAD commerciaux sont certes liés au mode de formation des coûts dans ces établissements et aux caractéristiques de leur statut, mais également aux amortissements et frais financiers liés à l'immobilier.

[332] Mécaniquement, si le secteur public se porte à la hauteur du secteur commercial sur le terrain de la qualité des locaux, on ne peut que prévoir une forte hausse des tarifs partout où il faut moderniser ou reconstruire, sauf à envisager des aides massives à l'investissement qui seraient accordées par les collectivités publiques : Etat, CNSA ou Conseils généraux ; or, s'agissant de ces derniers, la mission a enregistré une volonté nette de contenir les dépenses en réduisant le niveau des aides.

3.2.2.2. La politique publique vise à accroître le parc et à réduire les inégalités géographiques

[333] La mise en œuvre du « plan solidarité grand âge » et du « plan Alzheimer » se traduit par la poursuite du mouvement de création de places supplémentaires et, pour leur part, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visent une réduction des inégalités géographiques qui suppose qu'interviennent des ouvertures de places nouvelles dans certains départements.

[334] Or, si les conséquences de ces accroissements de la capacité du parc sont évidemment perçues et calculées par l'assurance maladie, par la CNSA et par les Conseils généraux concernés, force est de constater qu'en l'état actuel de la tarification ternaire, le poids financier d'un établissement neuf pèse plus sur le « tarif hébergement » que sur les tarifs « soins » et « dépendance », comme on l'a déjà montré (voir supra § 2312).

[335] Au total, du côté de l'offre, aucune évolution ne va dans le sens d'une nette baisse des coûts.

³¹ DREES, enquête EHPA 2007 précitée.

3.2.3. Les conditions de la rencontre de l'offre et de la demande sont en train de se modifier avec des difficultés de remplissage de certains types d'établissements et, surtout, des signes d'inadéquation de l'offre

3.2.3.1. Des difficultés de remplissage de certains types d'établissements

- [336] Certes, les informations recueillies par la mission ne portent que sur un faible nombre de départements et d'établissements et il est donc délicat de proposer une généralisation à partir des constats qu'elle a faits. Toutefois certains d'entre eux rejoignent les observations d'interlocuteurs nationaux et il a donc paru utile de les verser au débat.
- [337] Au dire de gestionnaires d'établissements mais également de responsables des services des Conseils généraux, les listes d'attente seraient souvent très limitées si l'on enlève les doubles comptes et les inscriptions qui sont faites « pour prendre rang » mais qui ne seraient pas forcément suivies d'effet si une place était proposée.
- [338] En même temps, dans certains établissements, notamment commerciaux, qui proposent des prestations « haut de gamme » mais à prix élevés, il existe des places vides, y compris en Ile-de-France ; et, dans les établissements neufs qui viennent d'ouvrir, la montée en charge de l'occupation se fait beaucoup plus lentement qu'auparavant : la croissance du nombre des résidents est lente et, à un certain moment, l'occupation des chambres se stabilise sans que l'établissement soit plein ; ceci se produit parfois à hauteur de seulement 70 à 80 % de la capacité totale.
- [339] Corrélativement, dans de nombreux établissements, on enregistre des délais entre le moment où une place est disponible et l'arrivée d'un nouveau résident ; et il ne s'agit pas seulement des délais techniques nécessaires à la réfection de la chambre.
- [340] Apparemment, ces éléments devraient aller dans le sens d'une stabilisation, voire d'une baisse des coûts, au moins dans les zones où le phénomène est le plus marqué.

3.2.3.2. Des signes d'une inadéquation de l'offre

- [341] En fait, plus encore que la saturation du parc, qui semble circonscrite à certaines zones, apparaît le risque d'une inadéquation de l'offre qui, ces toutes dernières années, s'est portée, de manière générale mais surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée. Comme on l'a indiqué, sous la pression de l'urgence et du désarroi, des admissions peuvent être faites dans ces établissements mais peuvent être suivies de transferts motivés par des raisons financières et potentiellement lourds de conséquences pour les personnes âgées qui en sont victimes.

Conclusion

- [342] Comme l'indique son titre, le présent rapport constitue un état des lieux. Il est parti du double constat que de nombreuses analyses et propositions avaient d'ores et déjà été formulées en vue de la préparation de l'éventuelle création d'un 5ème risque et, en même temps, que les données disponibles demeuraient incertaines quant aux montants exacts des coûts mis à la charge des résidents ou de leurs obligés alimentaires, quant aux moyens mis en œuvre pour y faire face lorsque la retraite ne suffit pas, quant aux sollicitations respectives des revenus et des patrimoines des personnes concernées ou de leurs aidants financiers.
- [343] La mission a donc tenté de faire avancer la connaissance sur ces derniers points en se fondant notamment sur des monographies départementales. Retraçant un état des lieux, le présent rapport est destiné à faire en sorte que des débats futurs s'appuient sur des réalités mieux cernées mais il ne vise pas à trancher à l'avance ces débats.
- [344] En définitive, la mission a montré que le coût mensuel mis à la charge des personnes devrait intégrer diverses dépenses qui ne le sont pas habituellement et se situe en conséquence au-dessus des montants moyens couramment annoncés. Elle a identifié que la durée des séjours était elle aussi généralement sensiblement supérieure aux 18 mois dont il est fait état dans quelques publications. Elle a enfin relevé les difficultés d'avoir une idée précise et statistiquement renseignée des voies empruntées par les familles pour faire face aux dépenses.

Christine BRANCHU

Joëlle VOISIN

Jérôme GUEDJ

Didier LACAZE

Stéphane PAUL

Liste des personnes rencontrées

Nb : La liste des personnes rencontrées dans les départements et établissements enquêtés figure dans les rapports de site effectués suite aux déplacements en Creuse, en Gironde, dans le Haut-Rhin et à Paris.

Cabinet du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

M. François JEGER, conseiller technique

Cabinet de la secrétaire d'Etat à la solidarité

M. Jean-Paul LE DIVENAH, directeur du cabinet

M. Marc BOURQUIN, conseiller technique

Direction générale de l'action sociale

Mme Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées

Mme Frédérique CHADEL, bureau des personnes âgées

M. Gilles de la GORCE, adjoint au sous-directeur, sous-direction des âges de la vie

Mme Florence LIANOS, sous-directeur, sous-direction des âges de la vie

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mme Anne-Marie BROCCAS, directrice

Direction de la sécurité sociale

M. Jérôme SEQUIER, chef du bureau du financement des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

M. Laurent CAUSSAT

M. Jérôme CLERC

M. Damien VICCINI

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Mme Marie-Thérèse COMOLET, bureau E 1 (santé)

Mission de pilotage du plan Alzheimer

M. le Dr. Benoît LAVALLART, chargé de mission

Mme Sandrine LEMERY, chargée de mission

Mme Pascale ROCHER, chargée de mission

Ministère de la Justice - Direction des affaires civiles et du sceau

Mme Pascale PERARD, magistrate, bureau du droit des personnes et de la famille

Médiateur de la République

Mme Martine NORMAND

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

M. Laurent GRATIEUX, directeur général adjoint

M. Hervé DROAL, directeur délégué, direction des établissements et services médico-sociaux

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines

M. Luc PARAYRE, directeur

Mme Anne BLANCHET

Mme Aurore COLLET, inspectrice principale, chef du service handicap-dépendance

Mme le Dr. Marie-Paule CUENOT, médecin inspecteur

Mme Patricia FLORVILLE

Mme Annick GELLIOT, directrice adjointe chargée du pôle santé

M. Frédéric GUENARD, inspecteur

M. le Dr. Sylvain LERASLE, médecin inspecteur

Mme Anne-Laure SIMPLICE

Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)

Mme DUJAY-BLARET, vice-présidente

Mme Chantal BELLOT, secrétaire générale

Mme Christiane JOURNEAU

Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

M. Pascal CHAMPVERT, président

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des Conseils Généraux (ANDASS)

M. Pascal GOULFIER, président

M. Patrice RAUD

Observatoire national de l'action sociale décentralisée

M. Jean-Louis SANCHEZ, délégué général

Mme Marie MALLET, chargée d'études

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

M. David CAUSSE, coordonateur du pôle santé-social, directeur du secteur sanitaire

Mme Martine DARNAULT, directrice du secteur social et médico-social

Mme Bénédicte ROCH-DURAND, conseiller santé, social, personnes âgées

Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

M. Didier SAPY, directeur

Groupe KORIAN

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, présidente

M. François MERCEREAU

Groupe ORPEA

M. le Dr. Jean-Claude MARIAN, président

Fondation des Caisses d'épargne pour la solidarité

Mme Maryvonne LYASID, adjointe au Directeur Général, directrice du pôle autonomie

Fédération nationale des associations de personnes âgées et leurs familles (FNAPAEF)

Mme Joëlle LE GALL, présidente

M. Marc REYBAUD, vice-président

Personnes qualifiées

M. Luc BROUSSY, directeur du Mensuel des maisons de retraite

Mme Elizabeth FULLER, directrice de la maison de retraite Saint-Joseph à Louveciennes (78)

Sigles utilisés

ALS	allocation de logement à caractère social
APA	allocation personnalisée d'autonomie
APL	aide personnalisée au logement
ASH	aide sociale à l'hébergement
CASF	code de l'action sociale et des familles
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FCP	fonds commun de placements
GIR	groupe iso-ressources
HQE	haute qualité environnementale
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
LMNP	loueur en meublé non professionnel
ODAS	observatoire national de l'action sociale décentralisée
PIB	produit intérieur brut
PRIAC	programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RDAS	règlement départemental de l'aide sociale
USLD	unité de soins de longue durée

Liste des tableaux – Liste des encadrés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Montant du « tarif hébergement » dans les établissements enquêtés

Tableau n° 2 : Montant du « talon APA » dans les établissements enquêtés

Tableau n° 3 : Présentation de deux « budgets » mensuels relatifs aux coûts mis à la charge des résidents et non inclus dans le « tarif hébergement » ni dans le « talon APA » (en €)

Tableau n° 4 : Montants du « tarif hébergement » et du « talon APA » relevés dans les quatre établissements les moins chers parmi les 20 enquêtés

Tableau n° 5 : Montants du « tarif hébergement » et du « talon APA » relevés dans les quatre établissements les plus chers parmi les 20 enquêtés

Tableau n° 6 : Les aides personnelles au logement accordées aux personnes âgées en établissement

LISTE DES ENCADRES

Encadré n° 1 : Extraits du code civil – articles relatifs à l'obligation alimentaire

Encadré n° 2 : « L'obligation alimentaire envers les ascendants » – Les documents de travail du Sénat – Série « législation comparée – n° LC 189 – octobre 2008

Encadré n° 3 : Extraits de l'article de Luc ARRONDEL, André MASSON et Daniel VERGER, « Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives », Economie et statistique, n° 417-418, juin 2009, pp. 3-25.

Encadré n° 4 : Extraits de l'article d'Amandine BRUN-SCHAMME et Michel DUEE, « L'épargne financière en prévision de la retraite : comportements de détention et montants investis », Economie et statistique, n° 417-418, juin 2009, pp. 93-118.



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-094P "ANNEXES"

Etat des lieux relatif aux coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

ANNEXES
TOME II

Établi par

Christine BRANCHU

Joëlle VOISIN

Jérôme GUEDJ

Didier LACAZE

Stéphane PAUL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Août 2009 -

Sommaire

ANNEXE N° 1 : DEUX TEMOIGNAGES RECUEILLIS PAR LA MISSION.....	5
1. COPIE D'UN TEMOIGNAGE ECRIT, REMIS A L'IGAS ET ANONYMISE	5
2. TEMOIGNAGE REMIS A LA MISSION PAR UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE DE CATEGORIE C	8
ANNEXE N° 2 : INFORMATIONS RECUEILLIES EN CREUSE	9
1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT ET DE SA POPULATION.....	9
1.1. <i>Données démographiques.....</i>	<i>9</i>
1.2. <i>Données socio-économiques.....</i>	<i>9</i>
1.3. <i>Les orientations du schéma gérontologique.....</i>	<i>10</i>
1.4. <i>La capacité d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées.....</i>	<i>10</i>
2. DONNEES RECUEILLIES SUR LES COUTS MIS A LA CHARGE DES RESIDENTS DES EHPAD.....	11
2.1. <i>Les coûts journaliers.....</i>	<i>11</i>
2.1.1. Le département de la Creuse.....	11
2.1.2. Les établissements visités par la mission.....	13
2.2. <i>Les coûts mis à la charge des résidents sur la durée du séjour.....</i>	<i>15</i>
2.3. <i>Le paiement des coûts mis à la charge des résidents.....</i>	<i>15</i>
ANNEXE N° 3 : INFORMATIONS RECUEILLIES EN GIRONDE	29
1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE LA GIRONDE.....	29
1.1. <i>Données générales sur la démographie et l'économie.....</i>	<i>29</i>
1.2. <i>La prise en charge des personnes âgées.....</i>	<i>30</i>
1.2.1. Le schéma gérontologique.....	30
1.2.2. Les établissements accueillant des personnes âgées.....	30
1.2.3. L'évolution de l'offre d'accueil.....	31
1.2.4. Un travail entre DDASS et Conseil Général	31
1.3. <i>Les tarifs des EHPAD et la prise en charge au titre de l'aide sociale</i>	<i>31</i>
2. LES DONNEES RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS VISITES	34
2.1. <i>Les caractéristiques des établissements visités.....</i>	<i>34</i>
2.1.1. Les établissements associatifs	34
2.1.2. Les établissements commerciaux	36
2.1.3. Les établissements publics	37
2.2. <i>Le coût à la charge des résidents.....</i>	<i>40</i>
2.3. <i>Le paiement du coût à la charge des résidents.....</i>	<i>40</i>
3. LA DUREE DES SEJOURS.....	41
ANNEXE N° 4 : INFORMATIONS RECUEILLIES A PARIS	47
1. ELEMENTS DE PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE PARIS ET DE SA POPULATION.....	47
1.1. <i>Données économiques et démographiques</i>	<i>47</i>

1.1.1. L'offre de places	47
1.1.2. La demande	49
2. DONNEES RECUEILLIES SUR LES COUTS MIS A LA CHARGE DES RESIDENTS	50
2.1. <i>Les coûts mensuels</i>	50
2.1.1. Données concernant les établissements de Paris	50
2.1.2. Données recueillies dans les établissements visités par la mission	52
2.2. <i>Le paiement du coût à la charge des résidents</i>	56
2.2.1. Dans le département de Paris.....	56
2.2.2. Dans les établissements visités	57
3. LA DUREE DES SEJOURS	58
3.1. <i>En général</i>	58
3.2. <i>Dans les établissements visités</i>	59
3.3. <i>Estimation du coût total minimum (TH et talon)</i>	59
ANNEXE N° 5 : INFORMATIONS RECUEILLIES DANS LE HAUT-RHIN.....	61
1. INFORMATIONS RELATIVES A L'ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN	61
1.1. <i>Données relatives à la population, au parc des établissements pour personnes âgées et aux tarifs pratiqués</i>	61
1.2. <i>Analyse de 11 dossiers examinés en CROSMS et relatifs à des établissements du Haut-Rhin</i>	64
2. INFORMATIONS RECUEILLIES DANS LES ETABLISSEMENTS ENQUETES.....	66
2.1. <i>La maison de retraite « Jean Monnet » à Village-Neuf</i>	66
2.2. <i>La résidence « Le Doyenné de la Filature » à Mulhouse (groupe « Médica »)</i>	67
2.3. <i>La maison de retraite de l'Arc à Mulhouse</i>	68
2.4. <i>L'EHPAD et l'USLD du centre hospitalier de Cernay</i>	70

Annexe n° 1 : Deux témoignages recueillis par la mission

1. COPIE D'UN TEMOIGNAGE ECRIT, REMIS A L'IGAS ET ANONYMISE

- [1] « Ma mère est actuellement en maison de retraite, depuis que le maintien à son domicile est devenu non pas infaisable mais trop onéreux. Il fallait une garde 24h/24 et cela représentait une dépense largement supérieure à ce que représente l'hébergement en maison de retraite, pourtant très cher. (Pour info, l'hébergement de notre mère nous coûte plus de 4 500 euros par mois !).
- [2] Cette solution qui nous semblait bonne au départ s'est avérée une grave erreur très rapidement.
- [3] En effet, outre le cadre, très agréable, et la proximité de mon domicile, c'est tout ce qui reste de bien. En effet, cette maison subit un turn-over tout à fait rocambolesque de directeurs (5 en 3 ans), de médecins et infirmiers coordinateurs, de psy et autres personnels. Au début, c'était très bien, le personnel, les prestations étaient très convenables.
- [4] Cela n'a malheureusement pas duré et environ 3 mois après notre arrivée dans l'établissement celui-ci a été racheté par le groupe xxx et les défilés en tous genres ont commencé avec au passage une baisse notoire de la qualité tant au niveau des services que des produits (alimentation, matériel d'hygiène, etc.).
- [5] Lorsque l'on pénètre dans cet établissement, on est tout d'abord séduit par le cadre, très agréable, le jardin et ses grands arbres. C'est très plaisant. Le charme s'arrête là....
- [6] On constate très vite un nombre très important de résidents en fauteuil roulant. Ces personnes sont "parquées" dans le salon, devant la télévision ou face à un animateur qui hurle dans un micro sans pour autant "animer". Il y a une impression de grande tristesse et de solitudes individuelles assises les unes à côté des autres, avec un air résigné.
- [7] Le personnel se divise en deux catégories. Il y a celles (ce sont essentiellement des femmes) qui sont dynamiques, enjouées et aimables et qui prennent un peu de temps pour s'adresser aux résidents. Il y a les autres, bien plus nombreuses, qui font leur travail en automates, sans plaisir, sans la moindre satisfaction, avec une grande nonchalance, sans la moindre amabilité. On les voit pousser les fauteuils sans prévenir la personne qui se voit d'un seul coup propulsée sans comprendre. Les résidents sont parqués devant les ascenseurs ou sur les paliers. Ils sont littéralement "chosifiés" et c'est très pénalisant pour eux et pour les familles que cela culpabilise.
- [8] Ma mère est entrée semi-valide : elle se déplaçait avec un déambulateur. Très vite, plus personne n'a voulu l'attendre pour descendre au restaurant, cela prenait 10 minutes et très vite le personnel a trouvé plus "rentable" de la descendre et remonter en fauteuil roulant... Ma mère est devenue petit à petit incapable de marcher, malgré les séances de kiné quotidiennes (que la sécu paye pour 20 minutes et qui en réalité sont elles aussi expédiées en à peine 10 minutes...).

- [9] Ma mère est maintenant totalement dépendante, ne peut plus du tout marcher, ce qui fait que l'on doit avoir recours à un lève-malade pour l'habiller, la laver, la changer et la faire passer du lit au fauteuil. J'ai très souvent assisté à ces différentes opérations et j'ai eu à chaque fois le sentiment de ne pas voir ma mère se soulever dans l'espace, mais de voir une palette que l'on déplace et repose sur le quai. C'est fait sans empathie, sans confort, tout ce qui est fait est véritablement expédié faute de temps, faute de personnel suffisant, faute de savoir faire, faute d'écoute. C'est très lamentable et triste.
- [10] Les distractions sont tellement faites en troupeau et n'ont tellement pas d'intérêt que ma mère refuse de descendre et n'y participe plus.
- [11] Quant aux repas qui pourraient être un moment d'agrément, ce n'est pas vraiment le cas non plus. Toujours faute de temps, les résidents sont servis à toute vitesse, dans le désordre le plus complet. Il y a 4 résidents par table mais jamais on n'attend qu'une table soit constituée pour commencer à servir les résidents. Ce serait trop beau !
- [12] Les résidents sont âgés et ce sont des gens "bien élevés" qui avaient l'habitude d'attendre que la maîtresse de maison se serve pour commencer à manger. Or là, ils ont fini par se résigner...quand ma mère descend, il n'est pas rare que l'une des personnes ait déjà terminé, que l'autre en soit au fromage et la troisième au dessert. Là-dessus, pour les rattraper, ma mère dit qu'elle n'a pas faim ou alors elle saute un plat. J'ai beau soulever ce problème depuis 4 ans, cela n'a reçu aucune écoute.
- [13] C'est sans dire également que les résidents sont guettés par les employées qui doivent les remonter, les mettre en vêtements de nuit et les coucher. Donc, à peine la dernière bouchée dans la bouche, et même s'ils sont en train d'échanger, les résidents sont embarqués, quittent la table et vont stagner devant l'ascenseur pour être vite montés, parqués sur les paliers avant d'être dispatchés dans les chambres.
- [14] Ma mère qui était une personne distinguée, qui avait vécu avec mon père, entourée d'intellectuels, qui avait pour habitude de consacrer ses soirées à la lecture, à recevoir, à faire des dîners se voit maintenant en chemise de nuit et couchée avec des barrières de chaque côté de son lit à 19h30 !
- [15] Elle ne trouve ni intérêt ni goût à cette vie et aspire à mourir. Elle n'a de cesse que de nous le dire et de se lamenter d'être encore en vie dans de pareilles conditions...
- [16] Le personnel quitte l'établissement vers 20h30 mais étant en nombre tout à fait insuffisant, ils ont tout intérêt à expédier les résidents à pathologie lourde comme ma mère, le plus rapidement possible. Elle m'appelle vers 20h complètement essouffée me disant qu'on l'a encore blackboulée !
- [17] Bien entendu, mes sœurs et moi-même avons envisagé de la changer d'établissement mais, c'est pire ailleurs ! Il y a au moins un très grand avantage auquel elle tient particulièrement, c'est la vue qu'elle a de sa fenêtre. Et c'est vrai, elle a une très jolie vue, avec un petit balcon et une fenêtre qui s'ouvre. L'établissement n'étant sans doute plus aux normes, les résidents ont le plaisir d'avoir des vraies fenêtres et cela peut sembler un détail mais c'est tellement important d'avoir ce sentiment de liberté que d'ouvrir une fenêtre. Maintenant les normes européennes font qu'aucune fenêtre ne doit ouvrir sur plus de quelques centimètres.
- [18] Ces normes débiles édictées par quelque énarque sous ses lambris qui feraient bien d'être remplacées par des exigences de confort et de matériel concernant le handicap (rails au plafond, baignoires adaptées etc., etc... et la liste est longue).
- [19] On prolonge nos vies sans tenir compte des pathologies qui vont devenir de plus en plus lourdes, qui vont nécessiter d'avoir des chambres conçues autrement.

- [20] Nos générations ne voudront pas vivre dans 12 m², nous voudrions avoir Internet (les nouveaux établissements ne sont pas pourvus d'accès individuels), nous voudrions rester autonomes le plus longtemps possible.
- [21] Nous ne sommes surtout pas formatés à la résignation car nous n'avons pas vécu la guerre et ses privations, pas plus que la délation et les représailles, ce qui fut le lot de nos parents dans leur vie. Cela fait qu'ils sont capables d'accepter avec humilité et résignation ce que nous, nous n'accepterons pas. Et si les pouvoirs publics n'y pensent pas et ne modifient pas les équipements à venir, il est facile d'imaginer le taux de suicides que cela risque de générer.
- [22] Vous allez sans doute me trouver très pessimiste et peu constructive. Il y a tellement à faire dans ce domaine ! Et à moindre coût. Les idées, on peut y contribuer, nous, familles confrontées au quotidien et habilitées à dire ce qui, d'après nous, serait mieux ou pourrait être autrement.
- [23] Les personnels sont très peu formés, très peu payés, jamais valorisés, jamais soutenus moralement et psychiquement et leur souffrance face à la maladie, la vieillesse et la mort n'est nullement prise en compte. A l'heure des "cellules psychologiques" dont on nous rebat les oreilles, il n'y a, dans aucun établissement de ce genre, de séances de supervision avec un psychologue pour évoquer les problèmes des personnels. C'est très préjudiciable et regrettable.
- [24] Les établissements du type du nôtre sont exclusivement axés sur le profit et la rentabilité. On est bien loin des généreux sentiments et des trémolos dans la voix des responsables du groupe xxx que l'on voit s'exprimer sur la toile et sur leur site....trémolos à travers lesquels ils disent vouloir le bien-être, la conservation de l'autonomie, le confort, l'écoute etc., des résidents... Les propos sont bien loin de la réalité du terrain. Ils pourraient être taxés de "mensongers".
- [25] En cas d'absence de personnels, loin d'engager des intérimaires, on surcharge celles qui sont présentes. Comment, dès lors, "faire" (terme très distingué employé pour désigner les toilettes) 12 ou 19 résidents en deux heures de temps ? Il n'y a que deux aides soignants la nuit pour une centaine de résidents répartis sur 4 niveaux... J'ai vu des week-ends entiers sans personnel qualifié de garde, les deux seules responsables étant l'animatrice et la personne de l'accueil ! C'est tout à fait inacceptable et probablement hors norme.
- [26] Le taux d'insatisfaction est énorme tant du côté des personnels que des résidents. Et finalement tout le monde finit par se résigner : côté personnel : c'est mal fait, tant pis...et côté résidents : on ne s'occupe pas de nous, tant pis...
- [27] Dans la maison de retraite de ma mère, par définition, on y meurt. Eh bien, lorsque quelqu'un meurt, on ne le dit surtout pas. Balayé ! Il y a un tout petit registre des décès sur le comptoir, que personne n'ose consulter à défaut de passer pour un voyeuriste malsain. On ne prévient pas les voisins de chambre ou de table. Vous mourrez et vous disparaissiez totalement de la circulation, c'est fini, on n'en parle même pas. Motif : ce n'est pas commercial !
- [28] Car au début, sous la première direction, les décès étaient mentionnés sur un petit chevalet à l'accueil. Cela permettait aux familles qui le souhaitaient de se manifester, d'assister éventuellement aux obsèques, de se cotiser pour un bouquet.
- [29] C'est fini, la personne même si elle a vécu là pendant plusieurs années n'est pas digne de cet ultime hommage, de ce dernier moment de respect. On ne dit à personne qu'elle est morte ! Il vaut mieux ne pas encombrer. Il n'y a d'ailleurs pas de chambre mortuaire. Le défunt est très vite dirigé sur un funérarium. La chambre est vite nettoyée et remplie par un nouveau résident... Commerce et profit obligent ! »...

