



HAL
open science

Repenser le financement des EHPAD : quels impacts sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes ? Analyse des implications d'une potentielle fusion des dotations " Soins " et " Dépendance "

Virginie Saracino

► To cite this version:

Virginie Saracino. Repenser le financement des EHPAD : quels impacts sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes ? Analyse des implications d'une potentielle fusion des dotations " Soins " et " Dépendance ". Anthropologie sociale et ethnologie. 2022. dumas-04103716

HAL Id: dumas-04103716

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04103716>

Submitted on 23 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Virginie SARACINO

**REPENSER LE FINANCEMENT DES EHPAD : QUELS
IMPACTS SUR LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ?**

Analyse des implications d'une potentielle fusion des
dotations « Soins » et « Dépendance »

Année 2021-2022

Master 2 Politiques Publiques de Santé - Sciences Po Grenoble

Sous la direction de Madame Marie-Estelle BINET

Virginie SARACINO

**REPENSER LE FINANCEMENT DES EHPAD : QUELS
IMPACTS SUR LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ?**

Analyse des implications d'une potentielle fusion des
dotations « Soins » et « Dépendance »

Année 2021-2022

Master 2 Politiques Publiques de Santé -Sciences Po Grenoble

Sous la direction de Madame Marie-Estelle BINET

LISTE DES ACRONYMES

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

CADES : Caisse d'Amortissement de la DEtte Sociale

CARE : Capacités, Aides et REssources des séniors

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et Santé Au Travail

CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CDCPH : Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSA : Contribution Solidarité Autonomie

CSG : Contribution Sociale Généralisée

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ELAN : Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique

ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

GALI : Global Activity Limitation Indicator

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale de l'Action Sociale

IGF : Inspection Générale des Finances

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

MDA : Maisons Départementales de l'Autonomie

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PASA : Pôles d'Activité et de Soins Adaptés

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PLFSS : Projet de Loi de Santé de la Sécurité Sociale

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

SAAD : Service d'Aide A Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UHR : Unités d'Hébergement Renforcé.

UNA : Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE I : ÉVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES DU GRAND ÂGE ET DE LA DEPENDANCE.....	11
CHAPITRE 1. LES ACTEURS ET LE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN FRANCE.....	11
CHAPITRE 2. LES POLITIQUES PUBLIQUES DU GRAND ÂGE ET DE LA DEPENDANCE EN FRANCE.....	29
CHAPITRE 3. QUELLES PISTES POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE ET RESOUDRE L'EQUATION QUALITE-QUANTITE-COUT ?	56
PARTIE II : OPPORTUNITES ET LIMITES DE LA DECENTRALISATION DU FINANCEMENT DES EHPAD	67
CHAPITRE 1. HYPOTHESES DE RECHERCHE : UNE DECENTRALISATION DU FINANCEMENT A L'ECHELON DU DEPARTEMENT AMELIORERAIT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN EHPAD	67
CHAPITRE 2. LA DECENTRALISATION A L'ECHELON DU DEPARTEMENT EST-ELLE PERTINENTE POUR METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE GRAND AGE ET DEPENDANCE ?	75
CHAPITRE 3. QUELS IMPACTS ET IMPLICATIONS D'UNE FUSION DES DOTATIONS « SOINS » ET « DEPENDANCE » POUR LES METTEURS EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES ?	106
CONCLUSION GENERALE ET DISCUSSION	119
BIBLIOGRAPHIE.....	123
SITOGRAFIE	125
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	132
TABLE DES ANNEXES.....	134
TABLE DES MATIERES.....	153

INTRODUCTION

Le point de départ de ce mémoire est aussi celui de mon souhait d'intégrer le Master 2 Politiques Publiques de Santé de Sciences Po Grenoble. Tout part d'un besoin et d'une envie de mieux comprendre le fonctionnement des politiques publiques médico-sociales du Grand Âge. Un intérêt qui me vient d'abord d'une première expérience professionnelle et surtout humaine dans le secteur il y a presque vingt ans, en pleine canicule. Après une première partie de vie professionnelle bien remplie dans un secteur ayant un pied dans la santé, mon envie de mieux comprendre « comment ça marche » m'a conduite à changer de parcours pour me diriger dans le Master 2 PPS. Mon objectif était clair : apprendre et comprendre pour pouvoir agir. Et agir pour essayer, à ma petite échelle, de contribuer à transformer la société dans laquelle nous vivons pour qu'elle s'occupe un peu mieux de « ses vieux ».

Si notre société est traversée de multiples crises à répétitions et de tous types ces dernières années, celle du secteur médico-social est latente depuis longtemps. Et l'urgence de transformer tout un secteur pour mieux accompagner le vieillissement de la population se fait sentir de plus en plus. Le sujet est évoqué depuis Pierre Laroque dans les années 60. Et plus près de nous, depuis le début des années 2000 émerge la nécessité de mieux préparer la société au vieillissement de la population. L'évolution nécessaire du secteur s'est d'abord appuyée sur les réformes du médico-social, notamment dans le champ du handicap, également celles du sanitaire (dans une moindre mesure), puis a connu un tournant avec la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement en 2015¹ jusqu'à la création de la 5^e branche en 2020². Car la nécessité de faire mieux, de mieux planifier l'accompagnement des personnes âgées est à l'agenda des politiques publiques depuis longtemps, des concertations et rapports ont été conduits ces dernières années³, dont le but affiché était de préparer une réforme de fond, structurelle et d'ampleur. D'abord annoncée pour l'automne 2021 puis finalement remplacée par des mesures discutées dans le cadre du PLFSS 2022, des évolutions ont lieu, progressivement ; mais la transformation annoncée, attendue aussi, n'est pas encore là. Les enjeux, eux, sont pourtant bien là. En effet, la population des personnes

¹ JORF n°0301 du 29 décembre 2015 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie

³ Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*, Rapport El Khomri, M. (2019), *plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*, Rapport IGF (2020), *La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement*

âgées en France ne cesse d'augmenter avec l'amélioration de l'espérance de vie. En 2022, la France compte plus de 14 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit plus d'un habitant sur cinq, dont 6,65 millions ou un sur dix ont 75 ans ou plus⁴. Et les projections de vieillissement de la population estiment que les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter presque un tiers de la population d'ici à 2070⁵.

Ces deux dernières années, la crise sanitaire liée au Covid-19, qui a chamboulé toute notre société, a jeté un coup de projecteur sur certains des dysfonctionnements du secteur du Grand Âge et de la dépendance, en particulier dans les EHPAD. Souligné par la Défenseure des Droits, le lourd tribut payé par nos aînés au plus fort de la crise a remis sur le devant de la scène certains des enjeux du secteur.⁶ La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022 a engagé un certain nombre de mesures⁷, mais la mise en œuvre d'une réforme permettant les transformations structurelles et financières qui étaient attendues dans son sillage, n'est pas encore engagée, ni décidée. Tout récemment, début 2022, avec la médiatisation de l'affaire Orpéa, de nouvelles missions ont été conduites afin d'éclairer les problématiques et surtout les transformations prioritaires à mener, pour ne plus avoir à se demander si les finances publiques étaient employées à bon escient pour le bien-être des personnes âgées vulnérables accueillies en EHPAD. Le rapport de l