2. TEMOIGNAGE REMIS A LA MISSION PAR UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE DE CATEGORIE C

- [30] «Le coût de l'hébergement des personnes âgées dépendantes en EHPAD ou long séjour représente une charge financière de plus en plus importante, difficile à assumer pour les résidents et leurs familles.
- [31] A titre d'exemple, le cas d'une personne aujourd'hui âgée de 85 ans (veuve depuis quatre ans et demi), très alerte par le passé et dont l'état de santé s'est considérablement détérioré depuis cinq ans, ce qui a nécessité son admission en long séjour (elle ne marche plus, a souvent besoin d'une assistance respiratoire et de soins constants,...).
- [32] Le « reste à charge » en long séjour se décompose comme suit : 1 515,90 € par mois de 30 jours de frais de séjour (APA de 611,90 € déduite).
- [33] Avec 816,38 € par mois de retraite et de réversion et 96,09 € par mois d'allocation logement, il reste 603,43 € par mois de 30 jours à la charge de la personne, soit annuellement (base année 2009) : 651,96 x 7 mois de 31 jours, soit 4 563,72 €, 502,43 x 1 mois de 28 jours, soit 502,43 €, 603,43 x 4 mois de 30 jours, 2 413,72 €, un coût global non couvert de 7 479,81 € auquel s'ajoutent mutuelle complémentaire et responsabilité civile pour 1 065,78 € soit un total de 8 545,59 €. Cela donne une moyenne mensuelle de 712,13 €, non compris l'habillement, l'abonnement à une ou plusieurs revues et des frais divers.
- [34] Cette personne ayant épuisé toutes ses économies en fin d'année, c'est son fils unique qui va assumer cette charge financière importante. Il gagne 1 504,11 € par mois (il travaille à 80 % depuis le 1^{er} décembre 2001, à l'époque pour s'occuper de ses parents qui étaient à leur domicile). Il lui restera moins de 800 € de ressources mensuelles et c'est son épouse, cadre A de la fonction publique, qui va l'aider à payer les frais d'hébergement de sa mère.
- [35] Il va continuer à travailler jusqu'à 63 ans et devrait percevoir alors une retraite de 1 481,36 €. Il disposera en retraite pour vivre d'une somme comparable, sous réserve que le prix de journée de l'établissement n'augmente pas, ce qui est impossible compte tenu des travaux prévus dans l'établissement.
- [36] Or, le prix de journée a déjà progressé de 10,88 € par jour entre 2004 et 2009 soit 27,44 % et, pendant cette période, la retraite de sa mère a progressé de 42,81 € par mois soit 5,59 %. Sur 4 ans, la progression mensuelle du « reste à charge » s'élève à 283,59 €.
- [37] Cette personne âgée était conjointe d'exploitant agricole. Son fils souhaite conserver la maison familiale ainsi que les bâtiments d'exploitation ; il en est propriétaire depuis 15 ans et en assure l'entretien, sa mère en conservant la jouissance. Il ne souhaite pas la vendre et sa mère qui a retrouvé sa lucidité le vivrait très mal ».

Annexe n° 2 : Informations recueillies en Creuse

1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT ET DE SA POPULATION.

[38] Le département de la Creuse présente à la fois un potentiel fiscal bas et une forte proportion de personnes âgées. Par cette double caractéristique, il est apparu d'un intérêt particulier dans l'étude des coûts supportés par les personnes âgées dépendantes accueillies en établissement.

1.1. Données démographiques.

[39] Quelques chiffres permettent d'illustrer le vieillissement d'un département à dominante rurale qui compte quelque 124.500 habitants pour une densité de 22 habitants au km².

[40] La Creuse est le département le plus âgé de France, avec un indice de vieillissement¹ qui atteint quasiment le double de la moyenne nationale : 144,3 contre 65,9 à l'échelle nationale au 1er janvier 2005.

[41] La moitié des personnes âgées vivent en zone rurale. Il s'agit donc dans l'ensemble d'une population âgée nombreuse, très éparpillée, souvent isolée.

[42] Les plus de 60 ans représentent 30 % de la population (contre 25,5 % en France et 29,4 % en Limousin) et dans 90 % des cantons plus du tiers de la population est âgé de 60 ans ou plus. Les plus de 75 ans représentent 14,5% environ de la population².

[43] La tranche d'âge de 85 ans et plus, la plus concernée par l'hébergement en établissement, est elle-même appelée à augmenter de façon substantielle : le niveau 2010 sera supérieur à celui de 2000 (après une baisse entre 2000 et 2005 consécutive à la guerre 1914-1918) et l'augmentation sera encore plus manifeste entre 2010 et 2015 en raison de l'allongement prévisible de la durée de la vie.

[44] A l'heure actuelle, 14,34% des personnes âgées de plus de 75 ans et 10% des plus de 85 ans vivent en établissement.

1.2. Données socio-économiques

[45] Le vieillissement du département se conjugue avec une relative pauvreté, qui affecte notamment les personnes âgées.

[46] La Creuse a le potentiel fiscal par habitant le plus faible au niveau national : 148 € / hab, inférieur de plus de 35% à la moyenne nationale (274 €/hab en 2003). Son revenu disponible médian (13 826 €) se situait en 2004 en avant-dernière position des départements français³.

¹ Nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans

² 17.848 personnes pour 123.133 personnes au 01/01/2005, source INSEE

³ Insee Limousin Focal N° 49

- [47] La Creuse fait aussi partie des départements où le taux de pauvreté est le plus élevé (17,6%)⁴, et le taux de pauvreté en milieu rural y atteint 19,5%. La pauvreté des personnes âgées y est particulièrement marquée : une sur cinq se situe sous le seuil de pauvreté.
- [48] Ces indicateurs de niveau de vie sont eux-mêmes corroborés par l'importance des minima sociaux : au regard de la proportion d'allocataires du minimum vieillesse parmi la population âgée de 60 ans ou plus (au 31/12 /07), la Creuse se situe dans la tranche la plus élevée (de 5 à 14,9%)⁵.
- [49] Surtout, au regard du thème étudié, le niveau moyen des pensions de retraite est relativement bas : le département de la Creuse appartient à une région où le montant mensuel brut moyen de la pension globale des retraités se situait en 2001 (995 €) en avant-dernière position du classement dans la hiérarchie des régions⁶. Une forte proportion de femmes et d'agriculteurs retraités y influe structurellement à la baisse sur le montant des pensions.

1.3. Les orientations du schéma gérontologique.

- [50] Un « schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie » couvre la période 2005-2010. Il est articulé selon 6 axes :
- territorialiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) : installation d'un centre départemental d'information et de coordination, intégration des 4 CLIC dans le dispositif d'action gérontologique... ;
 - renforcer la politique de soutien à domicile, clairement privilégiée dans le département : pérennisation du dispositif départemental de téléalarme (projet de « pacte domotique »), structuration de l'offre de services à domicile (le taux d'équipement en SSIAD, qui atteint 28,96, est nettement supérieur à la moyenne nationale, de 17,63)... ;
 - favoriser l'adaptation des établissements aux besoins émergents : adapter les établissements en nombre et qualité, développer les unités de vie spécifiques, améliorer la qualité architecturale des EHPAD, rechercher un mode de financement qui ne pénalise pas les tarifs d'hébergement... ;
 - développer les liens domicile-institution et les formule d'accueil intermédiaires (accueil de jour, accueil temporaire, accueil familial) ;
 - lutter contre la maltraitance et promouvoir la bien-traitance ;
 - mettre en œuvre les plans d'urgence (Plan Bleu dans les EHPAD, Plan Vermeil à domicile).

1.4. La capacité d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

- [51] Le département de la Creuse compte 32 établissements d'hébergement pour 2 531 places, dont 26 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 5 unités de soins de longue durée et 1 foyer logement, soit respectivement :
- 26 EHPAD accueillant 2 281 places (dont 13 places d'hébergement temporaire) dont 7 hospitaliers ;
 - 5 USLD accueillant 170 places (avant la réforme de la requalification des USLD, il y avait 503 places) ;
 - 1 foyer résidence non médicalisé de 80 places.

⁴ ibidem

⁵ Drees série statistique n°129 mars 2009

⁶ Drees Etudes et résultats N°249 juillet 2003

- [52] Il est à noter que 24% des résidents des EHPAD de la Creuse sont originaires de départements extérieurs. Cette attractivité des établissements creusois est en grande partie liée aux prix de journée hébergement (cf infra) ; elle résulte aussi des besoins des départements limitrophes.
- [53] Si le taux d'équipement en structures d'hébergement complet (lits de maison de retraite, de logements foyers et d'hébergement temporaire) de la Creuse est inférieur à celui de la France métropolitaine⁷, il est assez significativement supérieur en matière de lits médicalisés⁸.
- [54] Cette situation est liée au mouvement engagé dès 2001 par l'Etat et le Conseil Général pour médicaliser l'ensemble des maisons de retraite du département. Ainsi, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la Creuse ont signé une convention tripartite entre 2001 et 2005. Seul un établissement a fait le choix de rester logement foyer. Dans la continuité de ce premier mouvement, 70% (18 sur 26) des EHPAD creusois ont à ce jour signé une convention tripartite de seconde génération. Le mouvement de renouvellement des conventions tripartites devrait prendre fin en 2009, pour atteindre 100 % des EHPAD. Les tableaux 2 & 3 (voir à la fin de la présente annexe) présentent les chiffres clés résultant de l'application des conventions tripartites.
- [55] Par ailleurs, 196 places d'EHPAD supplémentaires sont autorisées conjointement par le Préfet et de Président du Conseil Général. Les travaux sont en cours ou en préparation, pour des ouvertures échelonnées entre 2010 et 2013.
- [56] Pour l'accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés), il n'existe actuellement que 2 unités spécifiques dont une au sein de l'EHPAD de Felletin (géré par la Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité) et une au sein de l'EHPAD d'Azéables (géré par une association locale « Le Monastère »).
- [57] Les perspectives de développement des équipements inscrites dans le PRIAC prévoient l'installation d'unités adaptées, à travers la création ou l'extension d'EHPAD. En outre, la politique de rénovation du cadre bâti rendue nécessaire par la vétusté et l'inadaptation des bâtiments existants, intègre le principe d'unité Alzheimer dans les projets de reconstruction en cours.
- [58] Un effort financier important reste, de fait, à fournir pour rénover le parc des EHPAD creusois. En effet, la plupart des établissements creusois ont été construits dans les années 1960 à 1980. La mise en œuvre de travaux de restructuration lourds permettant d'améliorer les conditions de prise en charge de résidents de plus en plus dépendants s'impose : opérations de réhabilitation, voire de reconstruction.

2. DONNEES RECUEILLIES SUR LES COUTS MIS A LA CHARGE DES RESIDENTS DES EHPAD.

2.1. Les coûts journaliers.

2.1.1. Le département de la Creuse.

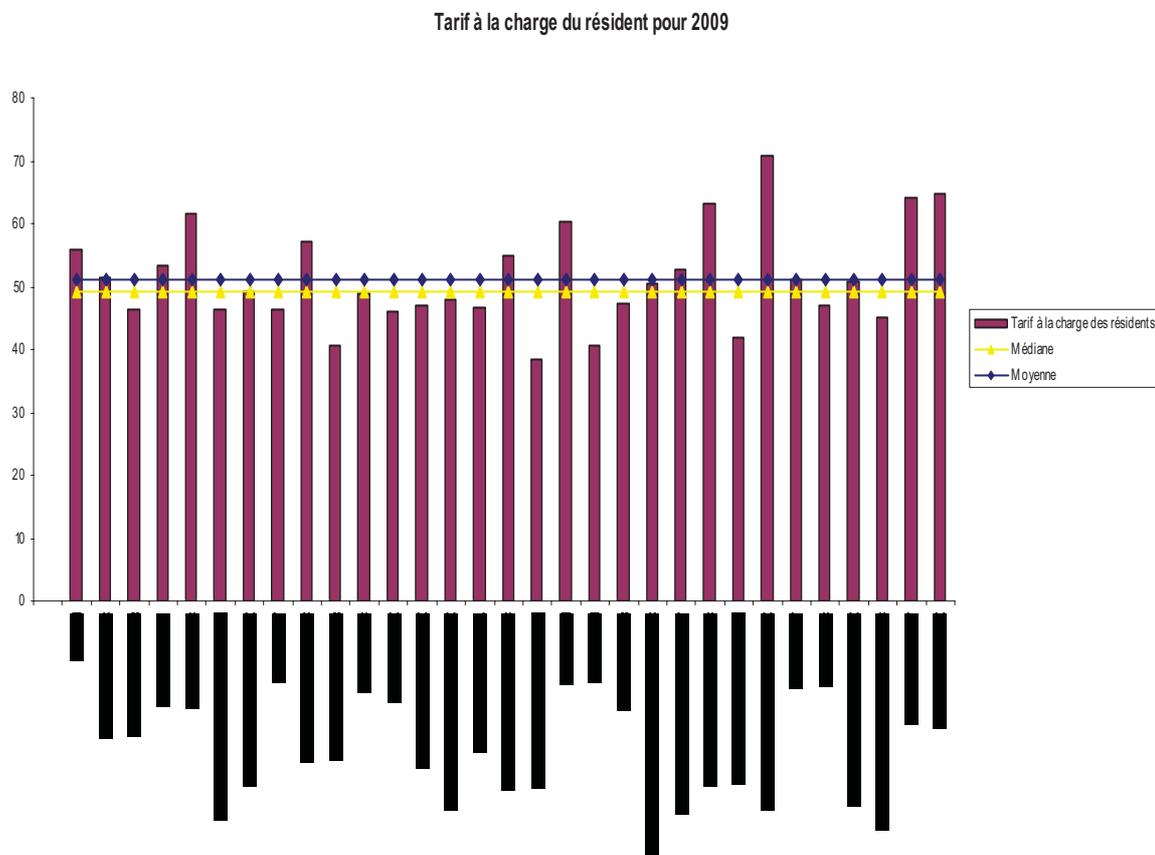
- [59] Les établissements du département sont publics ou associatifs ; aucun n'est à but lucratif. 97% des places sont habilitées à l'aide sociale et donc soumises à tarification du Conseil général⁹.

⁷ Au 1^{er} janvier 2007, la Creuse comptait 111,09 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, contre 123,35 lits de moyenne en France entière.

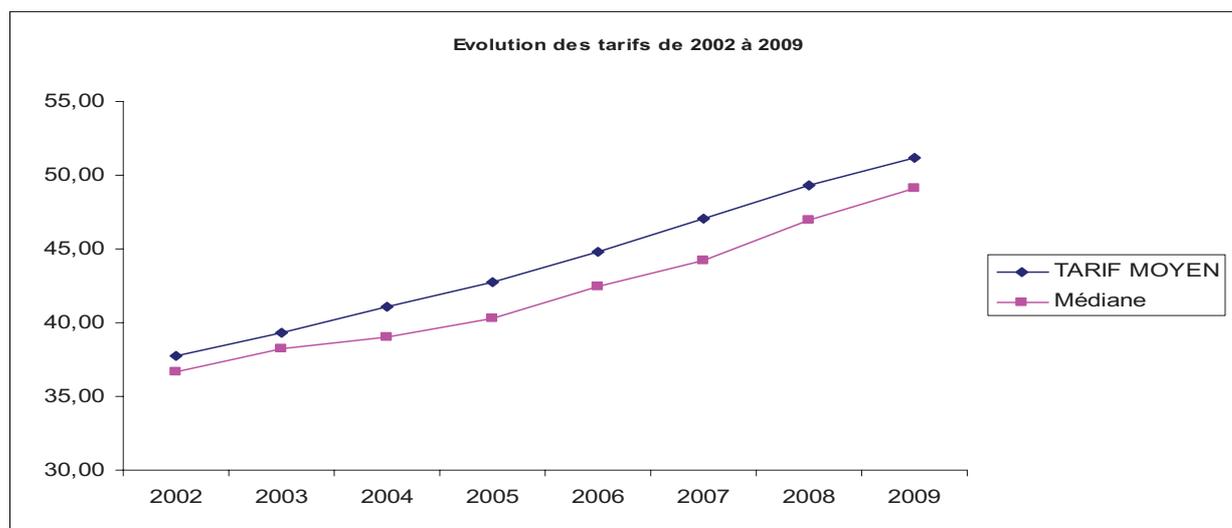
⁸ 134,76 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en Creuse contre 88,8 lits en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007.

⁹ Seules 77 places de l'EHPAD de Bonnat, non habilitées, sont à tarif libre.

- [60] Les tarifs journaliers réglementés à la charge des résidents (tarif hébergement + ticket modérateur APA¹⁰) des EHPAD et USLD creusois se situent dans la moyenne basse nationale, comme en témoignent le tableau 4 (voir à la fin de l'annexe) et l'histogramme ci-dessous. La moyenne de ces tarifs s'établit au 1er janvier 2009 à 51,15 € et la médiane à 49,11 €.



- [61] Toutefois, une tendance à la hausse des tarifs est observée depuis 2002, comme le montre le graphique ci-dessous. La moyenne des tarifs était en 2002 de 37,76 €, soit une augmentation de plus de 35% sur la période 2002-2009.



¹⁰ L'APA est versée aux établissements sous forme de dotation globale. Les résidents supportent un ticket modérateur ou « talon » correspondant au tarif dépendance du GIR 5-6 ; lorsque leurs revenus atteignent certains seuils, ils supportent une participation supplémentaire, mais très peu de résidents sont concernés dans le département (premier seuil à 2500 €).

- [62] L'augmentation constatée de 2002 à 2006 correspond à l'incitation du Conseil général en faveur de la mise en place de postes supplémentaires d'animateurs et d'ASH, et surtout à des créations de postes, étalées sur 5 ans, prévues par les conventions tripartites de première génération.
- [63] A partir de 2007, la hausse observée s'explique par la mise en œuvre de projets de rénovation sur les 2/3 du parc des EHPAD creusois (projets dont la finalisation a été échelonnée entre 2007 et 2012), L'augmentation des tarifs d'hébergement qui sera associée à ces projets oscillera –selon les projections actuelles- entre 12 et 20 €, ce qui va peser, à terme, sur la solvabilité des résidents.
- [64] Pour 2009, l'impact se fait déjà sentir sur les établissements restructurés et des établissements connaissent une forte évolution : ainsi de l'EHPAD d'Azérables dont le tarif journalier passe de 41,48€ en 2004 à 58,13 € en 2008, soit une augmentation de 40%. Certains projets conduisent à envisager des tarifs supérieurs à 60 € après travaux, ce qui les mettra au même niveau tarifaire que les établissements neufs.
- [65] L'incidence du coût des opérations de rénovation sur le tarif à la charge des résidents des EHPAD pose manifestement le problème de l'aide publique à l'investissement.
- [66] En effet, la mise en œuvre concomitante de multiples projets de restructuration réduit les possibilités de subventionnement, mettant les différents EHPAD dans une position concurrentielle pour obtenir des aides de la CNSA (la programmation CPER 2007-2013 est finalisée et n'a permis d'accorder des aides qu'à deux projets). Par suite, les plans de financement de ces opérations sont difficiles à élaborer compte tenu des capacités d'autofinancement réduites et de la faiblesse des fonds propres disponibles : le recours massif à l'emprunt est dans la plupart des cas incontournable, avec une incidence sensible sur le prix de journée facturé au résident.
- [67] Au cours des dernières années, le Conseil général subventionnait les travaux à hauteur de 5% de leur coût, ponctuellement et sous réserve d'un soutien de la CNSA. Dans le cadre du schéma départemental en cours, le principe avait été posé de favoriser l'accès aux prêts sans intérêt de la Caisse régionale d'assurance maladie du centre-ouest (CRAMCO). L'accès à ces prêts est, en effet, soumis à un apport de 25% de fonds propres par l'établissement. Compte tenu du faible niveau des fonds propres des établissements, le Conseil général envisageait de compléter l'apport en fonds propres jusqu'à hauteur des 25% requis, et ce par une avance sans intérêt remboursable en 10 ans. Finalement, par une délibération du 30 juin 2009, l'Assemblée départementale vient d'adopter le principe d'une prise en charge partielle des frais financiers liés aux emprunts à raison de 2,5% du montant des travaux hors taxe. Cette modalité d'aide à la restructuration des établissements a, en effet, été jugée plus efficiente que la subvention d'investissement pour alléger le tarif hébergement pesant sur les usagers.
- [68] Le tableau récapitulatif (voir le tableau 5 à la fin de l'annexe) des subventions et aides attribuées aux projets de rénovation ou de construction d'EHPAD montre que les aides de l'Etat représentent elles-mêmes une part substantielle, soit 17% du coût total des opérations engagées, la contribution du Conseil général étant globalement de 3%.

2.1.2. Les établissements visités par la mission.

- [69] Dans chacun des établissements visités, la mission s'est efforcée d'identifier l'ensemble des coûts à la charge des personnes âgées accueillies (cf tableau 1 ci-dessous).
- [70] La mission, dans l'ensemble, a constaté que le cumul des dépenses supplémentaires s'ajoutant aux tarifs réglementés à la charge des résidents pouvait atteindre un montant non négligeable.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des sommes à la charge des personnes âgées accueillies en EHPAD ou USLD

Etablissements	EHPAD privé associatif BONNAT	EHPAD privé associatif FELLETTIN	EHPAD public (CCAS) GOUZON	EHPAD public LA SOUTERRAINE	USLD public LA SOUTERRAINE
Tarif hébergement (01.01.09)	41,40€ (tarif ASH) 44,58€ (tarif libre) 47,14€ (nouvel entrant) 51,6 € (selon le type) (de logement)	54,61 €	36,36 €	36,82 €	57,52 €
Tarif dépendance (01.01.09)	GIR 1-2 17,29€ GIR 3-4 10,97€ GIR 5-6 5,03€	GIR 1-2 21,09€ GIR 3-4 13,38€ GIR 5-6 5,68€	GIR 1-2 15,88€ GIR 3-4 10,08€ GIR 5-6 4,28 €	GIR 1-2 15,88€ GIR 3-4 10,41€ GIR 5-6 4,99€	GIR1-2 21,51€ GIR3-4 14,26€ GIR5-6 5,80€
Honoraires médecins généralistes et autres praticiens	Payés par le résident (la plupart des résidents ont une mutuelle santé)	Payés par l'établissement aux médecins et refacturés aux résidents (pratique en voie d'abandon)	Payés par le résident	Payés par le résident	Forfait global
Paramédicaux	Payés par le résident	Idem supra	Payés par le résident	Payés par le résident	Forfait global
Médicaments	A la charge du résident	A la charge du résident (refacturation)	A la charge du résident	A la charge du résident (PUJ)	Forfait global (PUJ)
Pédicure	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident
Produits d'hygiène	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident	Pris en charge Par l'établ
Coiffeur	A la charge du résident	A la charge du résident (refacturation)	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident
Sorties	Pas de sorties payantes	Gratuites (sauf droit d'entrée...)	Quelques sorties payées par l'établ		
Repas invités	12,90 €	9,00 €		7 €	7 €
Téléphone	Payé par le résident à France Telecom	A la charge du résident (refacturation)	A la charge du résident	A la charge du résident	A la charge du résident
Télévision	Le résident apporte son poste – redevance payée par l'établissement	Le résident apporte son poste et paie éventuellement la redevance		A la charge du résident	A la charge du résident
internet		Possibilité connection Inernet (ADSL)			

2.2. Les coûts mis à la charge des résidents sur la durée du séjour.

- [71] D'une manière générale, la durée moyenne de séjour (DMS) est calculée sur les résidents présents ; elle ne rend donc pas compte de la durée totale du séjour de chaque résident, de l'entrée jusqu'à la fin du séjour (le plus souvent par décès), et elle exclut par hypothèse toute prospective pour les nouveaux entrants. L'évolution tendancielle est néanmoins assez claire : du fait d'une politique de soutien à domicile particulièrement active dans la Creuse, l'âge moyen d'entrée en établissement s'élève progressivement et les admissions concernent des personnes âgées de plus en plus dépendantes dont on peut supposer que la durée de séjour tendra à se réduire.
- [72] On observe d'ailleurs que d'un établissement à l'autre, la durée moyenne de séjour apparaît déjà corrélée inversement au niveau du GMP. Ainsi la DMS, mesurée au 31/12/08, atteignait-elle 68 mois pour un GMP de 574,46 à l'EHPAD de Bonnat. A l'EHPAD de Felletin, elle était de 54 mois en mai 2009 pour un GMP de 705.
- [73] De l'avis de responsables d'établissements rencontrés, la DMS réelle (de l'entrée au décès) des entrants d'aujourd'hui devrait très probablement s'abaisser jusqu'à 2-3 ans.
- [74] Cette évolution, si elle se confirme, ira dans le sens d'une diminution du coût total des séjours en établissement pour les résidents et leurs familles, mais son incidence financière sera contrebalancée dans le département par la hausse des tarifs d'hébergement consécutive à la rénovation des établissements.
- [75] A titre d'illustration, le coût total moyen d'un séjour de 4 années (pour un tarif journalier ¹¹moyen de 51,15€) dans un EHPAD de la Creuse est aujourd'hui de l'ordre de 75.000 €.

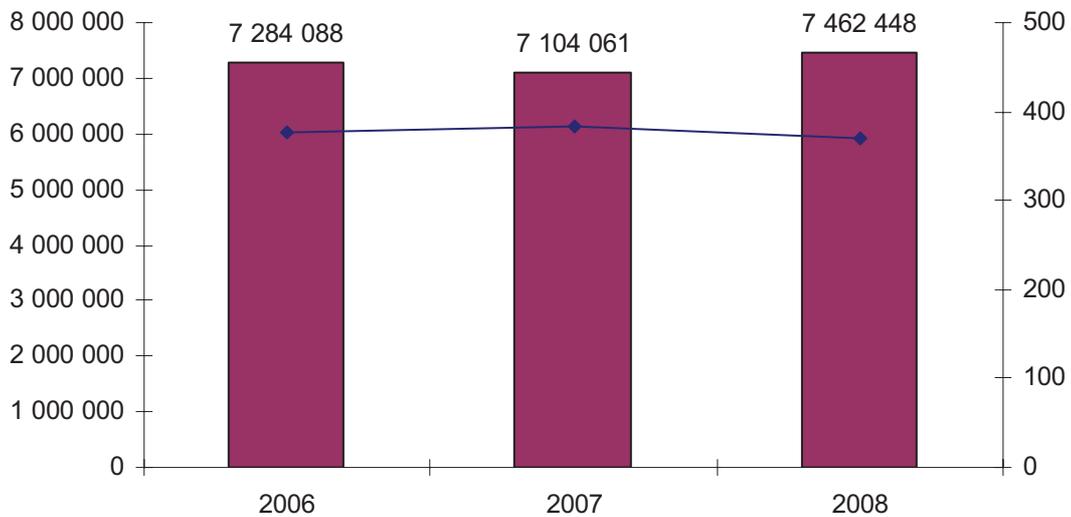
2.3. Le paiement des coûts mis à la charge des résidents.

- [76] Le premier constat à mettre en exergue est qu'en dépit de la faiblesse du niveau des pensions de retraite (cf. *supra*), la plupart des résidents, avec l'aide de leurs familles, solvabilisent les coûts mis à leur charge sans faire appel à l'aide sociale à l'hébergement (ASH).
- [77] Par rapport à la capacité d'accueil en EHPAD et USLD, la proportion des bénéficiaires de l'aide sociale au 31 /12/08 ne dépassait pas 14,95% (15,28% au 31/12/07). Rapportée au nombre de lits habilités (l'EHPAD de Bonnat, déjà cité *supra*, s'est déshabité depuis 2004 et ne compte que 3 bénéficiaires de l'ASH), cette proportion était de 15,44% au 31/12/08 (15,77% au 31/12/07).
- [78] Le pourcentage de bénéficiaires de l'ASH du département, stable au cours des dernières années (cf. le graphique ci-dessous sur l'évolution du nombre de bénéficiaires), est sensiblement inférieur à la moyenne nationale, alors même que les caractéristiques de la Creuse (forte proportion de pensions agricoles de niveau modeste¹²) devraient logiquement pousser à la hausse.

¹¹ Tarif hébergement + ticket modérateur APA

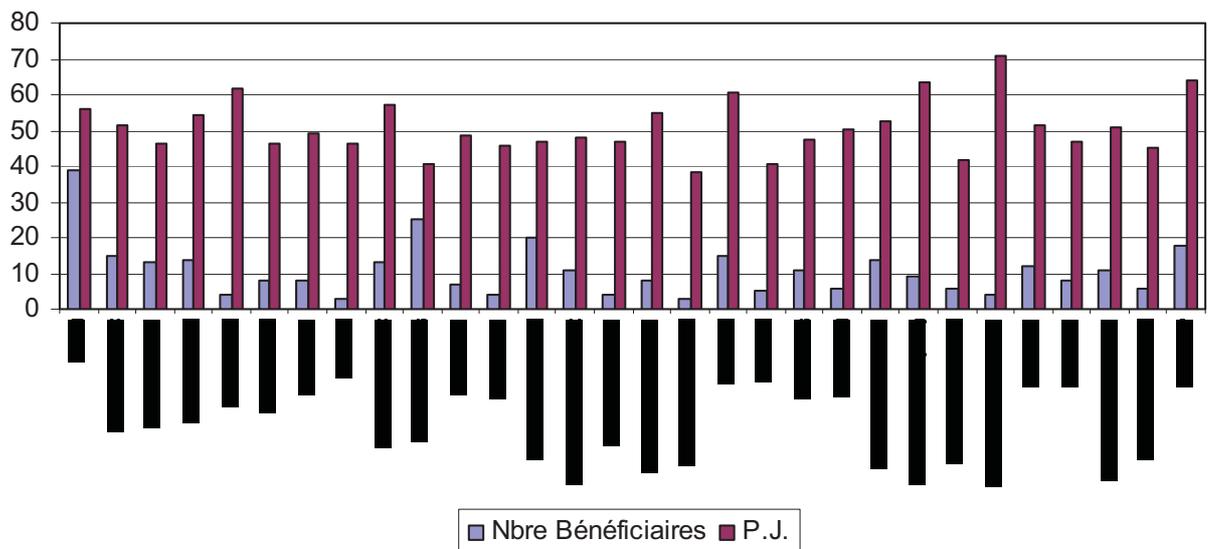
¹² Les retraites servies par la MSA sont de l'ordre de 680 € / mois

Graphique 1 : Dépenses brutes d'aide sociale et nombre de bénéficiaires de 2006 à 2008

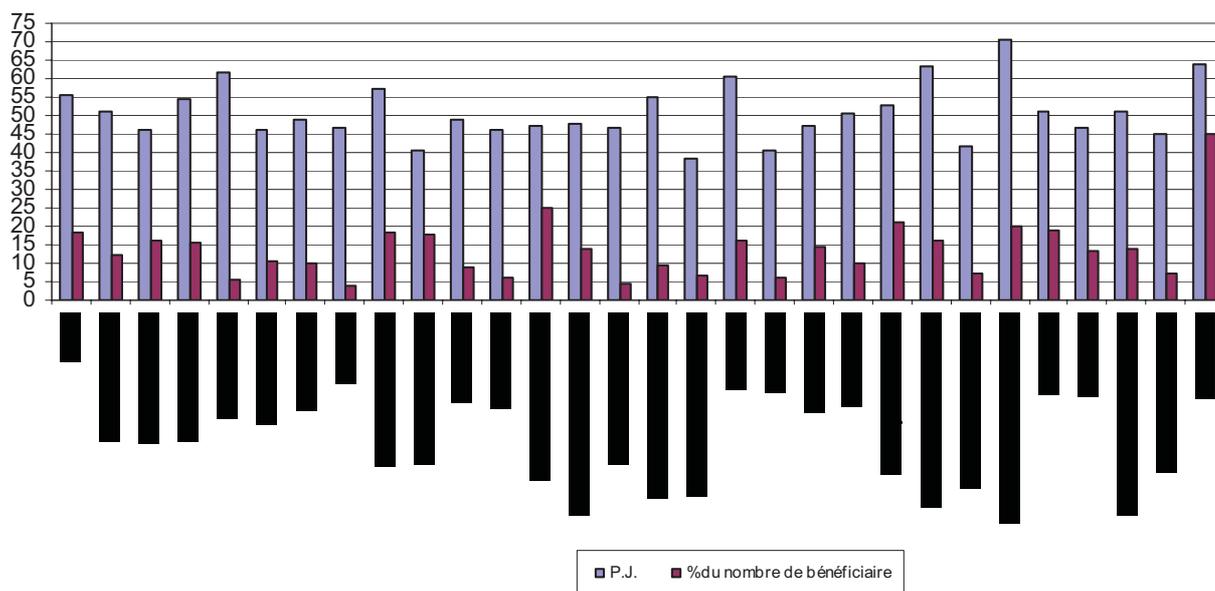


[79] L'explication de ce fait paradoxal tient en partie aux tarifs hébergement et dépendance, maintenus jusqu'à présent par le Conseil général à un niveau qui, de facto, permet à la plupart des résidents et de leurs familles de ne pas recourir à l'ASH. Il convient cependant de noter qu'il n'existe pas de corrélation observable entre le pourcentage de bénéficiaires dans chaque établissement et le tarif de l'établissement, ce pourcentage obéissant probablement à une causalité plurifactorielle. Les histogrammes ci-dessous le montrent assez clairement.

Graphique 2 : Comparaison entre le prix de journée et le nombre de bénéficiaires aide sociale par établissement



Graphique 3 : Pourcentage de bénéficiaires aide sociale par établissement



- [80] L'autre raison tient, selon les témoignages concordants recueillis par la mission, à ce que les familles sont souvent réticentes à solliciter l'admission à l'ASH de leur parent âgé, alors même que ce dernier pourrait y prétendre et que la proportion de demandes d'ASH rejetées n'est pas en elle-même dissuasive (la proportion de demandes d'ASH rejetées en 2008 était de 26%, dans la plupart des cas au motif que les intéressés disposaient de revenus suffisants avec l'aide de leurs obligés alimentaires).
- [81] Les personnes renoncent à leur demande lorsqu'elles s'aperçoivent qu'une récupération sur succession sera opérée à leur décès¹³ et surtout que leurs enfants et petits-enfants seront soumis à l'obligation alimentaire, beaucoup refusant l'idée que leurs enfants, et a fortiori leurs petits-enfants¹⁴, puissent se trouver dans l'obligation de participer à leurs frais d'hébergement en EHPAD.
- [82] Or, un relevé sur échantillon de revenus effectué par la mission dans les établissements visités confirme que, sauf exception, les pensions de retraite ne suffisent pas à couvrir les coûts mensuels à la charge des résidents.
- [83] Pour couvrir l'écart entre pensions de retraite, d'une part, frais d'hébergement et de dépendance (ticket modérateur APA), d'autre part, les résidents « payants », outre la totalité de leur pension de retraite, doivent donc recourir à d'autres ressources. Il semble qu'ils utilisent d'abord leur épargne disponible¹⁵ et fassent appel dans un deuxième temps aux contributions familiales.
- [84] La mobilisation successive de ces différentes ressources dépend évidemment de la durée du séjour de chaque résident. L'épuisement de ces ressources peut, dans certains cas, provoquer le basculement de résidents dans l'ASH. Ainsi l'EHPAD de Felletin observe-t-il peu de cas d'ASH à l'entrée mais plutôt en cours de séjour et au bout de durées assez variables (de quelques mois à quelques années).

¹³ L'attachement au patrimoine, notamment immobilier, est fort dans ce département à dominante rurale

¹⁴ Les arrière-petits-enfants recensés ne sont jamais sollicités.

¹⁵ La tradition d'épargne en milieu rural permet souvent de disposer de « bas de laine »

- [85] In fine, 85% des résidents solvabilisent les coûts mis à leur charge, bien que les familles puissent, dans certains cas, paradoxalement, se trouver pécuniairement pénalisées par leur renonciation à l'ASH, qui, elle, laisse à chaque bénéficiaire une fraction de sa retraite (l'« argent de poche ») et ne puise pas dans son épargne.
- [86] Quant aux bénéficiaires de l'ASH eux-mêmes, ils ne disposent que de ressources à peine supérieures au minimum vieillesse (soit 648,43 €/mois), la grande majorité des pensions de retraite des résidents admis à l'ASH oscillant de 700 à 850 €/mois. Avec l'aide au logement (environ 150€), les revenus des intéressés se situent dans une fourchette entre 850 et 1000 €, à comparer à un coût à charge mensuel moyen supérieur à 1500 € en 2009, soit un écart moyen de plus de 500 €.
- [87] Selon la pratique et l'expérience des services chargés de l'ASH, le juge aux affaires familiales est de plus en plus souvent sollicité – notamment si le nombre d'obligés alimentaires est élevé - et il traite les affaires dans des délais assez courts (4 à 5 mois). Il y a rarement plus de deux obligés alimentaires solvables et les contributions qui leur sont demandées se situent généralement entre 80 et 120 €. Les obligés alimentaires sont mis à contribution jusqu'aux petits-enfants. Par manque de moyens humains, il n'est pas à l'heure actuelle pris d'hypothèques.
- [88] Au total, les dépenses d'ASH du Département, assez stables (cf. histogramme supra), étaient en 2008 de l'ordre de 7,5 millions d'euros (établissements et accueil familial). Elles donnaient lieu à récupération sur les usagers à hauteur de 38%, soit 2 870 000 €, dont :
- 1 800 000 € de récupération sur les ressources des résidents,
 - 595 000 € de récupération sur successions,
 - 475 000 € de contributions des obligés alimentaires.
- [89] S'y ajoutaient 87 000 € de récupérations suite à des indus.

Tableau 3 : Ensemble des établissements – Année 2009

	capacité autorisée	GMP	effectifs budgétés													Ratio sur places installées avec GMP					Ratio global sur place installée avec GMP	Ratio global sur place installée
			direct. Adminis	cuisine, serv gén, diète	Animation service social	ASH	AS-AMP	Psycho logue	IDE	Auxil médic aux	Pharmacien préparateur en pharmacie	Médecin	Total	ASH	AS + AMP	IDE+su IV	IDE/AS -AMP	Animt°	Effectif total	Effectif total		
AJAIN	211	764,12	6,5	21,2	2,75	27,00	61,3	1	17,5	2	2	2,5	143,75	0,167	0,380	0,109	0,49	0,017	0,089	0,681		
AUBUSSON LS	118	902,03	1	0,25	0,5	18,60	37,8	0,25	17	1	2	2	78,4	0,175	0,355	0,160	0,51	0,005	0,074	0,664		
AUBUSSON MR	80	572,11	2	0,25	0,5	14,00	12,7	0,25	5	0,5	0,4	0,4	35,6	0,306	0,277	0,109	0,39	0,011	0,078	0,445		
AUZANCES	90	760,33	3,5	5,33	1	19,50	20	0,5	5,75		0,9	0,9	56,48	0,285	0,292	0,084	0,38	0,015	0,083	0,628		
AZERABLES	70	732,06	3	5	1	12,40	20,5	0,5	4,6		0,4	0,4	47,4	0,242	0,400	0,090	0,49	0,020	0,092	0,677		
BELLEGARDE	75	733,58	3	4,7	1,5	15,50	15	0,5	5	1	0,4	0,4	46,6	0,282	0,273	0,091	0,36	0,027	0,085	0,621		
BENEVENT	80	772,59	3	4	1	18,00	22,25	0,5	5	0,4	0,4	0,4	54,55	0,291	0,360	0,081	0,44	0,016	0,009	0,682		
BONNAT	80	567,67			1	11,94	16	0,5	4		0,4	0,4	33,84	0,263	0,352	0,088	0,44	0,022	0,075	0,423		
BOURGANEUF LS	70	914,01			1	19,00	25	0,5	7		0,5	0,5	53	0,297	0,391	0,109	0,50	0,016	0,083	0,757		
BOURGANEUF MR	140	627,7	4	3	1	19,50	22	0,5	7		0,5	0,5	57,5	0,222	0,250	0,080	0,33	0,011	0,065	0,411		
BOUSSAC	80	665,78	3	4,2	1	13,50	16	0,5	4,66	0,9	0,4	0,4	44,16	0,253	0,300	0,087	0,39	0,019	0,083	0,552		
BUDELIERE	68	609			1	10,80	12	0,5	4		0,4	0,4	28,7	0,261	0,290	0,097	0,39	0,024	0,069	0,422		
BUSSIERE	80	641,96	3	4,7	1	16,45	17,5	0,5	5	0,6	0,4	0,4	49,15	0,320	0,341	0,097	0,44	0,019	0,096	0,614		
CHAMBON	80	711	3	6,2	1	11,50	18,5	0,5	4,5		0,4	0,4	45,6	0,202	0,325	0,079	0,40	0,018	0,080	0,570		
DUN	86	743,14	3	5,2	1	14,00	22	0,5	5	0,2	0,4	0,4	51,3	0,219	0,344	0,078	0,42	0,016	0,080	0,597		
EVAUX LS	85	852,93	6,25	5,2	1	14,25	28	0,75	10	1	0,4	0,4	68,05	0,197	0,386	0,138	0,52	0,014	0,094	0,801		
EVAUX MR	43	559,07	1		1	11,25	8	0,25	2		0,4	0,4	23,9	0,468	0,333	0,083	0,42	0,042	0,099	0,556		
FELLETIN	94	679,89	3		2,2	19,50	19,1	0,5	5		0,4	0,4	49,7	0,305	0,299	0,078	0,38	0,034	0,078	0,529		
FURSAC	84	695,61	3	5,2	1	18,30	19,5	0,5	4	0,4	0,4	0,4	52,3	0,313	0,334	0,068	0,40	0,017	0,090	0,623		
GOUZON	85	671,08	2	8	1	15,00	21	0,5	5		0,4	0,4	52,9	0,263	0,368	0,088	0,46	0,018	0,093	0,622		

GUERET	75	740,93	1,55	6,2	1,5	11,50	15	0,5	4,5			0,5	0,4	41,65	0,207	0,270	0,081	0,35	0,027	0,075	0,555
GUERET LS	60	824,08	1,45	2	1	7,00	25	0,5	5	1			0,4	43,35	0,142	0,506	0,101	0,61	0,020	0,088	0,723
LA CHAPELLE	68	687,06	3	4,5	1	11,00	16	0,5	4	0,1			0,4	40,5	0,235	0,342	0,086	0,43	0,021	0,087	0,596
LA SOUT LS	55	898,28	3	6	0,33	10,00	16	0,2	3	1			0,4	39,93	0,202	0,324	0,061	0,38	0,007	0,081	0,726
LA SOUT MR	80	606,17	3	5	0,67	10,50	15	0,3	3,5	0,3			0,4	38,67	0,217	0,309	0,072	0,38	0,014	0,080	0,483
LE MONTEIL	20	560,17	1,06		0,1	5,71	5		1,7				0,1	13,67	0,510	0,446	0,152	0,60	0,009	0,122	0,684
MAINSAT	64	743,75	2,7	4	1	12,00	16	0,5	4				0,4	40,6	0,252	0,336	0,084	0,42	0,021	0,085	0,634
MARSAC	60	615,31	2	4	1	14,00	11	0,5	3	0,2			0,4	36,1	0,379	0,298	0,081	0,38	0,027	0,098	0,602
ROYERE	80	704,67	3	5	1	15,50	19	0,5	5				0,4	49,4	0,275	0,337	0,089	0,43	0,018	0,088	0,618
SAINTE FEYRE	45	778,67			0,1	4,20	18,3	0,1	4				0,4	27,1	0,120	0,522	0,114	0,64	0,003	0,077	0,602
SAINTE VAURY	40	836,42	1			10,50	12		5	0,5			1	30	0,314	0,359	0,149	0,51	0,000	0,090	0,750
Moyenne Departementale	78,90	715,20	2,78	5,18	1,01	13,93	19,43	0,47	5,475	0,67	1,01666667	0,5516	47,544	0,264	0,345	0,096	0,441	0,018	0,080	0,080	0,608
Moyenne Nationale																				0,57	

Source : services du Conseil général de la Creuse

Tableau 4 :

	Statut	Nombre de lits	Tél.	Nom du Directeur	Tarif hébergement	Tarifs dépendance			Tarif – 60 ans
						GIR 1/2	GIR 3/4	GIR 5/6	
AJAIN	Public autonome	211	05.55.80.95.00	M Billy	Accueil de jour avec transp : 21.50 Accueil de jour sans transp : 12.67 Ch 1 lit : 50.10 Ch 2 lits : 48.10 Hébergement temporaire : 52.10	21.10	13.39	5.68	55.78
AUBUSSON CLS	Public autonome	120	05.55.83.50.50	Mme Forestier	44.75	24.56	15.59	6.61	51.36
AUBUSSON MR	Public autonome	80	05.55.66.21.91	Mme Forestier	39.59	24.62	15.63	6.63	46.22
AUZANCES	Public autonome	90	05.55.67.73.00	Mr Saintrapt	47.87	20.96	13.30	5.64	53.51
AZERABLES	Privé à but non lucratif	71	05.55.63.51.90	Mme Leroux	55.73 Accueil de jour : 22.90	21.85	13.80 26.22	5.99	61.72
BELLEGARDE EN MARCHE	Public autonome	75	05.55.67.61.11	Mme Circhirillo	43.77	18.66	22.85	2.51	46.28
BENEVENT L'ABBAYE	Public autonome	80	05.55.62.60.35	Mme Maucourant	43.42	21.14	13.41	5.69	49.11
BONNAT	Association	80	05.55.62.82.65	Mme Verger	(**) 41.40	17.29	10.97	5.03	(**) 46.43
BOURGANEUF CLS	Public autonome	70	05.55.54.50.40	M. Oliva	49.59	27.54	17.48	7.42	57.01
BOURGANEUF MR	Public autonome	140	05.55.54.50.60	M. Oliva	Accueil de jour : 11.86 Hébergement : 35.50	18.71	12.32 11.87	5.04	40.54
BOUSSAC	Public autonome	80	05.55.65.02.43	M. Billy	42.72	22.54	14.33	6.08	48.80
BUDELIERE	Association	68	05.55.82.83.11	Mme Tabard	(**) 41.40	16.83	10.69	4.52	(**) 45.92
BUSSIÈRE DUNOISE	Public autonome	80	05.55.80.56.00	M. Meunier	42.93	28.42	13.73	4.15	47.08

CHAMBON SUR VOUEIZE	Public autonome	80 + 2 places d'hébergement temporaire	05.55.82.11.02	M. Darthoux	42.46	20.54	13.03	5.53	47.99
DUN LE PALESTEL	Public autonome	86	05.55.89.03.85	Mme Dufresne	40.86	21.34	13.50	5.72	46.58
EVAUX LES BAINS CLS	Public autonome	85	05.55.65.53.79	Mme Lachéradé	48.62	23.26	14.76	6.26	54.88
EVAUX LES BAINS MR	Public autonome	46	05.55.65.60.00	Mme Lachéradé	31.64	25.38	16.11	6.83	38.47
FELLETTIN	Association	94	05.55.66.50.88	Mr Ajagaya Le Beau	54.61	21.09	13.38	5.68	60.29
GOUZON	C.C.A.S.	85	05.55.62.24.46	Mme Jaladon	36.36	15.88	10.08	4.28	40.64
GUERET MR	Public autonome	75	05.55.52.01.96	Mr Vidal	41.12	22.68	14.40	6.11	47.23
GUERET (Centre Hospitalier) CLS	Public autonome	60	05.55.52.70.71	Mr Vidal	42.87	31.00	19.67	8.40	51.27
LA CHAPELLE TAILLEFERT	Public autonome	67	05.55.52.24.44	Mr x	46.38	23.91	15.17	6.44	52.82
LA SOUTERRAINE CLS	Public autonome	55	05.55.89.58.00	M. Rapinat	57.52	21.51	14.26	5.80	63.32
LA SOUTERRAINE MR	Public autonome	80	05.55.89.58.00	M. Rapinat	36.82	15.88	10.41	4.99	41.81
LE MONTEILAU VICOMTE	Association	20	05.55.64.90.61	Mr Ajagaya Le Beau	64.03	24.57	15.59	6.61	70.64
MAINSAT	Public autonome	64	05.55.67.07.31	M. Saintrapt	48.05	28.98	10.50	3.18	51.23
MARSAC	C.C.A.S.	60	05.55.62.67.79	Mme Mathias	41.71	19.26	12.86	5.17	46.88
ROYERE DE VASSIVIERE	Public autonome	80	05.55.64.71.44	M. Oliva	44.39	24.11	15.30	6.49	50.88
SAINTE TIENNE DE FURSAC	C.C.A.S.	85	05.55.63.62.61	Mme Lucas	39.77	24.03	9.79	5.19	44.96
SAINTE VAURY	Public autonome	40	05.55.51.77.00	Mr Martin	58.33	21.39	13.75	5.83	64.16
SAINTE FEYRE	Privé	45	05.55.51.40.00	M. Colo	57.70	26.37	16.73	7.10	64.80

Moyenne

45.48 22.35 14.05 5.67 51.15

Source : services du Conseil général de la Creuse

2009	EHPAD LA COURTINE	Construction	5 477 303	0	-	0	0	0	0	0	0	2 445 127	0	259 588
2008	EHPAD BUSSIÈRE DUNOISE	Restructuration / mise aux normes	6 811 811	450 000	100 000	0	119 803	496 623	0	1 166 426	0	306 531	0	237 350
2008	EHPAD DUN LE PALESTEL	Restructuration / Construction	6 075 149	195 245	105 000	0	119 803	206 818	0	626 866	1 122 217	0	0	282 708
2008	EHPAD LA CHAPELLE TAILLEFERT	Reconstruction	7 500 000	0	0	0	119 803	225 921	0	345 724	0	0	0	0
2008	EHPAD AHUN	Construction	6 256 260	0	200 000	0	0	0	0	200 000	0	0	0	0
2007	EHPAD CHAMBON SUR VOUEIZE	Restructuration / Extension / mise aux normes	7 694 214	0	1 800 850	0	0	356 965	0	2 157 815	2 200 000	602 124	0	0
2007	EHPAD MARSAC	Restructuration / Extension / mise aux normes	1 582 500	0	0	0	119 803	464 355	26 000	610 158	1 100 000	109 472	0	0
2006	EHPAD BOUSSAC	Restructuration / mise aux normes /extension	6 377 490	0	1 020 400	0	0	575 978	0	1 596 378	0	100 000	0	287 806
2006	EHPAD ROYERE DE VASSIVIÈRE	Restructuration / mise aux normes	6 500 000	100 000	926 600	0	0	732 241	0	1 758 841	1 560 000	510 248	0	305 882
2006	EHPAD AZERABLES	Reconstruction	7 197 744	0	181 394	0	0	50 000	0	231 394	3 000 000	193 518	0	0
2005	EHPAD MAINSAT	Restructuration / Extension / mise aux normes	4 386 900	0	0	150 000	119 803	568 612	0	838 415	1 224 944	600 880	0	767 000
			70 780 525	745 245	4 334 244	150 000	1 332 302	5 537 022	26 000	12 124 813	12 652 288	2 422 773	2 140 334	

Liste des personnes rencontrées dans la Creuse

M. Jean FABRE, Préfet de la Creuse

Direction des affaires sanitaires et sociales

M. Jean-Michel DELVERT, Directeur

Mme Florence LANGLAY, directrice adjointe

Mme Frédérique PELANGEON, inspectrice

Docteur Cyril GILLES, médecin inspecteur

Conseil général

M. Jean-Luc LEGER, vice-président du conseil général

M. Eric MORIVAL, directeur général adjoint des services – Pôle jeunesse et solidarité

Mme Karine SALLOT, directrice des personnes en perte d'autonomie – Pôle jeunesse et solidarité

Mme Cécile MOUTAUD, chef de service du Secrétariat général – Pôle jeunesse et solidarité

EHPAD de BONNAT

Mme VERGER, directrice

Docteur BOURGOIS, médecin coordonnateur

Centre hospitalier de Guéret (USLD)

M. CEDELLE, directeur adjoint

EHPAD de GOUZON

Mme JALADON, directrice

Mme XAVIER, directrice du SSIAD de GOUZON

Mme GABRIEL, assistante sociale du CLIC Creuse-Est

EHPAD de FELLETIN

M. AJAGAYA LE BEAU, directeur

Mme PELE, directrice régionale de la FCES (Fondation des Caisses d'épargne pour la solidarité)

Mme DIGOIN, secrétaire de direction

Mme NAUCODIE, secrétaire de direction

USLD et EHPAD du Centre hospitalier de LA SOUTERRAINE

M. RAPINAT, directeur

Docteur DURAND, médecin coordonnateur

Mme MOUTAUD, cadre de santé

Ont également été rencontrés à l'occasion d'une réunion d'échanges les directeurs :

- des EHPAD de BELLEGARDE EN MARCHE, BENEVENT L'ABBAYE, CHAMBON SUR VOUEIZE, DUN LE PALESTEL, MAINSAT, ROYERE DE VASSIVIERE, SAINT-ETIENNE DE FURSAC, AUZANCES, BOUSSAC, AZERABLES
- des Centres hospitaliers de GUERET, EVAUX LES BAINS, LA VALETTE SAINT-VAURY, AUBUSSON

Annexe n° 3 : Informations recueillies en Gironde

1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE LA GIRONDE

[90] Le département de la Gironde a été retenu par la mission car c'est à la fois un département rural et un département urbain dont le potentiel fiscal est proche de la moyenne nationale. C'est un département rural car c'est une terre viticole et agricole, urbain car son chef lieu Bordeaux est une ville de 236 000 habitants. Son potentiel fiscal par habitant (261€) le situe, en 2003, proche de la moyenne nationale (274€) et au delà de la médiane (240€). Le vieillissement de sa population est proche de celui de la population métropolitaine.

1.1. *Données générales sur la démographie et l'économie*

[91] Le département de la Gironde compte 1 376 000 habitants ; il fait partie des départements français dont le taux d'évolution a le plus progressé entre 1999 et 2005. Selon l'Insee, 287 000 personnes de 60 ans et plus vivaient en Gironde au 1er janvier 2006, près d'une sur deux étant âgée d'au moins 75 ans et une sur dix d'au moins 85ans. Le vieillissement de la population girondine est proche de celui de la population métropolitaine : 20,7% de personnes âgées de plus de 60 ans (20,9% pour la France métropolitaine), 8,4% de plus de 75 ans (8,2% pour la France métropolitaine).

[92] En 10 ans, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus a progressé de 35,7% à comparer à 36,1% pour la France métropolitaine. Entre 2010 et 2020, selon les projections réalisées par l'Insee, la progression des personnes âgées de 65 ans ou plus devrait présenter une nette augmentation (58,6%), celle des personnes âgées de 75 à 84 ans devrait rester stable (0,3%) et celle des personnes de 85 ans et plus devrait également progresser fortement (29,8%). Ces augmentations seront différentes selon les territoires. Le schéma gérontologique, renouvelé pour la période 2009-2011 afin de pouvoir ensuite s'articuler avec le schéma des personnes handicapées, a donc identifié 13 territoires d'action gérontologique.

[93] A 60 ans, l'espérance de vie des femmes est de 26,4 ans, celle des hommes de 21,9 ans, à comparer avec la moyenne nationale respectivement de 26,2% et 21,4%. Sur la base de l'enquête PAQUID, le nombre de personnes de 85 ans et plus démentes est estimé à 9 000 en 2005; il devrait passer à 15 000 en 2015.

[94] La Gironde est à la fois une terre touristique, le tourisme représente 8% du PIB, une terre de forêt, qui couvre près de la moitié de la superficie du département et compte 8000 emplois, et une terre d'innovation et d'industrie de pointe, avec notamment l'aéronautique.

[95] En 2007, la Gironde comptait 802 081 foyers fiscaux parmi lesquels 64% de foyers fiscaux salariés. Les revenus salariés représentaient 89% de l'ensemble des revenus. La moyenne annuelle des retraites des 238 355 foyers fiscaux de retraités était de 18 235 € soit 1519,58 € par mois¹⁶.

[96] En 2006, près de 11 650 personnes étaient titulaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse, soit 4,1% de la population de 65 ans et plus, ce qui équivaut à la moyenne nationale.

¹⁶ Source Conseil Général DAPAPH/juillet 2009

1.2. La prise en charge des personnes âgées

1.2.1. Le schéma gérontologique

[97] Le nouveau schéma gérontologique « de troisième génération » réaffirme une volonté du Conseil Général de respecter les droits des personnes âgées, de préserver leur intégration au tissu social et de leur permettre le libre choix de leur mode de vie qui, le plus souvent, est de continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile. Son ambition est aussi de répondre de manière concrète, avec une approche territoriale, à l'ensemble des besoins liés à l'avancée en âge et à la perte d'autonomie.

[98] Ce schéma s'articule autour de 3 axes principaux :

- accompagner les personnes âgées dans leur souhait de rester à domicile ;
- améliorer, diversifier et adapter le dispositif de prise en charge aux besoins des personnes qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus vivre à domicile ;
- renforcer la coordination des institutions, des actions et des intervenants pour promouvoir le « bien vieillir », la proximité des réponses, l'accompagnement et la protection des plus vulnérables.

[99] C'est l'axe 2 qui intéresse la mission. Il tend à poursuivre l'équipement en places d'hébergement des territoires déficitaires en installant les places autorisées, à renforcer les réponses de proximité dans des structures à taille humaine et à diversifier l'offre d'accueil en hébergement collectif pour les personnes âgées en légère perte d'autonomie qui souhaitent un lieu de vie plus sécurisant que leur domicile, cela en développant notamment l'accueil familial salarié et en créant des structures intermédiaires d'hébergement.

1.2.2. Les établissements accueillant des personnes âgées

[100] Le taux d'équipement en hébergement médicalisé pour 1000 habitants de 75 ans et plus était au 1^{er} janvier 2007 de 102,6 à rapprocher de 113,6 au plan national. Les dépenses médico-sociales de l'assurance maladie pour cette tranche d'âge sont de 1 064 euros par an contre 1 122 pour la France entière.

[101] La Gironde compte 19 petites unités de vie ce qui représente 228 places et 174 établissements pour personnes âgées reconnus EHPAD, soit une capacité de 12 249 places dont 11 819 d'hébergement permanent : 39 EHPAD de statut public (4 216 places dont 4 105 d'hébergement permanent), 42 de statut privé associatif (3 258 places dont 3 113 d'hébergement permanent et 93 de statut privé commercial (4 775 places dont 4 601 d'hébergement permanent) dont 32 rattachés à treize grands groupes.

[102] La Gironde dispose aussi de 5 USLD, ce qui représente un total de 344 lits.

[103] Les taux d'occupation¹⁷ des établissements commencent à baisser sur certains territoires, notamment en zone rurale. Le taux moyen d'occupation en 2008 approche 97 % avec une fourchette de 52 à 100%. Une baisse d'occupation semble s'amorcer dans le secteur commercial où il y a désormais des places immédiatement disponibles. Certaines personnes dont le placement est nécessaire en urgence y sont accueillies puis parfois sont transférées quelques mois plus tard dans un établissement public ou associatif moins coûteux, quand une place s'y est libérée.

[104] L'âge moyen des personnes âgées accueillies progresse; il est actuellement de 86,5 ans¹⁸.

¹⁷Enquête DASS Gironde, 15 mai 2009

¹⁸Enquête DASS Gironde sur 131 EHPAD, juin 2009

1.2.3. L'évolution de l'offre d'accueil

- [105] Depuis 2004 la création ou l'extension de 74 projets représentant 1 954 places d'hébergement permanent et 196 places d'hébergement temporaire a été autorisée. Pendant cette période 38 projets, représentant 2 130 places, ont été refusés.
- [106] En 2004 les crédits de médicalisation représentaient 78,4M€ pour 7 866 places médicalisées. Fin 2008, ils s'élèvent à 143,5M€. Pour 12 249 places dont 1 000 places dans des établissements nouvellement créés, parmi lesquelles 55% relèvent du secteur privé associatif, 24% du secteur public et 21% du secteur commercial

1.2.4. Un travail entre DDASS et Conseil Général

- [107] 174 établissements font l'objet d'une convention tripartite avec l'Etat et le Conseil Général. 28 ont été renouvelées, 146 sont à renouveler d'ici 2013 et 59 à renouveler avant la fin de l'année 2009. Le ratio moyen de personnel est de l'ordre de 0,54 à 0,56 ETP mais les renouvellements sont établis sur la base de 0,60 ETP.
- [108] Pour répondre aux dispositions de l'article L.311-5 du CASF, DDASS et Conseil général sont en train de constituer la liste des personnes susceptibles d'être des médiateurs entre les établissements et les résidents et leurs familles pour leur permettre de faire valoir leurs droits.
- [109] Une Commission de suivi des plaintes composée des services de la DASS et de ceux du département, notamment des médecins, se réunit une fois par mois pour examiner les solutions à apporter aux dysfonctionnements signalés par les résidents et leurs familles.

1.3. Les tarifs des EHPAD et la prise en charge au titre de l'aide sociale

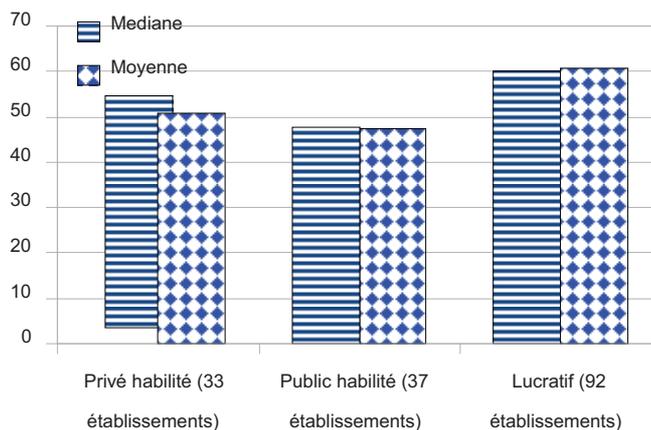
- [110] 70 établissements, publics (37) ou privés associatifs (33), sont habilités au titre de l'aide sociale représentant 6 421 lits. Leur tarif varie de 33 euros à 58 euros, la moyenne se situant autour de 52 euros par jour à la charge du résident si l'on ajoute le ticket modérateur dépendance, soit 1 560 euros par mois de 30 jours.
- [111] 104 établissements, dont 92 privés commerciaux, ne sont pas habilités au titre de l'aide sociale. Leur tarif moyen journalier varie dans une fourchette de 50 à 150€, avec une moyenne de 65 euros, ticket modérateur de 5 euros inclus.
- [112] Le département de la Gironde, jusqu'en 2009, subventionnait à hauteur de 40% les coûts de construction et les travaux de réhabilitation des établissements, à l'exception des établissements privés commerciaux. Depuis une délibération du 18 décembre 2008, tout en maintenant son soutien, le Conseil Général a adapté son mode d'intervention. Désormais il subventionne les nouveaux projets habilités au titre de l'aide sociale à hauteur de 25 000 euros la place pour une création, ce coût incluant études, construction et mobilier, et à hauteur de 15 000 euros la place, s'il s'agit d'une rénovation.
- [113] Le pourcentage moyen des bénéficiaires de l'aide sociale est de 22% dans les établissements privés associatifs, de 22,83% dans les établissements publics et de 22,54% tous statuts confondus soit 1 447 bénéficiaires, avec une dispersion de 5,41% à 50%.

- [114] Le Conseil Général a adopté le 18 décembre 2008 un nouveau règlement d'aide sociale. Dans les établissements habilités au titre de l'aide sociale, en ce qui concerne la facturation des absences de moins de 72 heures pour convenances personnelles ou pour hospitalisation, le Département maintient sa participation au prix de journée hébergement et au ticket modérateur correspondant au tarif dépendance du GIR 5-6. En ce qui concerne les absences de plus de 72 heures pour hospitalisation, le Département maintient sa participation au prix de journée, diminuée du forfait hospitalier, pour une durée maximale de 30 jours à compter du 1er jour d'absence, ce délai pouvant être prolongé sur avis du médecin.
- [115] Les établissements privés commerciaux ne sont pas habilités au titre de l'aide sociale mais peuvent avoir 1 ou 2 résidents, accueillis à titre payant depuis plus de 3 ans, qui relèvent de l'aide sociale parce qu'ils ne sont plus en mesure d'assurer le paiement de leur placement.¹⁹ Le règlement départemental d'aide sociale du département a, en effet, ramené le délai de 5 ans à 3 ans pour les personnes accueillies en EHPAD.
- [116] Les bénéficiaires de l'aide sociale conservent, à partir du 1er avril 2009 une somme minimale de 81 euros par mois. Le Conseil Général peut accorder une majoration de cette somme afin de permettre à la personne de faire face aux dépenses obligatoires qui restent à sa charge: dépenses de mutuelle dans la limite d'un plafond fixé chaque année par arrêté du PCG (60 euros en 2009), impôts et taxes, assurance habitation, frais de tutelle, responsabilité civile, mensualités liées aux contrats d'obsèques, mensualités établies dans le cadre d'un plan de surendettement.
- [117] Le conjoint ou concubin resté au domicile doit conserver des ressources au moins égales à 80% du SMIC net, majoré, le cas échéant, du loyer résiduel et des impôts et taxes.
- [118] L'obligation alimentaire s'arrête au niveau des petits enfants; il y a une prise d'hypothèque systématique sur les biens immobiliers depuis le nouveau règlement d'aide sociale.
- [119] Les dépenses brutes d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (tarif hébergement et ticket modérateur dépendance) se sont élevées à 35,03M€ en 2008. Déduction faite des ressources des personnes âgées, de l'obligation alimentaire et du recours sur succession les dépenses nettes ressortent à 15,72M€. En 2007 les dépenses brutes s'élevaient à 34,6M€ et les dépenses nettes à 14,1M€.

¹⁹Article L 231-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

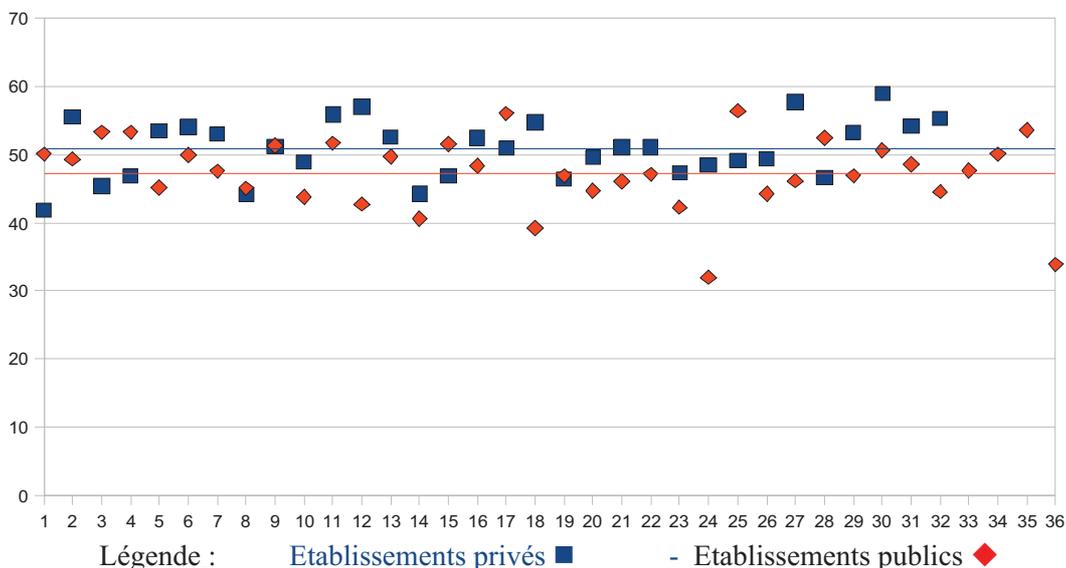
Tableau 6 : Tarifs « hébergement » moyens journaliers des EHPAD de Gironde (en euros)²⁰

Etablissements	Médiane	Moyenne
Privés habilités (33 établissements)	51,07	50,85
Publics habilités (37 établissements)	47,60	47,30
Commerciaux (92 établissements)	60,00	60,74



[120] L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée aux établissements sous forme de dotation globale par le Conseil Général de la Gironde.

Graphique 4 : Répartition des « tarifs hébergement » des EHPAD habilités à l'aide sociale²¹



²⁰Source Conseil Général de la Gironde, tarifs hébergement (hors ticket modérateur dépendance) en vigueur au 1^{er} janvier 2009, calculés sur la base de la moyenne des tarifs lorsqu'il y en a plusieurs dans l'établissement

²¹Source Conseil Général de la Gironde, tarifs hébergement (hors ticket modérateur dépendance) en vigueur au 1^{er} janvier 2009, calculés sur la base de la moyenne des tarifs lorsqu'il y en a plusieurs dans l'établissement

- [121] Les tarifs sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale des tarifs hébergement journaliers. En 2007 la DREES mentionnait un tarif hébergement moyen de 46,76€ pour la Gironde, légèrement supérieur à la moyenne nationale de 46,27€ et un tarif moyen dépendance GIR 5-6 de 4,56€, équivalent au tarif moyen national.²²

2. LES DONNEES RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS VISITES

2.1. *Les caractéristiques des établissements visités*

- [122] Le choix de la mission, après concertation avec la DDASS et les services du Conseil Général, s'est porté sur 7 établissements : 2 établissements privés associatifs, 2 établissements privés commerciaux, 2 établissements publics et une unité de soins de longue durée.
- [123] Ces établissements présentent des caractéristiques différentes en ce qui concerne leurs locaux, certains étant rénovés, d'autres en cours d'humanisation. Tous satisfont aux critères du conventionnement tripartite.

2.1.1. Les établissements associatifs

2.1.1.1. La résidence Lady Hamilton à Targon

- [124] Il s'agit d'un établissement privé associatif ouvert en 2000, conventionné au titre de l'APL et habilité au titre de l'aide sociale pour la totalité de sa capacité de 62 lits dont 2 d'accueil temporaire.
- [125] L'établissement géré par la Fondation « Maison de santé protestante de Bordeaux Bagatelle » ne comporte que des chambres à un lit avec douche. Il dispose d'un grand jardin.
- [126] Son recrutement est prioritairement cantonal. Avec un âge moyen de 85 ans et une durée moyenne de séjour des sortants de 41 mois, il se situe dans la moyenne des établissements de la Gironde. Le taux d'occupation est de 98,4%.
- [127] Il dispose d'une convention tripartite depuis 2002, renouvelée en 2008 sur la base d'un GIR moyen pondéré (GMP) arrêté à 613 et d'une coupe Pathos (PMP) à 135.
- [128] Le personnel relève de la convention de 1951; le ratio est de 0,5 sans compter le personnel de cuisine car la prestation, bien qu'assurée dans l'établissement, est sous traitée. 2 personnes, une aide soignante et une ASH, sont présentes la nuit. L'établissement est inscrit dans un réseau car l'association gestionnaire gère court séjour, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile. Il dispose d'une pharmacie à usage intérieur et, de ce fait, les médicaments, à l'exception de ceux qui sont hors liste, sont fournis par l'établissement.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

²²DREES : Résultats provisoires enquête Ehpad-Ehpa 2007,

- [129] Le tarif d'hébergement à la charge des personnes âgées accueillies, qui a progressé de 15% depuis l'ouverture de l'établissement en 2001, est de 46,58€ auxquels s'ajoute le ticket modérateur dépendance de 4,13€. Le coût de l'investissement pèse peu sur le tarif compte tenu des subventions obtenues pour son financement.
- [130] C'est donc un coût de 50,71€ par jour qui est facturé aux résidents à partir de 2009, soit 1521,30€ pour un mois de 30 jours. Les compléments facturés aux personnes concernent le pédicure, le coiffeur, les produits de toilette et le téléphone. Les résidents doivent aussi pouvoir assurer le paiement d'une mutuelle santé.
- [131] 11 personnes sont bénéficiaires de l'aide sociale soit 17%.

2.1.1.2. L'EHPAD Villa Pia à Bordeaux

- [132] Il s'agit d'un établissement privé associatif du COS (centre d'Orientation Sociale) de 111 places, 93 d'hébergement permanent, 5 d'hébergement temporaire et 13 d'accueil de jour, situé au cœur de Bordeaux sur un espace de 2 hectares, habilité au titre de l'aide sociale pour la totalité de sa capacité.
- [133] Partiellement conventionné au titre de l'APL, une partie ayant été rénovée et une unité pour personnes souffrant de troubles de type Alzheimer de 18 places ayant été installée à cette occasion, il est très intégré dans son environnement. Ouvert sur l'extérieur, favorisant les liens avec les familles et de nombreux bénévoles, il pratique au quotidien l'intergénérationnel, une crèche de 23 places étant installée dans une partie de l'établissement.
- [134] Son recrutement est essentiellement celui du quartier, assez résidentiel, de telle sorte que 60 médecins libéraux sont amenés à intervenir dans l'établissement ce qui ne facilite pas la coordination des soins. Le taux d'occupation est de 99%, l'âge moyen des résidents de 87 ans. L'établissement n'a pas de problème de recrutement.
- [135] Le GMP est actuellement de 709, le PMP de 262. Cet EHPAD a fait l'objet d'une première convention tripartite en juillet 2002 qui a été renouvelée le 1er septembre 2007. Le ratio du personnel, rémunéré sur la base de la convention de 1951, est désormais de 0,57 ETP.
- [136] Une deuxième tranche de travaux est en cours. Son coût est élevé (4,5M d'euros) car l'établissement est dans un site classé, ce qui a entraîné de nombreuses contraintes (fenêtres en bois, placage en pierres, escalier en bois exotique...) Grâce à la subvention du Conseil Général (d'un montant de 40% du coût des travaux lors de la demande), grâce à des prêts sans intérêt de la CRAM, des aides des caisses de retraite complémentaires et de la Fondation de la Légion d'honneur, l'emprunt (PLS) sera limité à 2M d'euros. Le coût du loyer augmentera corrélativement de 3,1 euros par jour pour le résident; s'y ajouteront une augmentation de la taxe d'habitation et de la taxe foncière à hauteur d'1 euro par jour. En contrepartie les personnes pourront toutes solliciter l'APL.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

- [137] Le tarif d'hébergement à la charge des personnes âgées accueillies est de 55,54 euros en chambre double, (il en reste quelques unes dans la partie non rénovée) et 59,72 euros en chambre à un lit en 2009. Avec le ticket modérateur dépendance correspondant au tarif du GIR 5-6 de 5,07€, c'est un coût journalier à la charge du résident de 60,61€ dans une chambre à 2 lits et 64,79 € dans une chambre à un lit, soit respectivement 1818,30€ et 1943,70€ pour 30 jours. S'ajoutent au tarif frais de mutuelle, pédicure, coiffeur, entretien du linge et téléphone.

[138] 11 personnes seulement sont bénéficiaires de l'aide sociale ce qui représente 11,22% de l'ensemble des résidents. Le directeur signale toutefois que, sur 2 ans, 5 résidents ont dû quitter l'établissement parce qu'il était trop cher pour leurs revenus.

2.1.2. Les établissements commerciaux

2.1.2.1. La résidence Hôtélia de Bordeaux

[139] C'est un établissement pour personnes âgées dépendantes privé commercial, du groupe KORIAN, d'une capacité de 100 places installées dont 20 d'hébergement temporaire. Il fait l'objet d'une convention tripartite depuis décembre 2003, en cours de renouvellement sur la base d'un GMP de 787 et d'un Pathos de 234. Le GMP est en constante augmentation; il a progressé de 78 points depuis 2006.

[140] Situé au centre de Bordeaux il accueille une population aisée, socialement homogène. Quelques « dames de compagnie », rémunérées par les résidents ou leurs enfants, sont présentes dans l'établissement.

[141] La cuisine est sous traitée au sein de l'établissement à la SODEXHO. Hors cuisine, le ratio de personnel, rémunéré selon les dispositions de la convention collective nationale d'avril 2002, est de 0,51. Le recrutement des personnels soignants est difficile et on constate un « turn over » des diplômés de telle sorte que l'établissement propose des formations qualifiantes aux auxiliaires de vie.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

[142] L'établissement dispose de 84 chambres à 1 lit, dont le tarif varie pour les résidents entrant en 2009 de 86,60€ pour 16m² à 147,30€ pour un appartement de 40m², et de 11 chambres à 2 lits, dont le prix varie par personne de 72,80€ à 96,15€ selon la dimension. Toutes les chambres ne sont pas occupées; il y a 10 places disponibles et la direction souhaite diminuer les places d'hébergement temporaire au profit de l'hébergement permanent.

[143] Le tarif dépendance est de 14,23€ pour une personne de GIR 1-2, de 8,88€ si elle est en GIR 3 ou 4 et de 4,45€ si elle est en GIR 5 ou 6.

[144] Avec le ticket modérateur dépendance les personnes paient 77,25€ en chambre à 2 lits et 91,05€ en chambre seule de 16m², 105,45€ pour une chambre seule de 22 m² et 151,75 € pour un appartement de 40 m². Cela représente un coût mensuel (sur la base de 30 jours) respectivement de 2317,50€, 2731,50€, 3163,50 et 4552,50€.

[145] Ce coût est majoré chaque mois, outre le paiement d'une mutuelle, du coût de la blanchisserie, 109 euros et de 102 euros pour la location de la télévision sans compter les coûts des prestations du coiffeur, du pédicure, des produits de toilette et des consommations et le téléphone. En cas d'hospitalisation, un forfait de 5 euros par jour est déduit de la facturation. Les personnes âgées paient un dépôt de garantie d'un montant correspondant à 30 jours d'hébergement. Une personne doit se porter caution solidaire lors de l'admission d'une personne âgée.

[146] En 2008, 6 personnes ont quitté l'établissement pour aller dans un autre car elles ne pouvaient plus assurer le paiement du tarif. Mais, d'une manière générale, le tarif est payé sans que des difficultés majeures ne soient portées à la connaissance de la direction. L'établissement peut faire « un geste commercial » si une personne se trouve dans une difficulté particulière.

2.1.2.2. La résidence Bellevue à Cambes

- [147] C'est un établissement privé commercial du groupe « Mieux Vivre » qui surplombe la Garonne, à 20 minutes de Bordeaux.
- [148] Créée fin 2006, il a une capacité de 65 places dont 14 en unité spécialisée pour personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et 3 d'hébergement temporaire. Sur 62 chambres, 59 sont à 1 lit et 3 à 2 lits. Toutes sont équipées de douche à fond plat. Les locaux sont agréables et le mobilier chaleureux. Les animaux domestiques sont acceptés. Le recrutement est cantonal et Bordelais. Le taux d'occupation est de 96,51%. La directrice a eu toutefois des difficultés pour remplacer les nombreuses personnes décédées cet hiver.
- [149] L'établissement fait l'objet d'une convention tripartite depuis janvier 2007; le GIR est élevé, 784, le PMP aussi, 255. Le ratio de personnel est de 0,56. La cuisine, bien qu'intérieure, est sous traitée à la SODEXHO. Trois personnes sont présentes la nuit. Devant les difficultés de recrutement de personnel diplômé l'établissement forme des ASH.
- [150] L'âge moyen des personnes accueillies est de 87 ans. Nombreuses sont celles qui présentent des troubles du comportement (plus de 66%).
- [151] La gestion des paies du personnel, la comptabilité, les problèmes juridiques, la gestion des ressources humaines, la démarche qualité sont assurés par le siège du groupe

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »).

- [152] L'absence de subvention d'investissement du Conseil Général, conformément à son règlement départemental qui prévoit de ne pas subventionner les établissements commerciaux, a eu un impact sur le coût de fonctionnement et, par conséquent, sur le coût à la charge des personnes âgées.
- [153] Le tarif d'hébergement est de 74,50€. Les écarts de prix entre ceux que paient les résidents arrivés à l'ouverture et les nouveaux sont de l'ordre de 4 euros par jour, soit 120 euros par mois.
- [154] Le tarif dépendance est fixé à 14,19 euros pour les personnes classées en GIR 1 et 2, 9 euros en GIR 3 et 4 et 3,82 euros pour celles placées en GIR 5 et 6.
- [155] Le coût journalier pour la personne âgée accueillie s'élève donc, avec le ticket modérateur dépendance, à 78,32€, soit 2349,60€ par mois.
- [156] Les résidents versent un dépôt de garantie de 2300 euros. Après 4 jours d'hospitalisation un forfait de 6,40 euros par jour est déduit de la facture qui leur est adressée. La chambre continue à être facturée 15 jours après le décès d'en résident. S'ajoutent au tarif hébergement les prestations de coiffeur et de pédicure, les produits de toilette et le téléphone ainsi que le coût d'une mutuelle.
- [157] 4 personnes ont dû quitter l'établissement, trop cher pour les enfants qui en assuraient le paiement.

2.1.3. Les établissements publics

2.1.3.1. L'EHPAD de Saint Macaire

- [158] C'est un établissement public autonome, ancien hospice, habilité au titre de l'aide sociale, de 114 places dont 102 d'hébergement permanent, 5 d'hébergement temporaire et 7 d'accueil de jour.

- [159] Son humanisation date de 1992, l'emprunt contracté dans cette perspective s'arrête en 2009. En 2006 une unité de 19 places pour personnes souffrant de troubles de type Alzheimer et apparentés a été ouverte. L'impact sur le prix de journée hébergement est de 2 euros, 1 euro pour l'emprunt et 1 euro pour l'amortissement.
- [160] L'établissement a régulièrement été entretenu, les chambres étant systématiquement refaites au départ d'un résident, ce qui limite l'ampleur des travaux. Il ne comporte que des chambres à 1 lit, de 16m² à l'exception de celles de l'unité Alzheimer qui font 22m². Toutes sont équipées de douches.
- [161] L'établissement a fait l'objet dès le 31 décembre 2001 d'une convention tripartite, renouvelée en juin 2008. La dernière évaluation des GIR et de Pathos donnait un GMP de 725 et un PMP de 167. Les 2 médecins de l'établissement, chacun à 25%, sont praticiens hospitaliers, ce qui permet à l'établissement d'être intégré dans un réseau de prise en charge gériatrique et d'éviter certaines hospitalisations. Il dispose d'une pharmacie à usage intérieur.
- [162] Le ratio global du personnel affecté à l'hébergement est de 0,61 avec une cuisine et une blanchisserie. intérieures et de 1 pour l'unité Alzheimer. Le personnel relève de la fonction publique hospitalière et travaille 210 jours, le coût du poste chargé est de l'ordre de 30 à 32000 euros. L'établissement, qui rencontre lui aussi des difficultés de recrutement de personnels soignants, fait de gros efforts de formation d'aides soignants et d'aides médico psychologiques.
- [163] L'âge moyen des personnes qui entrent dans l'établissement est de 86 ans; la durée moyenne de séjour des sortants de 47 mois ; le taux d'occupation était de 99,6% en 2008. L'établissement ne souffre d'aucune concurrence. Il y a en permanence des candidatures de personnes âgées prêtes à être admises.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

- [164] Le tarif hébergement est de 50,20 euros en 2009; le tarif dépendance est de 19,14€ pour les personnes classées en GIR 1 ou 2, de 12,15€ pour les GIR 3 et 4 et de 5,15 € pour les GIR 5 et 6. Chaque personne doit donc payer 55,35€ par jour soit 1660,5 € par mois. Il y a très peu de suppléments à ce prix puisque les médicaments sont inclus dans le tarif soins de l'établissement et l'entretien du linge et les sorties inclus dans le tarif hébergement. Sont à la charge du résident coiffeur et pédicure et téléphone.
- [165] Il y avait 14 bénéficiaires de l'aide sociale en janvier 2009 soit 13,08% des résidents. Le recrutement est local et dans une commune de 1600 habitants tout le monde se connaît. On répugne donc à demander l'aide sociale.

2.1.3.2. L'EHPAD de la Fondation Robert Sabatier à Libourne

- [166] Il s'agit d'un établissement public hospitalier, ancien hospice de 330 places d'hébergement, dont 35 en unité spécifique pour personnes souffrant de maladie type Alzheimer, réparties sur 8 sites. Une partie (104 lits) a été rénovée, une autre tranche de travaux d'aménagement de 112 lits est en projet, dont 25 en unité Alzheimer. En effet une partie de l'établissement est aujourd'hui inadaptée à la prise en charge de la dépendance avec 41 chambres à 2 lits, celles à 3 lits ayant toutes été supprimées. L'établissement dispose en permanence de 3 ou 4 places disponibles du fait de la vétusté de certains pavillons.
- [167] L'âge moyen des personnes accueillies est de 85 ans, la durée moyenne de séjour des sortants de 55 mois, soit 4 ans et 7 mois.

- [168] La première convention tripartite remonte à décembre 2003, elle a été renouvelée en décembre 2008. Le GMP est de 627 et le PMP de 166. L'établissement a tous les avantages de sa proximité des services hospitaliers de court séjour; il dispose de la pharmacie ainsi que de la cuisine et de la blanchisserie de l'hôpital. Le ratio de personnel approche 0,70 ETP.
- [169] L'impact de la première tranche de travaux sur le tarif hébergement est de 3,41 euros par jour en 2009. La deuxième tranche dont le coût est évalué à 12,6 M € aura un impact supérieur car la subvention du Conseil Général ne sera pas au même niveau, ce qui augmentera le montant des emprunts de 2M€. L'incidence prévisionnelle est de 3,79 € par jour en 2012 et de 5,34€ par jour en 2013, dans l'hypothèse d'une subvention transférable de la CNSA.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

- [170] Le tarif dépendance pour les GIR 1-2 est de 26,54 €, pour les GIR 3-4 de 16,84€ et pour les GIR 5-6 de 7,14 €.
- [171] Le tarif d'hébergement est différent selon que les chambres sont humanisées ou restent à humaniser. Il est fixé à 41,69 € en chambre double, 44,05€ en chambre seule restant à humaniser et 47,37€ en chambre humanisée, ce qui, avec le ticket modérateur dépendance, donne un reste à charge journalier respectivement de 48,83€, 51,19€ et 54,51€, soit 1464,9€, 1535,7€ et 1635,3€ par mois
- [172] Ce coût intègre à la fois les médicaments, l'entretien du linge, le pédicure. Le résident doit payer en complément, outre une mutuelle, le coiffeur, les produits de toilette, le téléphone et quelques sorties.
- [173] Sur les 330 résidents, 80 sont bénéficiaires de l'aide sociale, soit 24,24%.

2.1.3.3. L'USLD du CHU de Bordeaux Pessac

- [174] C'est une unité de soins de longue durée redéfinie de 120 lits dont une partie est de construction récente, l'autre étant installée dans des locaux peu adaptés à l'accueil de personnes dépendantes.
- [175] Le GMP est de 812, le PMP de 706. Le ratio de personnel est de 1 ETP pour 1 personne âgée. L'établissement n'a pas de difficultés pour recruter des personnels soignants car il dispose d'une école d'infirmiers, d'un centre de formation d'aides soignants et d'un centre de formation continue. La population accueillie est composée pour 70 à 80% de personnes désorientées. La moitié des résidents sont sous mesure de protection juridique.

Le coût à la charge des personnes âgées (cf. tableau 7 « récapitulatif »)

- [176] Le tarif hébergement a baissé lorsque la dotation soins a augmenté en 2008. Il est actuellement de 49,32 € et de 52,60€ avec le ticket modérateur dépendance fixé à 3,28€ ce qui porte le coût mensuel à 1578€. Il inclut les médicaments. Restent à la charge de la personne âgée, en plus du coût d'une mutuelle, coiffeur, produits de toilette et téléphone.
- [177] Les bénéficiaires de l'aide sociale sont au nombre de 56 ce qui représente 46,60% de la population accueillie.

2.2. *Le coût à la charge des résidents*

- [178] Ainsi que la mission l'a constaté, les tarifs à la charge des résidents dans les établissements visités par la mission varient, en 2009, ticket modérateur dépendance inclus, pour une chambre à un lit d'environ 22 m², de 50,71€ par jour à Targon, à 105,45€ à Bordeaux Hôtelia en passant par 52,60€ à l'USLD de Bordeaux, 54,51€ à Libourne, 55,35€ à Saint Macaire, 64,79€ à Villa Pia et 78,32€ à Cambes.
- [179] Les charges d'exploitation courante représentent de 20 à 25% du tarif hébergement, celles relatives aux amortissements et aux frais financiers de l'ordre de 30 à 40% et celles de personnel de l'ordre de 30 à 40%.
- [180] Comme on peut le constater sur le tableau récapitulatif, selon leur statut, selon la convention collective appliquée aux personnels, selon le tarif soins retenu, global ou partiel, selon l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur, selon l'ancienneté des bâtiments, selon le mode de financement de l'investissement et des travaux et l'importance des subventions, selon la dimension des chambres, selon la définition de l'entretien du linge, (seul le linge de maison étant parfois inclus dans le tarif), les compléments de coûts à la charge des personnes âgées accueillies diffèrent.
- [181] Les résidents doivent tous, de surcroît, acheter quelques produits de toilette et quelques vêtements. S'ils vont chez le coiffeur et le pédicure une fois par mois, s'ils ont le téléphone, c'est une somme minimale mensuelle de l'ordre de 100 à 150 euros qui leur est nécessaire en plus du montant de leurs frais de séjour, sans compter les charges qu'ils peuvent avoir par ailleurs, mutuelle, impôts, taxes, contrat d'obsèques, par exemple, charges déduites des ressources prélevées par le département pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

2.3. *Le paiement du coût à la charge des résidents*

- [182] La grande majorité des résidents paient leur séjour en établissement. Dans les établissements visités par la mission le recours à l'aide sociale constitue l'ultime recours après que toutes les ressources personnelles ont été mobilisées. Le pourcentage des personnes bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements est inférieur à 14% à Villa Pia et Saint Macaire, inférieur à 18% à Targon et inférieur à 25% à Libourne. En revanche 46,60% des résidents de l'USLD sont bénéficiaires de l'aide sociale, ce pourcentage pouvant s'expliquer par le faible nombre de structures susceptibles d'accueillir des personnes âgées atteintes de pathologies multiples et par le fait que les USLD redéfinies accueillent des personnes de moins de 60 ans.
- [183] Dans les établissements privés commerciaux le montant des revenus des résidents est globalement élevé, il se situe entre 3 000 et 5 000 euros par mois. La plupart des personnes âgées ont de l'argent placé, des vignes ou des maisons qu'elles peuvent louer ou vendre. Lorsque leurs revenus ne sont pas suffisants pour assurer leurs frais de placement, les résidents sont aidés par leurs enfants, souvent de catégorie socio professionnelle élevée.
- [184] Dans les établissements associatifs et publics les ressources des résidents, accueillis à titre payant, se situent dans une fourchette de 800 à 2 500 euros par mois et celles des bénéficiaires de l'aide sociale dans une fourchette de 300 à 1 300 euros par mois. Il y a donc des personnes accueillies à titre payant qui ont des ressources aussi faibles que certains bénéficiaires de l'aide sociale et qui ouvrent droit à l'allocation de logement social ou à l'allocation personnalisée au logement, qui peut atteindre 200 euros par mois pour les personnes aux revenus les plus modestes.
- [185] Lorsqu'elles ont des enfants les personnes âgées tentent d'éviter qu'ils ne soient soumis à l'obligation alimentaire corrélative à l'octroi de l'aide sociale. Elles mobilisent la totalité de leurs ressources et de leur épargne pour assurer leurs frais de séjour ou ceux de leur conjoint.

[186] La mission a constaté des montants d'épargne élevés chez des personnes aux revenus mensuels très modestes. Les résidents demandent l'aide sociale à partir du moment où leur capital est réduit à 3000 euros.

[187] La mission a aussi rencontré des familles qui préféreraient emprunter pour participer au coût du placement de leur ascendant plutôt que de vendre la maison des parents qui avaient épuisé leur épargne.

3. LA DUREE DES SEJOURS

[188] La durée moyenne de séjour des résidents présents dans les établissements du département de la Gironde en juin 2009 était de 4,2 ans, la médiane de 3,7 ans, la durée de séjour moyenne maximale constatée étant de 12,8 ans et la durée moyenne minimale de 0,9 an²³.

[189] Les 7 établissements visités accueillent une population de plus en plus dépendante. Néanmoins la durée moyenne de séjour dans ces établissements s'approche de la durée moyenne constatée dans l'ensemble du département de la Gironde, c'est-à-dire d'environ 4 années.

[190] Le coût annuel d'un placement à Targon est de 18 255€, à Villa Pia à Bordeaux de 21 820€ ou 23 324€ selon que le résident est en chambre à 1 ou 2 lits, à Saint Macaire de 19 926€, à Libourne de 17 578€ en chambre à 2 lits non rénovée et de 19 624€ en chambre à 1 lit rénovée, et de 18 936€ à l'USLD de Bordeaux.

[191] Il ressort que, dans les établissements associatifs ou publics visités par la mission, pour qu'une personne âgée puisse payer son placement pendant une durée de 4 ans, sans l'aide de ses descendants, elle doit pouvoir s'acquitter d'une facture d'un montant allant de 70 000€ en chambre à 2 lits à Libourne à 93 300€ en chambre rénovée à Bordeaux (Villa Pia).

[192] Si, avec ses ressources mensuelles, (retraites ou revenus autres) et les aides au logement, elle dispose de 1 000€ par mois, soit 48 000€ pour 4 ans, un complément de ressources lui est nécessaire pendant cette période de 22 000 à 45 000 € selon l'établissement et le type de chambre.

[193] Des montants d'épargne de ce niveau ont été constatés par la mission. Un problème financier majeur se pose toutefois quand la personne vit plus longtemps et quand la durée de son séjour atteint 6 ou 7 ans, ce qui a été également constaté par la mission, certaines personnes entrées dans l'établissement à 95 ans étant aujourd'hui âgées de 102 ans. Ces personnes sont, de ce fait, conduites à solliciter l'aide de leur famille ou bien, si elles n'en ont pas ou si leur famille n'a pas de revenus suffisants pour payer un complément mensuel allant de 450 à 950 euros par mois, elles sont contraintes à demander à bénéficier de l'aide sociale.

[194] La durée du séjour est donc un facteur essentiel du coût à la charge des résidents et, par définition, les personnes âgées ne sont pas en mesure de le prévoir au moment de leur admission.

²³ Enquête DASS Gironde sur 95 établissements, juin 2009

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des sommes à la charge des personnes âgées accueillies en EHPAD ou USLD

Etablissements	Résidence Hamilton Targon	Villa Pia Bordeaux	Hôtelia Bordeaux	Résidence Bellevue Cambes	Ehpad Saint Macaire	Ehpad Libourne	USLD Bordeaux
Statut	associatif	associatif	commercial	commercial	Public autonome	Public hospitalier	Public hospitalier
Tarif hébergement	46,58€	55,54€	86,60€ 101,0€	74,50€	50,20€	47,37€ 44,05€ 41,69€	49,32€
Tarif dépendance par niveau de GIR	1-2 3-4 5-6	2 lits 1 lit	16m ² 22m ² Grande chambre Appartement 40m ²	1-2 3-4 5-6	1-2 3-4 5-6	1-2 3-4 5-6	1-2 3-4 5-6
Honoraires généralistes ²⁴	Résident avec remboursement assurance maladie	Résident avec remboursement assurance maladie	Résident avec remboursement assurance maladie ²⁵	Résident avec remboursement assurance maladie	Résident avec remboursement assurance maladie	Ehpad	USLD
Honoraires autres praticiens paramédicaux	Résident avec remboursement	Résident avec remboursement	Résident avec remboursement	Résident avec remboursement	Résident avec remboursement	Ehpad	USLD
médicaments	Ehpad sauf médicaments hors liste (PUI)	Résident avec remboursement branche maladie	Résident avec remboursement branche maladie	Résident avec remboursement branche maladie	Ehpad sauf médicaments hors liste (PUI)	Ehpad (PUI)	USLD (PUI)
Pédicure ²⁶	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Ehpad	USLD
Produits de toilette	Résident	Ehpad	Résident	Résident	Ehpad	Résident	Résident

²⁴ Il y a très peu de médecins avec honoraires libres, exceptionnellement quelques spécialistes; à Hotelia il y a environ 80% des 50 médecins qui interviennent dans l'établissement

²⁵ L'établissement fournit l'essentiel si le résident a de gros problèmes financiers

²⁶ L'établissement fournit l'essentiel si le résident a de gros problèmes financiers

Coiffeur ²⁷	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident	Résident
Sorties	Ehpad	Ehpad	Résident	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Certaines sorties payantes	Certaines sorties payantes
Consommations	Ehpad	Ehpad	Résident	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	USLD
Repas invités	9 €	10€ vin compris	15,5€ midi, 12€ le soir	6 euros	3,90 €	3,90 €	9€	9,10€		
Téléphone	Contrat individuel	Contrat individuel	13,99€ abonnement mensuel, unité 0,12 €	Contrat individuel	Ehpad sauf n° en 06 et 08	Contrat individuel	Contrat individuel	Contrat individuel		
Télévision ²⁹	personnelle	personnelle sauf chambres rénovées	3,40 euros par jour	Ehpad (sauf abonnement canal +)	Depuis 2009 télévision murale	personnelle	personnelle	personnelle		
Internet	Si besoin ponctuel Ehpad	Abonnement personnel	Pas de demande des résidents	En réflexion	EHPAD	Abonnement personnel	Abonnement personnel	Pas de demande des résidents		
Entretien du linge personnel	Ehpad	Résident	Forfait 109 euros par mois	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	USLD		
Divers		Responsabilité civile charge Ehpad	Arrhes 305 €, frais de dossier 50 €, dépôt de garantie							

²⁷ Le personnel de l'établissement coiffe les personnes sans ressources

²⁸ L'établissement propose les services d'une esthéticienne

²⁹ Il s'agit de la télévision dans la chambre

Liste des personnes rencontrées en Gironde

Direction des affaires sanitaires et sociales

Madame Paule LAGRASTA Directrice

Madame Cécile RAPINE Inspectrice principale, précédent responsable des établissements pour personnes âgées

Monsieur Christophe CANTO Inspecteur principal, actuel responsable des établissements pour personnes âgées

Madame Yolande CARRERAS Inspectrice chargée de tarification, d'évaluation et du contrôle

Monsieur Bernard HULLLOT Inspecteur chargé de l'instruction des plaintes

Docteur Pierre JAMET Médecin inspecteur secteur des personnes âgées

Madame Elisabeth LEPARRE ELLIAS Inspectrice principale chargée de la politique sanitaire

Conseil Général

Monsieur Gérard MARTY Directeur Général des services

Monsieur Jean Louis GRELIER Directeur général adjoint chargé de la Solidarité

Monsieur Hervé BOUCHAIN Directeur des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Madame Stéphanie BONAVENTURE Chef du service des établissements pour personnes âgées, personnes handicapées et de l'aide à domicile

Monsieur Joël ICHANSON Attaché chargé de la tarification des établissements pour personnes âgées

Résidence Anna Hamilton à TARGON

Monsieur Clément GRENIER Directeur

Monsieur Didier DEGLANE Secrétaire comptable

Docteur Marc DUMON Médecin coordonnateur

Cos Villa Pia à Bordeaux

Monsieur Rodolphe KARAM Directeur

Madame Véronique BAZANEGRE Assistante de direction

Madame Corinne CONGE Chargée de mission pour le développement des projets

Madame Fernande BOUGRA Infirmière coordinatrice

Résidence Hotelia à Bordeaux

Madame Marie Christine BARTHE Directrice

Madame Cécile CAPON du Groupe Korian

Résidence Bellevue Cambes

Madame Florence PROUVEUR Directrice
Madame Françoise LESIGNE Directrice précédente
Madame Corinne GARRIGOU AMP
Madame Mylène DESPUJOS Psychologue

EHPAD de Saint Macaire

Monsieur DAUBE Directeur
Madame Monique POUTAYS Attachée d'administration
Madame le Dr de DORNE Praticien hospitalier
Madame LADEVEZE Cadre de santé
Madame de BALTHAZAR Pharmacien
Madame ORY Psycho gérontologue

EHPAD Fondation Sabatier Libourne

Madame Sylvie LENIER Cadre supérieur de santé, faisant fonction de directrice
Madame Nadine ROLLUS Attachée d'administration, assistante de gestion
Madame Gisèle NAULET Attachée d'administration, Direction des Finances
Madame Véronique DUMONTEIL Adjoint des cadres Direction des Finances
Madame le Dr Claire DUFFRIER Médecin coordonnateur temps plein

Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Groupe hospitalier Sud CHU de Bordeaux

Monsieur Xavier ARNOZEAU Responsable du pôle Gériatrie clinique
Madame Marie Laure DAUGE Attachée d'administration
Monsieur Franck RAYNAL DRH Groupe Sud
Madame Cécile LEBRUN Attachée d'administration responsable du service des admissions
Madame Catherine PACINA Adjoint administratif
Madame le Dr Joanne JENN Praticien hospitalier
Monsieur le Dr Arnaud DECAMPS Praticien hospitalier
Madame Martine BAUDINET Cadre supérieur de santé
Madame Marie Ange SCHWAB Assistante sociale

Annexe n° 4 : Informations recueillies à Paris

1. ELEMENTS DE PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE PARIS ET DE SA POPULATION

1.1. Données économiques et démographiques

- [195] La mission a choisi de retenir Paris parmi les départements visités compte tenu des caractéristiques plutôt atypiques de l'offre de places en EHPAD et de la population concernée.
- [196] Si Paris bénéficie d'un potentiel fiscal élevé, les inégalités de revenus sont fortes tant parmi les actifs que les retraités et entre les arrondissements. Le revenu net imposable moyen par foyer fiscal s'élevait en 2006 à 35 583€ et la médiane du revenu fiscal des ménages par unité de consommation à 22 535€.
- [197] Le schéma départemental des personnes âgées a été adopté en juillet 2006 pour la période 2006-2011 avec des données arrêtées au 31 décembre 2005.

1.1.1. L'offre de places

1.1.1.1. Un taux d'équipement faible

- [198] En dépit de récentes ouvertures de lits, l'offre parisienne se caractérise par un ratio d'équipement qui reste faible, en dessous de la moyenne régionale Ile de France et très inférieur à la moyenne nationale. Dans Paris intra muros, le taux d'équipement en EHPAD est de 30 pour 1000 Parisiens de plus de 75 ans (80 en Ile de France et 101 en moyenne nationale).
- [199] De plus, une part des lits gérés par des structures parisiennes pour la population parisienne est située, pour des raisons qui tiennent à l'histoire, en banlieue, voire en province en ce qui concerne le secteur public.
- [200] En prenant en compte les lits d'unité de soins de longue durée (USLD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le taux d'équipement en structures médicalisées pour les personnes âgées est de 45,8 pour 1000 habitants.
- [201] Les évolutions du taux d'équipement entre 2005 et 2009 sont ténues. Au 31 décembre 2005, 5598 places étaient disponibles dont 1 124 gérées par le Centre communal d'action sociale (CCAS VP) situées en banlieue ou en province.
- [202] Depuis 2006, 389 places ont été créées mais des lits ont été supprimés à l'occasion des travaux d'humanisation et un établissement a fait l'objet d'une fermeture administrative. La création nette est de 320 places depuis l'adoption du schéma.
- [203] En 2009, 60 EHPAD conventionnés sont ouverts, ce qui représente 6 577 places dont 4 390 places habilitées à l'aide sociale (HAS). Dans Paris intra muros, on compte 5 318 places dont 3131 HAS soit 58%. En incluant les places hors Paris, le taux de places habilitées à l'aide sociale est de 66%.

[204] De plus, 7 EHPAD sont actuellement autorisés pour 584 places dont 366 places HAS.

1.1.1.2. Les évolutions de l'offre des secteurs sans but lucratif

[205] Si l'AP HP ne gère pas de lits d'EHPAD, l'offre en hébergement pour personnes âgées doit être appréciée en intégrant les places dont elle dispose.

[206] Bien que l'AP HP n'ait pas encore signé de conventions tripartites en USLD, la mission a pris en compte cet acteur central de la politique de gériatrie à Paris qui gère plus de 4 000 lits de soins de longue durée sur l'ensemble de ses 18 sites dont 12 ont une forte spécialité gériatrique.

[207] Son rôle, fruit d'une longue histoire, est actuellement réévalué dans le cadre du plan stratégique 2005-2009. L'AP HP recentre son activité et la restructure, ce qui se traduit notamment par une diminution du nombre de lits. Depuis 2005, 473 lits ont été supprimés soit 60% de l'objectif du plan stratégique. Ces restructurations de l'offre de soins ont des conséquences pour le département de Paris dont les capacités d'accueil ne progressent pas.

[208] En ce qui concerne la gestion de places en EHPAD au sens strict, le Centre communal d'action sociale de la Ville de Paris (CCAS VP) est le gestionnaire principal avec 2 268 places (dont 48% dans Paris intra muros) réparties sur 14 établissements avec un GMP compris entre 651 et 786. Les places sont réservées en priorité aux personnes pouvant justifier de trois ans de domiciliation à Paris dans les cinq dernières années.

[209] Dans le secteur public, des places ont été créées en 2006 (124), en 2007 (100) et en 2008 (96).

[210] Dans le secteur non lucratif, 16 établissements associatifs gèrent 1 722 lits. Cinq établissements relèvent du secteur associatif non HAS avec 417 places.

1.1.1.3. Le dynamisme de l'offre commerciale

[211] L'offre commerciale a connu un développement significatif depuis 2004 avec la création nette de 590 lits et l'ouverture de 9 établissements.

[212] Au 31 décembre 2008, 1 468 places sont réparties entre les 15 établissements des groupes Korian (6 EHPAD), Orpéa (4 EHPAD), Domusvi (3 EHPAD) et Médica France (2 établissements).

[213] Si en 2008, les établissements ont affiché un taux d'occupation supérieur à 90%, les effets de la crise se font sentir en 2009. Les inquiétudes économique-financières et l'évolution des exigences de confort expliquent que des places puissent être disponibles, notamment en chambre double.

[214] A la demande de la municipalité, des places habilitées à l'aide sociale (HAS) sont dorénavant réservées dans les nouvelles constructions privées. Dans 7 établissements privés sur 23, 25% des places sont habilitées à l'ASH. Environ 150 résidents sont actuellement concernés pour les 174 places ouvertes à l'aide sociale.

[215] Cette pratique de la réservation de places fléchées pour des bénéficiaires de l'ASH se traduit par une mutualisation entre les résidents de l'établissement privé : les gestionnaires répartissent le différentiel entre le tarif d'hébergement et le tarif pris en charge par le conseil général entre les résidents payants. Ce prix est calculé selon la moyenne des prix constatés dans le secteur associatif soit 71,60€ en 2009.

1.1.2. La demande

[216] Si les facteurs démographiques et la capacité financière des résidents et des obligés alimentaires structurent la demande comme partout ailleurs, les Parisiens adaptent aussi en partie leur comportement en fonction des caractéristiques de l'offre telle qu'elle existe.

1.1.2.1. Un vieillissement moins marqué que dans le reste du pays

[217] La population des plus de 80 ans représente 5,6% des 2 150 000 Parisiens. Elle devrait représenter 5,8% en 2015. Actuellement, 94% de cette tranche d'âge vivent à domicile, notamment en s'appuyant sur les moyens mis en œuvre par la collectivité parisienne pour améliorer et prolonger autant que possible la vie à domicile.

[218] Au total, le vieillissement de la population est moins marqué que dans le reste de la France.

[219] Le solde global migratoire des personnes âgées est négatif, avec des départs nombreux entre 60 et 65 ans, mais une certaine stabilité résidentielle est observée au-delà. Des retours de la province vers Paris sont également remarquables par les services de la Ville, mais ne sont pas mesurés.

[220] A terme, le nombre des personnes âgées issues de l'immigration et ayant un faible pouvoir d'achat va sensiblement augmenter.

1.1.2.2. Les retraites et le patrimoine

[221] A Paris, la prépondérance forte des cadres retraités se conjugue avec une sous représentation des ouvriers. Le niveau moyen des pensions est plus élevé que la moyenne nationale, mais l'importance des écarts et les différences entre les arrondissements en font un indicateur peu opérationnel.

[222] Si le revenu médian annuel des retraités se situe dans les trois premiers départements français soit 40% au dessus de la moyenne nationale, les écarts de revenus des retraités parisiens sont très marqués allant de 1 à 9.

[223] Après 60 ans, les Parisiens sont 3 fois plus nombreux que la moyenne nationale à demeurer dans la vie active.

[224] Si moins de 30% des Parisiens sont propriétaires de leur logement, la proportion atteint 50% parmi les retraités. Dans le contexte de l'augmentation sensible de la valeur des biens immobiliers depuis une décennie, cet élément est un facteur important à prendre en compte dans l'analyse des demandes d'aide sociale.

[225] Entre le secteur habilité à l'aide sociale qui accueille un taux élevé de personnes qui relèvent effectivement de l'aide sociale et un secteur privé plus cher que dans les autres départements, l'offre intermédiaire est faiblement développée. Telle qu'elle existe, l'offre ne répond que partiellement à tout l'éventail des revenus des Parisiens de plus de 85 ans.

1.1.2.3. La connaissance des besoins et l'évolution de la demande

[226] Les témoignages recueillis par la mission sont concordants : la connaissance des besoins de la population est difficile et les outils dont disposent les gestionnaires ne donnent pas entièrement satisfaction.

- [227] Les listes d'attente, telles qu'elles sont conçues et gérées soit par chaque établissement soit au niveau du CCAS VP, sont un outil inadapté. Elles ne permettent pas de mesurer les besoins de la population et s'avèrent également un instrument assez inefficace dans la gestion des entrées. S'inscrire sur une liste et vouloir y entrer sont deux démarches assez distinctes.
- [228] Les places nouvelles qui se créent ne sont pas systématiquement occupées immédiatement; les établissements connaissent un temps de mise en route progressive allant de quelques semaines à plusieurs mois. Les Parisiens sont réticents à quitter la ville pour aller vivre dans les établissements du CCAS VP situés en banlieue, fut elle proche.
- [229] L'inscription des personnes en amont avec des mises à jour difficiles (une mise à jour annuelle au CCAS VP) se révèle un indicateur grossier des besoins de la population. D'un côté, l'établissement comptabilise les dossiers d'inscription, de l'autre les personnes expriment une demande plus complexe qui inclut une place, un prix et une date d'entrée, en règle générale le plus tard possible.
- [230] Une partie des Parisiens semble anticiper la situation de l'offre et organise leur mobilité géographique en amont et dès l'âge de la retraite. Ainsi une partie des besoins de la population ne s'exprime pas.
- [231] Les interlocuteurs de la mission notent que des familles tentent de faire jouer la concurrence en comparant les prix, notamment en banlieue entre ceux de l'AP HP et ceux, souvent moins chers, des établissements locaux.
- [232] Lorsque la pression de l'urgence n'existe pas ou plus, un début de mouvement de concurrence peut être également observé à Paris entre les établissements tant sur la qualité que sur le tarif d'hébergement (TH). Des sorties d'EHPAD, notamment du secteur privé sont motivées par le niveau trop élevé du TH. En urgence, la priorité est de trouver une place, puis vient pour la famille le temps de comparer les prix et la qualité. Pour assurer une meilleure qualité de la prise en charge hôtelière des résidents, le CCAS VP recrute des cadres hôteliers en EHPAD comme il en existe dans le secteur commercial.

2. DONNEES RECUEILLIES SUR LES COUTS MIS A LA CHARGE DES RESIDENTS

2.1. *Les coûts mensuels*

2.1.1. Données concernant les établissements de Paris

2.1.1.1. Les coûts des places en USLD à l'AP -HP

- [233] La Mairie de Paris est l'autorité tarificatrice. Le tarif d'hébergement est identique sur tous les sites (77,21€ pour une chambre simple et 72,27€ pour une chambre double). Ce tarif est gelé depuis 5 ans. Le tarif GIR 5-6 s'élève à 6,19€. Le total s'élève donc à 83,40€ en chambre simple. Le coût mensuel est de 2 316€ pour une chambre double et 2 354€ pour une chambre simple.

- [234] Ce prix ne comprend pas le téléphone (ouverture de ligne 30€ et consommations), l'abonnement à la télévision (5€), les produits de toilette, le coiffeur et les soins de pédicure. Le règlement de l'AP exclut expressément du TH la rémunération des personnes de compagnie. Dans la rubrique des animations, seules les activités proposées dans le cadre des animations programmées à l'intérieur de l'établissement sont comprises dans le TH. Les sorties à l'extérieur de l'établissement comme une visite de musée ou, à l'initiative du résident et de sa famille, ne sont pas prises en compte. Le linge personnel n'est ni fourni ni entretenu.
- [235] L'AP HP a développé une analyse des coûts et fait état d'un coût total prévisionnel par journée de 199,97€ dont 107,42€ de dépenses de personnel. En USLD, le ratio du personnel est de 0,8.
- [236] Les coûts de la partie hébergement des places en USLD se décomposent ainsi : repas 13,95€, blanchisserie 4,11€, frais de siège 9,6€, fonctions support 34,75€, fluides 15€. Les amortissements représentent selon les sites de 10 à 30 €. Les frais de siège et les fonctions support ont un coût marginal faible.
- [237] Pour le résident, les dépenses les plus importantes hors tarif d'hébergement concernent les transports sanitaires d'un site à l'autre pour des examens ou des soins. Il est demandé aux résidents de conserver l'adhésion à une mutuelle, même si la réforme qui vise à facturer ces transports aux résidents ne se met en place que progressivement pour mieux en lisser les effets.
- [238] L'analyse de l'AP HP montre que si le tarif d'hébergement était calculé dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) selon les mêmes règles qu'en USLD, les résultats obtenus seraient du même ordre.
- [239] Il est à noter que le montant des sommes payées par les résidents en USLD est inférieur, calculé à la journée, au montant des frais à acquitter en Soins de suite et de réadaptation (SSR). Le TH de 72,27€ est à rapprocher à la somme du forfait hospitalier (16€ par jour), du ticket modérateur (49,60€ en SSR) et du supplément pour chambre individuelle (39€ la nuit) soit 104,60€.
- [240] Toutefois, la charge financière effectivement supportée par les personnes est, *in fine*, très différente. En USLD, il n'y a pas de prise en charge par un mécanisme mutualiste et les durées de séjour sont beaucoup plus longues qu'en MCO ou SSR.

2.1.1.2. Les coûts dans les EHPAD du CCAS VP

- [241] Le CCAS fixe en amont des constructions et des rénovations un objectif de TH qui lui semble raisonnable pour les résidents et les finances de la Ville. Il est actuellement plafonné à environ 80€. A partir de cet objectif, le CCAS s'efforce de trouver les solutions de financement qui permettent d'y parvenir. En règle générale, le financement des travaux en EHPAD se fonde sur un tiers de subventions de la Ville, un tiers de subventions autres et un tiers de recours à l'emprunt.
- [242] Contrairement à la politique pratiquée à l'AP HP, le TH diffère selon les établissements. En 2002, la réforme de la tarification s'est traduite par une baisse du TH (de l'ordre de 19,25%) suivie d'un renchérissement à partir de 2003. En 2005, le coût s'élevait à 63,39€ en moyenne. Il est compris aujourd'hui entre 60€ et 80€ selon les établissements.
- [243] Le CCAS VP ne fait pas de distinction entre le tarif d'une chambre double et celui d'une chambre simple.
- [244] Les frais de siège s'élève à 6 % du TH.

2.1.1.3. Le secteur associatif non lucratif habilité à l'aide sociale

- [245] Dans le secteur associatif habilité à l'aide sociale, les TH fixés par le conseil général sont du même ordre que ceux du CCAS VP.
- [246] La moyenne des associatifs les plus récents s'élève à 71,60€.
- [247] Le talon correspondant au GIR 5- 6 est de 5,34€ en moyenne.

2.1.1.4. Le secteur commercial

- [248] Dans le secteur commercial, les tarifs de base sont compris, selon les établissements, entre 110€ et 140 €. Il s'agit à ce premier prix le plus souvent d'une chambre double ou de la chambre la plus petite (20m²). Pour quelques rares établissements, le TH peut atteindre plus de 220€ dans les arrondissements les plus onéreux de la capitale.
- [249] Ces TH ne comprennent pas les prestations téléphone, télévision, blanchisserie, esthétique, coiffure, pédicure qui sont en sus.
- [250] Le talon GIR 5-6 s'élève à 4,37€ en moyenne.

2.1.2. Données recueillies dans les établissements visités par la mission

- [251] Lors de ses déplacements en région, la mission a visité plusieurs établissements appartenant aux groupes privés présents dans la capitale. Elle a par ailleurs rencontré les dirigeants des deux principaux groupes.
- [252] Afin de compléter le panorama des établissements visités, la mission s'est rendue dans 3 établissements situés à Paris : l'EHPAD Hérold (Paris 19^e), l'EHPAD « Amitié et partage » (Paris 6^e) et l'EHPAD « Fondation Rothschild » (Paris 12^e).
- [253] Les trois EHPAD sont entièrement habilités à l'aide sociale ; Hérold est géré par le CCAS VP et les deux autres appartiennent au secteur associatif non lucratif. Toutefois, ces établissements sont très différents par leur dimension et par le niveau de dépendance des personnes accueillies. Le projet des trois établissements est clairement identifié.
- [254] L'EHPAD associatif Rothschild comprend 503 lits dont 44 chambres doubles. Il s'agit du plus grand établissement de France. Toutes les chambres sont équipées de WC et de douches adaptées. Les espaces communs sont vastes. Le GMP s'élève à 701. Si l'établissement est ouvert à tous, le caractère propre de son projet qui se traduit en particulier par une nourriture casher lui assure un fort ancrage communautaire. Les responsables de l'établissement expliquent ainsi la solidité des liens entre les résidents et leurs familles qui restent présentes. Si environ 10% des résidents n'ont pas de famille, environ 75% des résidents reçoivent des visites régulières et pour les grandes fêtes.
- [255] L'EHPAD « Amitié et partage » est un établissement de 66 lits et de 6 lits non médicalisés. Il est géré depuis le 1er janvier 2009 par l'association « Partage solidarité accueil ». Le GMP est de 450. Les chambres sont individuelles avec douche, mais toutes ne sont pas adaptées aux personnes dépendantes. Des études sur le coût élevé des mises aux normes sont actuellement conduites. Le renouvellement de la convention tripartite a été signé en 2008. Dans cet établissement qui accueille notamment des religieuses âgées, les liens avec les familles restent étroits pour 60% des résidents.

[256] L'EHPAD Hérôld, géré par le CCAS VP, est le plus récent des trois établissements ; il est ouvert depuis août 2008 et accueille 100 résidents dont plus de la moitié atteints de la maladie d'Alzheimer. Le GMP atteint 800. Toutes les chambres sont individuelles et aux normes, les espaces collectifs sont nombreux et attrayants. L'établissement est principalement occupé par des personnes qui habitaient ou dont la famille habite le 19^e arrondissement. Une majorité de résidents, de l'ordre de 70% ont des liens réguliers avec leur entourage.

2.1.2.1. Le tarif d'hébergement et les autres dépenses

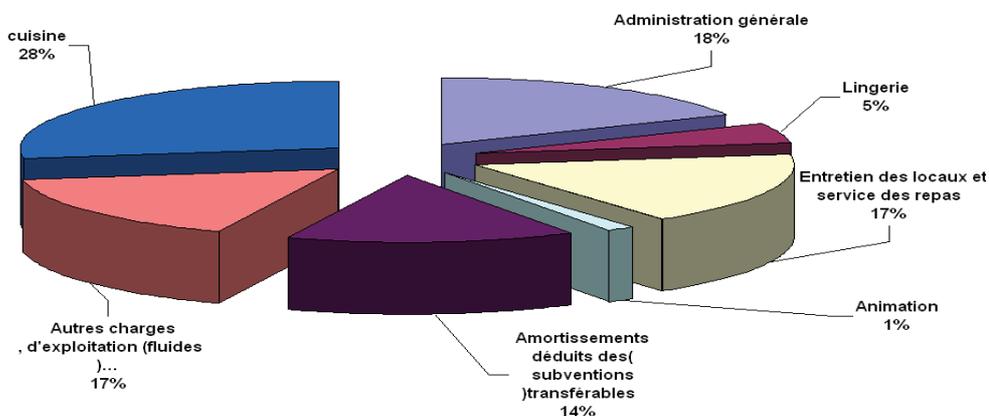
Tableau 8 : Tableau récapitulatif des sommes à la charge des personnes âgées accueillies en EHPAD ou USLD

Etablissements	Privé associatif Amitié et partage		Privé associatif Rothschild		Public Hérôld	
Tarif hébergement	71,94 €* (que des chambres Individuelles) *au 1er avril 09		80,11€ 2 lits (44 chambres)		81,10€	
Tarif dépendance	Gir 1-2 :	20,02	Gir 1-2	22,80	Gir 1-2	24,45€
	Gir 3-4 :	12,71	Gir 3-4	14,47	Gir 3-4	15,50€
	Gir 5-6 :	5,39	Gir 5-6	6,14	Gir 5-6	6,60€
Honoraires autres Praticiens et paramédicaux Transports sanitaires	Résident		EHPAD		Résident	
Médicaments	résident		EHPAD		résidents	
Pédicure	Résident 23€		résident		EHPAD	
Produits de toilette	Résident		EHPAD		résident	
Coiffeur	résident		EHPAD		EHPAD (sauf les couleurs)	
Sorties	résident		EHPAD		EHPAD (sauf les transports parisiens pour personnes âgées « PAM » soit 4€)	
Consommations boissons	EHPAD				EHPAD (les mois chauds)	
Repas invités	11 €		8,40€		10,70€	
Téléphone	Abonnement mensuel 6,50€ Gratuité des consommations (sauf mobile)		Résident Uniquement les consommations à prix coûtant		Résident : installation 120€+abonnement +consommation	
Télévision	Résident		Résident (sans redevance)		Résident	
Internet	EHPAD		/		/	
Entretien du linge personnel	EHPAD		EHPAD		EHPAD	

2.1.2.2. Des éléments sur la composition du tarif d'hébergement

- [257] Dans les trois établissements, le TH est fixé par le conseil général de Paris au terme d'une procédure administrative annuelle avec un objectif d'augmentation plafond. Toutefois, il est procédé, le cas échéant, à un examen détaillé des postes en débat entre les services du conseil général et les établissements.
- [258] A Paris, les tensions sur le foncier sont un élément important à prendre en compte dans l'analyse du taux d'équipement et dans la composition du TH. Toutefois, les promoteurs de projets et les gestionnaires d'établissements du secteur public et du secteur associatif à but non lucratif parviennent à surmonter cet obstacle par différentes voies.
- [259] A Rothschild, l'EHPAD ne verse pas de loyer à la fondation Rothschild qui est propriétaire des terrains et des locaux. L'association ne prend à sa charge que les amortissements des investissements.
- [260] Le même schéma se retrouve à « Amitié et partage » où l'association des petites sœurs de l'enfant Jésus, propriétaire, ne demande pas de loyer. Toutefois, l'entretien des bâtiments et leur mise aux normes sont à la charge de l'EHPAD.
- [261] Le CCAS VP est propriétaire de l'EHPAD Hérault. Situé à l'emplacement d'un ancien hôpital, l'investissement total s'est élevé à 20,465 M€ dont 920 000 € pour le terrain et sa dépollution. Le coût de l'investissement se répercute à hauteur de 11,73€ sur le TH.
- [262] Si les coûts des denrées alimentaires sont assez comparables d'un établissement à l'autre, les charges de personnel sont différentes. Dans la grande majorité des établissements visités par la mission à Paris et en région, le coût des repas revient environ à deux fois le prix des denrées.
- [263] La part des denrées de restauration s'élève à 7€ à Rothschild et 6€ à Hérault. Mais le prix de revient des repas s'élève à 22,25€ à Hérault soit 28% du TH. L'établissement a fait de la qualité des repas une priorité de la vie des résidents.
- [264] A « Amitié et partage », les frais de siège s'élèvent à 50 000€ soit moins de 2 € du TH. Au CCAS VP, les frais d'administration générale intégrés dans le TH s'élève à 14,08€.

Schéma 1 : EHPAD HEROLD / BUDGET 2009
Décomposition du tarif hébergement par prestation



Administration générale	17%	14,08 €
Lingerie	5%	4,24 €
Entretien des locaux et service des repas	17%	14,18 €
Animation	1%	1,16 €
Amortissements (déduits des subventions transférables)	14%	11,73 €
Autres charges d'exploitation (fluides, ...)	17%	13,45 €
cuisine	27%	22,25 €
Total		81,10 €

2.1.2.3. Les autres composantes des sommes dues par les résidents

- [265] La facture adressée aux résidents se limite au TH et au talon correspondant au tarif dépendance des GIR 5 et 6. Les autres dépenses éventuelles du reste à charge sont payées directement par le résident sans mention sur la facture mensuelle.
- [266] Comme c'est le plus généralement le cas en dehors du secteur public, une caution est demandée à l'entrée à l'EHPAD « Amitié et partage » qui s'élève à 2 500€.
- [267] A Héroid, plusieurs familles de résidents ont été confrontées à un problème financier en quittant un EHPAD privé. Le changement d'établissement peut se traduire le premier mois par une charge importante compte tenu des modes de calcul dans le secteur commercial où tout mois commencé est dû en cas de départ sans préavis.
- [268] A Rothschild, aucune charge particulière n'est notée. Une assurance annuelle « responsabilité civile » est obligatoire comme dans tous les établissements, l'assurance décès est laissée à la discrétion du résident et de sa famille et il est fortement recommandé de conserver une Mutuelle.
- [269] Les données sur « l'argent de poche » des résidents sont peu nombreuses. Selon une étude du CCAS VP, les résidents payant disposeraient entre 50 et 100 € en « fonds de caisse » permanent sans que le montant des dépenses réelles soit connu. Pour les personnes qui relèvent de l'aide sociale, un minimum de 87,10€ par mois est versé aux résidents.

2.2. Le paiement du coût à la charge des résidents

2.2.1. Dans le département de Paris

2.2.1.1. Les informations recueillies

[270] Conséquence de la législation, le point central du financement du reste à charge est, à Paris comme partout, la situation des obligés alimentaires. A Paris, les enfants et leurs conjoints sont sollicités via le juge aux affaires familiales. En pratique, l'attitude des services du conseil général de Paris est plus souple vis-à-vis de la 2^{ème} génération que vis-à-vis des enfants.

[271] Le contexte parisien (nombre de propriétaires parmi les retraités et prix de l'immobilier) tend à renforcer les comportements observés par la mission dans les autres départements visités ; lorsque le résident dispose d'un patrimoine immobilier, les familles mettent tout en œuvre pour éviter les recours sur succession et préfèrent organiser par elles-mêmes une forte mobilisation financière des obligés alimentaires que de solliciter l'aide sociale.

[272] Selon les témoignages recueillis par la mission à l'AP HP, il existe des cas de refus de donner son identité de peur de peser sur les obligés alimentaires, mais ils sont rares.

2.2.1.2. Des données complémentaires sur l'aide sociale

[273] Les délais de passage des demandes en commission d'aide sociale qui sont environ de deux mois sont en règle générale inférieurs aux délais observés dans les autres départements d'Ile de France.

[274] Entre 2000 et 2005, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale dans les différentes structures est passé de 7 505 à 5 961. Il s'établissait en 2006 à 5 766 et en 2008 à 5 983. En ce qui concerne plus particulièrement les résidents en EHPAD et en USLD, le nombre de bénéficiaires est passé de 2 747 en 2004, à 2 829 en 2006 et à 2 530 en 2008.

[275] A Paris, 38% des résidents relèvent de l'ASH. Ce taux plus élevé que la moyenne nationale de 23% varie beaucoup selon les structures : 69% au CCAS VP, 20% à l'AP HP.

[276] Dans les USLD de l'AP, les résidents qui bénéficient de l'ASH représentent 70% des personnes sur l'ensemble des structures, mais 20% seulement dans Paris intra muros. La prise en charge par l'aide sociale du talon n'est pas inscrite au passif des successions et est financée par une allocation spécifique et facultative des départements franciliens.

[277] Au CCAS VP, 69% des résidents relèvent de l'aide sociale avec un taux minimal observé dans l'établissement de Neuilly (38%) et un taux de 100% dans l'établissement de l'Aisne qui accueille des personnes qui n'avaient pas de domicile fixe.

[278] Mais avec un nombre d'allocataires stable, les dépenses nettes d'aide sociale sont contenues. L'augmentation des retraites diminue le différentiel à la charge du conseil général, l'amélioration des revenus de la deuxième génération accroît les sommes dues au titre de l'obligation alimentaire et la montée du prix de l'immobilier améliore les recours sur succession.

[279] Après une baisse sensible entre 2000 et 2004 et à nouveau entre 2004 et 2006, les dépenses ont progressé de 47 132 711€ à 50 225 984€ entre 2006 et 2008. A ce montant doivent être ajoutées les dépenses relatives au GIR5/6 qui se montent en 2008 à 6 854 064€.

Tableau 9 : Tableau des dépenses d'aide sociale

DEPARTEMENT DE PARIS - DASES				
	2000	2004	2006	2008
AP-HP	48 015 466 €	39 544 394 €	31 026 616 €	29 474 533 €
CASVP	43 030 657 €	29 912 454 €	30 738 179 €	31 293 972 €
Autres	64 090 783 €	60 230 102 €	60 441 290 €	66 201 427 €
Total des dépenses (1)	155 136 906 €	129 686 950 €	122 206 085 €	126 969 932 €
Contributions légales	40 704 604 €	37 828 680 €	46 461 121 €	51 519 763 €
Obligation alimentaire	3 987 741 €	2 394 426 €	2 629 866 €	3 054 405 €
Successions	17 531 230 €	18 282 032 €	25 982 387 €	22 169 780 €
Total recettes (2)	62 223 575 €	58 505 138 €	75 073 374 €	76 743 948 €
Total (3) charge nette (1 - 2)	92 913 331 €	71 181 812 €	47 132 711 €	50 225 984 €

2.2.2. Dans les établissements visités

[280] Les 3 établissements sont entièrement habilités à l'ASH, mais le nombre des résidents qui relèvent de l'ASH varie de 45% à 66%.

2.2.2.1. Des éléments sur la mobilisation des sommes dues

[281] Les gestionnaires de Rothschild observent une meilleure solvabilité des familles ces dernières années. Plus de la moitié des femmes (qui représentent 75% des résidents) ont une retraite propre et 70% ont eu une activité professionnelle. L'amélioration des pensions est sensible. Toutefois, la direction note, depuis peu, une légère tendance à l'augmentation des impayés sans en identifier les causes conjoncturelles ou non.

[282] A « Amitié et Partage », aucune évolution récente n'est notée. Comme dans tous les EHPAD, les résidents payants s'appuient en complément de leur retraite sur les obligés alimentaires qui signent une lettre d'engagement financier à l'entrée. L'établissement ne tient pas de statistiques sur ce sujet.

[283] A titre d'exemple, un professeur à la retraite résident dans l'établissement perçoit une pension de 2 622€. Il bénéficie d'une réduction d'impôt pour dépenses liées à la dépendance de 2 500€ et reste redevable de 992€. Ses revenus annuels disponibles après impôt s'élèvent à 30 472 €. Après paiement du TH et du talon GIR 5-6 soit 28 764€, le résident dispose de 225€ par mois.

[284] A Hérault, la répartition des résidents payants selon leurs ressources se décompose ainsi :

EHPAD Hérault	Ressources inférieures au Minimum Vieillesse	Ressources > à 640 € et < à 1 280 €	Ressources > à 1 280 € et < à 1 920 €	Ressources > à 1 920 €	TOTAL
Nombre de résidents	3	9	12	9	33
En pourcentage	9%	27%	37%	27%	100%

[285] Ce tableau montre que le recours à l'ASH n'est pas directement et exclusivement lié aux ressources des personnes : 24 résidents ayant des ressources inférieures ou très inférieures à la facture mensuelle (TH et talon=2 704€) ne recourent pas l'ASH. Les obligés alimentaires ayant mis en place des ressources complémentaires de financement dépassent, pour trois résidents, plus de deux mille euros par mois.

2.2.2.2. Des données sur le recours à l'ASH

[286] A Rothschild, 45% des résidents relèvent de l'ASH. Ce pourcentage est en diminution ces dernières années ; il s'élevait à 55% en 2004. L'établissement constate, en dépit de sa vocation sociale, une diminution du nombre de demandes d'aide sociale qu'il attribue principalement à deux facteurs qui se conjuguent : d'une part, l'augmentation de la valeur du patrimoine immobilier en Ile de France et d'autre part le pourcentage de cadres dans la génération des enfants des résidents.

[287] Quand les dossiers ASH sont effectivement déposés, les cas de refus sont rares ; les demandes ayant été faites en bonne connaissance de cause.

[288] Si l'établissement observe un tassement des demandes d'ASH à l'entrée en établissement en revanche les demandes d'ASH en cours de séjour, notamment après un séjour de dix ans, sont en augmentation sans qu'il soit encore possible de les quantifier.

[289] A « Amitié et Partage », la moitié des résidents relèvent de l'ASH. Ce groupe n'est pas homogène et trois niveaux de retraite sont observés ; un groupe autour de 400€ de retraite (pour l'essentiel des religieuses), un groupe autour de 850€ et un groupe plus restreint autour de 1800€. Le complément versé au titre de l'ASH varie donc sensiblement selon les cas de figure.

[290] A Hérault, 66% des résidents relèvent de l'ASH.

3. LA DUREE DES SEJOURS

3.1. En général

[291] En USLD, l'AP HP constate une durée moyenne de séjour (DMS) *ex post* de 26 mois en gériatrie. Sur l'ensemble du CCAS VP de Paris, la DMS calculée à la sortie des résidents est comprise entre 2 et 3 ans selon les établissements.

[292] Les observations recueillies par la mission convergent : les DMS ne connaissent pas d'évolutions notables ces dernières années et elles se situent entre 2 et 3 ans. L'augmentation de l'espérance de vie semble accompagner le recul de l'âge d'entrée en établissement.

3.2. Dans les établissements visités

- [293] Compte tenu de la moyenne annuelle du nombre des décès (environ 100), la durée moyenne de séjour est estimée à 5ans à Rothschild. L'âge d'entrée est actuellement de 87 ans. L'établissement n'observe aucune évolution significative de la DMS.
- [294] L'EHPAD « Amitié et partage » ne dispose pas de données précises sur la durée des séjours, mais constate que les séjours se prolongent, dans la majorité des cas, sur plusieurs années, tout particulièrement pour les résidents encore nombreux entrés en GIR 5 et 6. Aucune diminution des DMS n'est actuellement observée.
- [295] L'EHPAD Hérold fonctionne depuis trop peu de temps pour que des données sur la DMS soient utilement disponibles. Toutefois, l'équipe de direction estime que la DMS sera probablement de 2-3 ans compte tenu de l'importance des personnes admises en GIR 1, mais que la qualité de la prise en charge des résidents, notamment en unité de vie protégée, se traduira très vraisemblablement par une augmentation de la durée des séjours. L'âge moyen d'admission est de 85 ans.
- [296] Ces remarques sur les DMS doivent être complétées par la place que prennent les centenaires. A Rothschild, 13 résidents ont plus de 100 ans dont plusieurs ont plus de dix ans d'ancienneté dans l'établissement.
- [297] Des entrées à un âge avancé peuvent se combiner avec une longue durée de séjour ; ainsi une résidente entrée à 95 ans séjourne depuis plus de 6 ans à Rothschild.

3.3. Estimation du coût total minimum (TH et talon)

- [298] A Rothschild, le coût annuel est de 32 076 € par an, soit pour un séjour de 5ans au minimum 155 380€.
- [299] Un séjour à « Amitié et Partage » revient à 28 765 € par an, soit 86 295€ pour 3 ans.
- [300] En USLD de l'AP HP, le coût annuel s'élève à 31 050€ soit 72 380€ pour une durée de séjour de 26 mois.

Liste des personnes rencontrées pour le département de Paris

Mme Liliane Capelle, adjointe au Maire, chargée des séniors et du lien intergénérationnel
Mme Béatrice Longueville, assistante de Mme Capelle

CCAS VP

Mme Laure de la Bretèche, directrice générale
Mme Laurence Eslous, sous directrice des services aux personnes âgées
M Marc Denry, chef du bureau de l'analyse, du budget et de la prospective
M Jean Pierre Denissel, adjoint au chef du bureau de l'analyse, du budget et de la prospective

Direction de l'Action Sociale, de l'enfance et de la Santé (DASES)

M Bernard Garro, sous directeur de l'Action sociale
Mme Fabienne Dubuisson, chef de bureau
M Didier Jolivet, chargé de la tarification

Direction départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Mme Christine Laurent, IASS
M Olivier, secrétaire administratif (secteur des personnes âgées)
Dr Michel Csaszar Goutchkoff, MISP

AP HP

M Jean Christophe Bras, contrôleur budgétaire
Docteur Diane Pulvenis, direction de la politique médicale
Mme Laure Albertini, directrice adjointe droits des patients et relations avec les usagers

EHPAD Hérold

Mme Blandine Orellana, directrice adjointe, cadre de santé
M Patrick Wateau, cadre hôtelier

EHPAD Amitié et partage

Mme Christine Lloret, directrice
Mme Martine Bertrand, adjointe de direction, comptable

EHPAD Rothschild

M Pierre Verckens, directeur

Annexe n° 5 : Informations recueillies dans le Haut-Rhin

[301] Le département du Haut-Rhin a été choisi par la mission pour témoigner des situations observables dans un département caractérisé par un haut potentiel fiscal (l'un des dix plus élevés de France) et par une proportion relativement faible de personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale (6,96 % dans le Haut-Rhin contre 8,24 % en moyenne métropolitaine).

1. INFORMATIONS RELATIVES A L'ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

1.1. *Données relatives à la population, au parc des établissements pour personnes âgées et aux tarifs pratiqués*

[302] Le département du Haut-Rhin compte 80 établissements entrant dans le champ de la mission : 74 d'entre eux sont habilités à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale et 6 ne le sont pas.

[303] Fin 2007, les 78 établissements dont le GIR moyen pondéré (GMP) était supérieur à 300 avaient signé une convention tripartite de première génération, la capacité des établissements concernés étant de 6 368 places installées. Fin 2008, 12 conventions tripartites de seconde génération avaient été signées.

[304] Les deux tableaux qui suivent indiquent comment se répartissent les 80 établissements, d'abord selon leur statut juridique et ensuite en fonction de leur GIR moyen pondéré (GMP). Dans les deux cas, sont indiqués les montants du « tarif hébergement » et du « talon APA ».

Tableau 10 : répartition des établissements du Haut-Rhin en fonction de leur statut juridique

Etablissements	nombre d'établissements	nombre de résidents « girés »	montant moyen du « tarif hébergement » en 2008 (en €)	montant moyen du « talon APA » en 2008 (en €)
maisons de retraite publiques autonomes	9	616	46,82	4,53
maisons de retraite annexées publiques	13	1 277	45,56	5,08
établissements publics fusionnés	8	1 046	46,44	4,66
établissements privés fusionnés	3	226	49,67	4,83
établissements privés autonomes	20	1 505	50,18	4,70
établissements privés non médicalisés et habilités à l'aide sociale	2	130	49,40	-
établissements privés médicalisés et non habilités à l'aide sociale	6	435	-	4,05
USLD publiques	16	920	48,81	5,04
USLD privées	3	204	53,75	5,10
total	80	6 359	-	-

Source : Conseil général du Haut-Rhin, Direction de la Solidarité, Service de la tarification des établissements sociaux.

Tableau 11 : répartition des établissements du Haut-Rhin en fonction du GMP

Etablissements dont le GMP est...	nombre d'établissements	nombre de résidents « girés »	montant moyen du « tarif hébergement » en 2008 (en €)	montant moyen du « talon APA » en 2008 (en €)
inférieur à 300 : établissements habilités à l'aide sociale	2	130	49,40	-
compris entre 300 et 399	0	-	-	-
compris entre 400 et 499 : établissements habilités à l'aide sociale	4	280	45,36	5,46
compris entre 500 et 599 : établissements habilités à l'aide sociale	10	931	46,02	4,95
compris entre 600 et 699 : établissements habilités à l'aide sociale	22	1 737	47,97	4,61
établissements non habilités	2	140	-	4,01
compris entre 700 et 799 : établissements habilités à l'aide sociale	15	1 271	47,33	4,41
établissements non habilités	3	218	-	4,11
compris entre 800 et 899 : établissements habilités à l'aide sociale	15	1 047	49,72	4,62
établissements non habilités	1	77	-	4,25
supérieur à 900 : établissements habilités à l'aide sociale	6	528	51,18	4,68
total	80	6 359	48,03	4,56

Source : Conseil général du Haut-Rhin, Direction de la Solidarité, Service de la tarification des établissements sociaux.

[305] Sur l'ensemble des établissements, la somme du « tarif hébergement » et du « talon APA » se monte en moyenne à 52,59 € (48,03 € + 4,56 €). Entre 2005 et 2008, ce montant a évolué de la manière suivante :

- 2005 : 47,10 € ;
- 2006 : 49,06 € (+ 4,16 %) ;
- 2007 : 50,76 € (+ 3,46 %) ;
- 2008 : 52,59 € (+ 3,60 %).

[306] Au sein des 74 établissements tarifés par le Conseil général, le « tarif hébergement » le plus bas est de 30,47 € et le plus élevé de 58,43 €.

[307] Le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale effectivement accueillis se situe à environ 20 % de la capacité totale habilitée. Jusqu'en 2005, les autorisations mentionnaient le nombre de lits habilités pour chaque création nouvelle (souvent entre 30 et 35 %) mais, par la suite, aucun contrôle n'était effectué sur ce point ; aussi le Conseil général a-t-il décidé en 2006 d'habiliter 100 % de la capacité des nouveaux établissements des secteurs public et associatif ; le contingentement précis n'est plus défini que pour les établissements du secteur commercial.

[308] Le Conseil général a pris également le parti de limiter l'obligation alimentaire au 1^{er} degré : 466 obligés alimentaires sont recensés et il ya une quinzaine de recours au juge des affaires familiales par an. Pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, les notaires sont très vigilants et avertissent les services du Conseil général à chaque décès : les récupérations sur successions se sont élevées à 831 000 € en 2008.

- [309] De manière générale, il est à noter que l'Alsace a été et, à certains égards, demeure plus « industrielle » qu'on ne le croit parfois ; en même temps, l'emploi féminin a toujours été développé, notamment dans le textile. Ces deux caractéristiques combinées font que, parmi les personnes en EHPAD, la proportion des femmes bénéficiant d'une retraite à l'issue d'une carrière complète est sans doute moins faible que dans d'autres régions (mais non précisément mesurée).
- [310] Le schéma gérontologique en cours d'exécution prévoit le maintien d'un taux d'équipement élevé et, pour ce faire, prévoit la création de 1 000 lits supplémentaires qui devraient être ouverts plutôt au sud du département, dans un souci de rééquilibrage géographique. Il n'existe aucune préférence manifestée quant au statut du promoteur : les autorisations nouvellement accordées concernent aussi bien le non lucratif que le commercial.
- [311] Comme dans la plupart des départements, le Conseil général accorde des subventions à la construction des EHPAD ne relevant pas du secteur privé commercial ; le barème de ces aides figure dans le tableau n° 13.

Tableau 12 : critères d'attribution des aides à l'investissement accordées par le Conseil général du Haut-Rhin

Nature des travaux		base du prix plafond hors taxes (maximum)	taux de subvention accordé par le Conseil général
travaux pluriannuels d'investissements immobiliers (construction, réhabilitation) dans les établissements pour personnes âgées		70 000 €	40 %
travaux de grosses réparations dans les établissements pour personnes âgées		70 000 €	40 %
travaux d'investissement dans les unités d'accueil de jour		47 000 €	40 %
mobilier dans les structures pour personnes âgées		2 600 €	40 %
mobilier en accueil de jour		au réel	au réel
travaux en établissements pour immigrés vieillissants		aucun	20 %
petites opérations d'aménagement	lits à caractère social	aucun	10 %
	mise en conformité par rapport aux normes de sécurité	aucun	10 %
	économies d'énergie	aucun	10 %

Source : Conseil général du Haut-Rhin, Direction de la Solidarité, Service de la tarification des établissements sociaux.

- [312] Les responsables des services du Conseil général ne dissimulent pas que les élus sont sensibles au poids des dépenses qu'engendrent ces aides dans le budget départemental et ils estiment que, si la situation devait évoluer, ce serait certainement dans le sens d'une diminution des aides à l'investissement. Plus précisément, au système actuel qui fait que la dépense départementale est liée au nombre et à l'importance des opérations éligibles, on substituerait une enveloppe annuelle fixée de manière limitative, quitte à ce que, une fois épuisée cette enveloppe actuelle, des établissements ne puissent pas être aidés ou ne le soient qu'à un niveau moindre que celui escompté par leurs responsables.

- [313] Pour le financement du fonctionnement, en Alsace comme dans d'autres régions, ces dernières années ont vu s'opérer une évolution lente mais sensible : alors que, pendant longtemps, c'était le manque de crédits de l'assurance maladie qui empêchait les créations d'établissements, pourtant jugées par ailleurs utiles, on assiste depuis peu à la situation inverse où la « sphère de l'Etat » dispose des crédits nécessaires (du fait de la mise en œuvre du « plan solidarité grand âge » et du « plan Alzheimer » et grâce aux crédits non reconductibles de la CNSA) tandis que le Conseil général est de plus en plus attentif à l'évolution de sa dépense.

1.2. Analyse de 11 dossiers examinés en CROSMS et relatifs à des établissements du Haut-Rhin

- [314] Les services du Conseil général du Haut-Rhin ont fourni à la mission les dossiers relatifs à 11 projets enregistrés ces dernières années dans le département, certains ayant abouti, d'autres non. Au regard de la question des coûts pour les usagers, les données suivantes peuvent être retenues.

1/ Séance du 15 novembre 2000

- [315] Le projet, porté par une communauté de communes, vise la création d'un EHPAD à RIEDISHEIM comprenant 55 lits d'hébergement permanent, 6 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour. Dans le dossier déposé, le « tarif hébergement » est prévu à hauteur de 263 F (soit 39,84 €) et le tarif dépendance des GIR 5 et 6 à 20 F (soit 3,03 €), soit un total de 42,87 €. Au budget 2009, les montants sont respectivement de 53,90 € pour le « tarif hébergement » et 5,76 € pour le « talon APA », soit un total de 59,66 €.

2/ Séance du 18 mai 2005

- [316] Le projet prévoit la création à COLMAR d'un EHPAD de 53 places dont 5 d'hébergement temporaire. Le gestionnaire est le groupe hospitalier privé du centre Alsace, établissement associatif participant à l'exécution du service public hospitalier. Le dossier fait état de deux budgets, selon que le Conseil général apporte ou non une subvention à la construction et à l'équipement : dans le premier cas, le « tarif hébergement » est de 43,34 € et dans le second de 46,68 €, le « talon APA » se montant à 5,34 €.

3/ Séance du 16 novembre 2005

- [317] Est sollicitée l'autorisation de créer un EHPAD de 72 lits d'accueil permanent et 12 lits d'hébergement temporaire à KEMBS ; le promoteur est de statut privé commercial. Le « tarif hébergement » proposé est de 62,48 € et le « talon APA » de 3,87 €, soit 66,35 € au total.

4/ Séance du 16 novembre 2005

- [318] Au cours de la même séance, le CROSMS examine la demande présentée par une association de créer un EHPAD à KINGERSHEIM par transfert d'une maison de retraite de MULHOUSE. Le projet concerne 90 lits permanents et 3 d'hébergement temporaire. Dans la maison de retraite existante, le coût est de 46,03 € (« tarif hébergement » de 43,46 € et « talon APA » de 2,57) ; dans le projet présenté, le prix total à l'ouverture passe à 57,21 € (53,61 € et 3,60 €). Le budget pour 2009 témoigne d'une évolution raisonnable par rapport au projet, avec un total de 59,74 € (55,08 € et 4,66 €).

5/ Séance du 17 mai 2006

- [319] L'Association de l'Œuvre Schyrr à HOCHSTATT sollicite une régularisation de capacité et une médicalisation de son établissement qui compte 48 lits d'hébergement à temps complet et 1 lit d'accueil temporaire. Le rapport au CROSMS fait état d'un « tarif hébergement » prévu de 32,30 € et d'un « talon APA » de 4,77 €, d'où un total de 37,07 €. Le budget pour 2009 voit ces montants passer respectivement à 47,07 € et 5,53 €. Le total, à 52,60 €, est en augmentation de plus d'un tiers entre 2006 et 2009.

6/ Séance du 17 mai 2006

- [320] Une association sollicite une extension de 77 à 127 lits et places pour l'EHPAD de KUNHEIM. Le projet fait état d'un « tarif hébergement » de 43,71 € et d'un « talon APA » de 4,13 €, soit 47,84 €. Au budget 2009, alors que l'extension n'est pas encore réalisée, ces montants sont de 50,66 € et 4,57 €, soit un total de 55,23 €.

7/ Séance du 15 novembre 2006

- [321] L'Armée du Salut dépose un dossier de création d'un EHPAD de 136 lits d'hébergement permanent, 4 lits d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour répartis sur deux sites, à SEPPOIS LE BAS et WALDIGHOFFEN. Les tarifs prévus se montent à 50,41 € pour l'hébergement et 4,42 € pour le « talon APA », soit au total 54,83 €.

8/ Séance du 14 novembre 2007

- [322] L'UGECAM d'Alsace sollicite l'autorisation de créer un EHPAD de 88 lits sur le site du Centre médical de BOUXWILLER. Le dossier fait état d'un « tarif hébergement » de 55,59 € et d'un « talon APA » de 6,28 €, soit un montant total de 61,87 €. Ce dossier est intéressant en ce que, suite à l'autorisation intervenue le 21 décembre 2007, le promoteur bénéficie d'un prêt sans intérêt pour la construction, ce qui autorise un nouveau montage du plan de financement : l'opération permet de réduire le « tarif hébergement » d'environ 10 % et de le ramener à 49,71 €.

9/ Séance du 14 novembre 2007

- [323] Une mutuelle propose la création d'un EHPAD de 85 places à RICHWILLER. Le « tarif hébergement » prévu est de 52,26 € et le « talon APA » de 4,72 €, pour un total de 56,98 €.

10/ Séance du 14 mai 2008

- [324] Une extension de 12 lits est sollicitée par un EHPAD public qui dispose déjà de 81 lits d'hébergement permanent, de 3 lits d'hébergement temporaire et de 6 places d'accueil de jour non médicalisées ; en même temps, la médicalisation des 6 places de jour est demandée. Le « tarif hébergement » annoncé est de 50,25 € et le « talon APA » de 5,34 €, d'où un total de 55,59 €.

11/ Séance du 14 mai 2008

- [325] Une association dépose un projet de création d'un EHPAD de 84 places à PULVERSHEIM. Le dossier prévoit un « tarif hébergement » de 52,53 € et un « talon APA » de 4,36 €, soit un total de 56,89 €.

2. INFORMATIONS RECUEILLIES DANS LES ETABLISSEMENTS ENQUETES

2.1. La maison de retraite « Jean Monnet » à Village-Neuf

[326] La maison de retraite « Jean Monnet » est un EHPAD public autonome situé au cœur de Village-Neuf, au sud du département. Au 1^{er} janvier 2009, elle comptait 90 lits installés et une place d'hébergement temporaire ; une unité protégée a été ouverte en mars 2009. 6 personnes relèvent de l'aide sociale à l'hébergement.

[327] En termes de dépendance, la majorité des résidents (25 sur 80) est en GIR 2 ; 18 résidents sont en GIR 4, 17 en GIR 3 et 15 en GIR 1 ; avec respectivement 4 et 1 cas, les GIR 5 et 6 sont très minoritaires ; le GMP est à 762.

[328] En 2009, le « tarif hébergement » est de 49,20 € par jour et le « talon APA » de 5,05 €, soit un total de 54,25 €. Le tableau ci-après résume l'évolution de ces dernières années.

Tableau 13 : évolution du « tarif hébergement » et du « talon APA » (en €)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
tarif hébergement	35,92	39,14	41,18	43,63	47,48	49,20
talon APA	3,91	3,72	4,00	3,94	4,27	5,05
total	39,83	42,86	45,18	47,57	51,75	54,25

[329] En 6 ans, l'augmentation est de 35 %.

[330] Au total de 54,25 € en 2009, s'ajoutent les autres dépenses qui sont laissées à la charge des résidents et dont rend compte la plaquette de l'établissement dont plusieurs extraits sont reproduits dans l'encadré ci-après.

Encadré n° 1 : Extraits de la plaquette de présentation de l'établissement

« Le linge

L'établissement s'occupe de la fourniture et de l'entretien de tout le linge de maison. La fourniture de vos vêtements, de votre linge de corps et de toilette vous incombe ; leur entretien est, sauf avis contraire de la famille, à la charge de l'établissement. L'intégralité des vêtements et du linge devra être marquée à l'aide d'étiquettes brodées, cousues à l'intérieur.

La télévision

Toutes les chambres sont équipées de prises télévision. Vous pouvez amener de ce fait votre téléviseur dans les chambres individuelles. L'entretien des téléviseurs et les câbles d'alimentation sont à votre charge.

Le téléphone

Toutes les chambres sont équipées en lignes. L'installation de votre téléphone sera donc faite par France Télécom selon les mêmes principes qu'à votre domicile et vous réglerez directement votre abonnement et vos communications sur facture à cet organisme.

Le coiffeur

La maison de retraite dispose d'un salon de coiffure. Les jours et heures d'ouverture ainsi que les tarifs pratiqués sont affichés dans les panneaux prévus à cet effet. [Ces tarifs vont de 14 € (coupe pour homme, sans shampoing) à 52 € (shampoing, coupe, coloration, mise en plis pour femme)].

Vos frais de séjour

[...] Ne sont pas inclus : les honoraires médicaux (sauf médecin attaché de la maison de retraite), les soins d'examen et d'analyse extérieurs (spécialistes, radiologie, laboratoires, etc.), les équipements matériels tels que déambulateur, fauteuil roulant, prothèse, appareils auditifs, etc. Lorsqu'un spécialiste intervient dans l'établissement, ses honoraires sont à la charge du résident qui se fera rembourser par sa caisse d'assurance maladie. [...] En maison de retraite, vous gardez le libre choix de votre médecin ; vos consultations vous seront remboursées par l'assurance maladie de la même façon qu'à votre domicile, de même que les examens complémentaires auprès des spécialistes extérieurs (neurologues, oculistes, radiologues, etc.) et les honoraires des intervenants extérieurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.).

L'animation

Les activités d'animation sont organisées en concertation permanente entre la direction et [une] association de bénévoles qui est liée à la maison de retraite par un contrat de bénévolat. [...] Toutes les animations, y compris les sorties, sont gratuites ».

- [331] Par ailleurs, le règlement de fonctionnement de la maison de retraite détaille les dispositions financières applicables d'une part en cas d'absence temporaire, qu'elle soit due à une hospitalisation ou demandée pour une autre cause (comme un séjour dans la famille) et d'autre part en cas de résiliation du contrat, par suite du décès du résident ou bien si son départ est organisé soit à la demande du résident ou de sa famille soit à la demande de l'établissement ; s'agissant de ce dernier cas, le contrat de séjour fait état de deux raisons possibles : le non-paiement pendant trois mois du prix de journée ou une conduite du résident incompatible avec la vie en collectivité.
- [332] Il est à noter qu'à l'entrée, l'établissement ne demande ni dépôt de garantie ni caution ; par ailleurs, le séjour est payant jusqu'au jour du décès mais aucune somme supplémentaire n'est exigée ensuite.

2.2. La résidence « Le Doyenné de la Filature » à Mulhouse (groupe « Médica »)

- [333] Inaugurée en octobre 2003, la résidence « Le Doyenné de la Filature » à Mulhouse appartient au groupe « Médica » ; c'est un EHPAD de 100 lits non habilités à l'aide sociale ; toutefois, une demande est en cours en vue d'une habilitation à hauteur de 4 lits.
- [334] Le GMP est de 584,44 ; sur 99 personnes « girées », 25 sont en GIR 2, 24 en GIR 3 et 21 en GIR 6 ; 15 personnes sont en GIR 4, 13 en GIR 1 et une seule en GIR 5. Le décile des durées de séjour les plus élevées se situe à 1 576 jours (il s'agit donc de personnes entrées lors de l'ouverture de l'établissement ou de sa montée en charge) et le décile le plus faible est à 84 ; la moyenne se situe à 672 jours.
- [335] Environ 40 médecins interviennent dans l'établissement et le médecin coordonnateur est employé à mi-temps ; il existe un groupe de travail de médecins mulhousiens qui réfléchit aux questions touchant à la prise en charge médicale en EHPAD ; pour sa part, le médecin coordonnateur de l'établissement souhaiterait mettre en place une liste de prescriptions commune à tous les intervenants. Il est recouru à « SOS médecins », de nuit, environ une fois tous les 10 à 15 jours. 7 admissions ont été refusées en 2008 pour motif médical, les soins exigés étant trop lourds. Un partenariat est établi avec une unité hospitalière de soins palliatifs.
- [336] Depuis le 1^{er} janvier 2009, le « tarif hébergement » se situe entre 68 et 71 € selon « la superficie, l'équipement et l'environnement de la chambre ». Le « talon APA » est de 4,20 €.

- [337] A ces montants, s'ajoutent des prestations complémentaires facturées comme suit :
- entretien des effets personnels : 80 € par mois (100 € pour un couple) ;
 - forfait marquage du linge : 90 € (forfait payé une fois pour toutes : durée illimitée) ;
 - mise à disposition d'une ligne téléphonique : 34 € de forfait de mise en service pour l'ouverture de la ligne et la fourniture du combiné puis 0,17 € par unité téléphonique ;
 - repas des invités : 15 € pour un déjeuner hors dimanche ou jour férié, 18 € pour le dimanche ou un jour férié, 5 € pour un enfant et 12 € pour le dîner. Ces repas d'invités sont au nombre d'environ 80 par mois.
- [338] Un coiffeur « de ville » intervient dans l'établissement ; ses coordonnées et tarifs détaillés figurent dans la pochette remise au résident lors de l'admission. Il en va de même pour deux pédicures-podologues et pour un institut de beauté. Il existe une petite boutique dans le hall où les résidents peuvent notamment acheter des produits de toilette.
- [339] Par ailleurs, un dépôt de garantie est exigé à l'admission, à hauteur d'un mois de frais de séjour (hébergement et dépendance). L'article 4-2 du contrat de séjour indique qu'il est demandé aux membres de la famille du résident « de signer en leur qualité de débiteurs d'aliments, [un] engagement solidaire de règlement des frais de séjour ».
- [340] 60 % des admissions sont précédées par une journée de pré-admission au cours de laquelle le résident potentiel visite l'établissement, voit une chambre, déjeune gratuitement et participe à une activité. Afin de favoriser l'adaptation du résident, celui-ci bénéficie en outre d'une « période d'essai » d'un mois, durant laquelle il peut quitter l'établissement sans pénalité financière avec un règlement au *pro rata temporis* des frais de séjour.
- [341] Pour le paiement mensuel des frais de séjour, le groupe « Médica » s'est fixé un objectif de 90 % de règlements par prélèvements automatiques. Les responsables de l'établissement de Mulhouse estiment qu'environ 70 % des résidents disposent d'une retraite suffisante pour financer le séjour et que 30 % font appel à leurs enfants.

2.3. La maison de retraite de l'Arc à Mulhouse

- [342] Située au centre de Mulhouse, la maison de retraite de l'Arc est la propriété de « l'Association pour la réalisation de la maison de retraite médicalisée de l'Arc », constituée à l'initiative de caisses de retraite complémentaire et regroupant tous les organismes qui ont participé au financement de sa construction ; elle est gérée par « l'Association soins et hébergement pour personnes âgées », association de droit local à but non lucratif. L'association gestionnaire verse un loyer d'environ 300 000 € à l'association propriétaire.
- [343] L'établissement compte 165 lits (157 places d'hébergement permanent et 8 d'hébergement temporaire) et, au 31 décembre 2008, on dénombrait 161 résidents dont 27 sont bénéficiaires de l'aide sociale ou demandeurs, avec un dossier en cours.
- [344] Le rapport d'activité de 2007 fait état d'une durée moyenne des séjours de 3 ans et 8 mois ; selon les responsables de l'établissement, elle est stable depuis une dizaine d'années, tandis que l'âge d'entrée est passé de 82 à 88 ans en 6 ans.
- [345] Le GMP est de 578 en 2007 et passe à 613 en 2009. En 2005 et 2006, la majorité des résidents (respectivement 67 et 42) relèvent du GIR 4 ; en 2007, c'est le GIR 3 qui est majoritaire (avec 45 résidents) et, en 2008, c'est le GIR 2 (avec 50 personnes, contre 41 en GIR 3, 23 en GIR 4, 19 en GIR 5, 15 en GIR 1 et 14 en GIR 6).
- [346] Entre 60 et 70 médecins « de ville » fréquentent la maison de retraite qui a un temps plein de médecin coordonnateur, occupé par deux mi-temps.

[347] En 2009, le « tarif hébergement » est de 53,18 € par jour et le « talon APA » de 5,17 €, soit un total de 58,35 €. Le tableau ci-après résume l'évolution de ces dernières années.

Tableau 14 : évolution du « tarif hébergement » et du « talon APA » (en €)

	2006	2007	2008	2009
tarif hébergement	48,45	51,24	52,13	53,18
talon APA	4,49	4,61	5,11	5,17
total	52,94	55,85	57,24	58,35

[348] Au 31 décembre 2008, 9 résidents présentent des impayés mais, pour 4 d'entre eux, un dossier de demande d'admission à l'aide sociale est en cours d'examen ; les impayés vont de 459 à 8 461 €.

[349] Comme dans les autres établissements enquêtés, le règlement de fonctionnement prévoit les dispositions applicables en cas d'absence du résident. A titre d'exemple, celles de la maison de retraite de l'Arc sont les suivantes :

- en cas d'absence pour hospitalisation, la chambre du résident est conservée pendant toute la durée de l'hospitalisation, sauf demande écrite contraire ; les 72 premières heures sont facturées au taux plein ; à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation, le tarif hébergement est minoré de l'équivalent du forfait journalier hospitalier, et ce quelle que soit la durée de l'hospitalisation ;
- en cas d'absence pour convenance personnelle, il est demandé au résident ou à sa famille de prévenir la direction ; les 3 premiers jours sont facturés au taux plein ; à compter du 4^{ème} jour d'absence, le tarif hébergement est minoré de l'équivalent du forfait journalier hospitalier ; ce tarif minoré est limité à 5 semaines, soit 35 jours cumulés par an ; le jour de sortie, quelle que soit l'heure, est facturé au taux plein ; le jour de retour, quelle que soit l'heure, est facturé au taux minoré ;
- sur le tarif dépendance (le « talon APA »), les absences pour hospitalisation et convenances personnelles ne donnent lieu à aucun abattement.

[350] Le livret d'accueil indique notamment :

- que « le linge fourni par l'établissement (literie) et [le] linge personnel sont entretenus par la maison (sauf exception) » ; la convention de séjour précise en outre que « l'établissement ne fournit pas les serviettes de table, ni les serviettes et gants de toilette, ni savon, dentifrice, produits pour le nettoyage des dentiers, eau de toilette » ;
- qu'il existe dans la maison de retraite « un salon de thé ouvert sur l'extérieur et permettant ainsi un brassage des générations, [...] donné en exploitation à un professionnel extérieur » ;
- qu'avec « le concours d'une trentaine de bénévoles affectés spécialement à [une] boutique [aménagée dans le hall], l'association des amis des résidents propose aux pensionnaires les produits courants dont ils peuvent avoir besoin » (notamment des boissons, des biscuits, des produits de toilette, de nettoyage et de désinfection, de la papeterie) : « près de 230 articles vendus au prix coûtant sont ainsi proposés les lundi et mercredi après-midi aux pensionnaires et à leurs familles ».

[351] Par ailleurs, il ressort du règlement de fonctionnement à l'attention des résidents qu'un dépôt de garantie est exigé, « correspondant à 30 fois le prix de journée hébergement ».

[352] Une vingtaine de résidents emploie des personnes rémunérées à cet effet qui viennent régulièrement les visiter pour leur parler, les écouter, les aider au repas et parfois à la toilette du soir.

2.4. *L'EHPAD et l'USLD du centre hospitalier de Cernay*

- [353] Le centre hospitalier de Cernay et celui de Thann se sont progressivement rapprochés et ont mis en place une direction commune et de multiples échanges médicaux. L'EHPAD et l'USLD enquêtés dépendent du centre hospitalier de Cernay et comptent respectivement 80 et 58 lits ; l'établissement de Cernay dispose également de 32 lits de soins de suite et de réadaptation et de 15 places d'hôpital de jour gériatrique.
- [354] Selon les indications fournies dans le « projet d'établissement 2008-2012 », la durée moyenne des séjours observée en 2006 aurait été de 434 jours dans l'USLD et de 2003 jours, soit environ 5 ans et demi, dans l'EHPAD.
- [355] Le GMP de l'EHPAD est de 605 en 2009 (contre 537 en 2008), avec 35 personnes en GIR 4, 25 en GIR 2, 18 en GIR 3 et 1 en GIR 5. Dans l'USLD, le GMP atteint 897 (contre 873 en 2008), avec 26 résidents en GIR 1, 26 également en GIR 2 et 5 en GIR 3.
- [356] Au 30 avril 2009, 19 personnes relèvent de l'aide sociale dans l'EHPAD et 16 dans l'USLD. Selon la directrice de l'établissement, 80 % des résidents ont une retraite située entre 800 et 1 200 € ; 10 % aurait une retraite d'un montant supérieur et 10 % d'un montant inférieur.
- [357] Pour l'EHPAD, le « tarif hébergement » est de 43,26 € et le « talon APA » de 4,67 € ; en USLD, le « tarif hébergement » est de 51,65 € et le « talon APA » de 6,16 €.
- [358] Le contrat de séjour détaille les prestations assurées par l'établissement et celles qui demeurent à la charge des résidents. Il en ressort notamment :
- que « sont à la charge du résident les frais de communications téléphoniques, la redevance, la maintenance et les frais d'assurance pour un téléviseur personnel » ;
 - que « le linge domestique (draps, serviettes de table,...) est fourni et entretenu par l'établissement ; un inventaire contradictoire du trousseau est élaboré à l'admission et réactualisé en fonction des renouvellements de la garde-robe. Le marquage du linge est assuré par l'établissement. Le linge personnel est lavé et repassé par l'établissement dans le respect des normes d'hygiène ; le linge fragile qui nécessite un entretien spécifique tel que lavage à la main [...] est traité par la famille » ;
 - que « les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation » ;
 - que « le résident peut bénéficier des services qu'il aura choisis : coiffeur, pédicure, manucure, abonnement à un journal... et il en assurera directement le coût » ;
 - que le versement d'une caution d'un mois est demandé à l'admission.
- [359] Ce contrat de séjour est très clair sur le financement des soins :
- « le centre hospitalier de Cernay dispose de sa propre pharmacie à usage intérieur. Les médicaments sont à la charge de l'établissement » ;
 - « les frais médicaux sont pris en charge par l'établissement, à l'exception d'un certain nombre de fournitures ou d'actes suivants : les consultations spécialisées ; les examens liés à un équipement lourd (IRM, scanner) ; la prise en charge spécifique des insuffisants rénaux, respiratoires,... ; les transports sanitaires ; les soins dentaires ; les prothèses (dentaires, auditives, chaussures orthopédiques) ; les lunettes » ;
 - pour ces actes et ces fournitures, le résident règle lui-même la dépense et en demande le remboursement auprès de son organisme de protection sociale et de sa mutuelle. [...] A ce titre, il est vivement recommandé de souscrire une assurance maladie complémentaire auprès de la mutuelle ou de l'assureur de son choix ».

Liste des personnes rencontrées dans le Haut-Rhin

Conseil général du Haut-Rhin

M. Christian FISCHER, directeur de l'autonomie
Mme Stéphanie LAURANT, chef du service de la tarification des établissements
Mme Stéphanie TACHON, chef du service des prestations d'aides sociales
Mme Monique KOHSER, responsable du service social gérontologique
Mme Brigitte JAEG, assistante sociale, service social gérontologique de Thann
Mme Marie-Andrée JAEGLER, responsable adjointe du service social gérontologique de Thann

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

M. Patrick L'HÔTE, directeur départemental
Mme Delphine BELLEC, inspectrice principale
M. Sébastien MINABERRIGARAY, inspecteur

EHPAD public de Village-Neuf

M. Bernard TRISH, président du conseil d'administration
M. Marc COUTELLE, directeur
M. FELDBAUER, président du conseil de la vie sociale

Résidence « Le Doyenné de la Filature » à Mulhouse

M. Michaël BARTHELEMY, directeur nouvellement désigné
M. Romain BIARD, précédent directeur (par intérim)
M. le Docteur Gérard THEVENIN, médecin coordonnateur

Maison de retraite de l'Arc à Mulhouse

M. Jacques BOURDERIONNET, président de l'association gestionnaire
M. Jean-Claude PROLONGEAU, directeur
M. le Docteur Félix COHEN-SEBAN, gériatre coordonnateur
M. le Docteur Bernard ZEYER, médecin adjoint
Mme Juliana GREDEL-CARDOT, aide soignante
Mme Emilie PITROSKY, lingère
Mme Gabrielle ROMANN, agent de service
Mme Renée METZGER, membre du conseil de la vie sociale
M. Pierre SIMON, président du conseil de la vie sociale

EHPAD et USLD du centre hospitalier de Cernay

Mme Céline RANDAZZO, directrice du site
Mme carole WALTER, responsable des services financiers
Mme Tania KOCH

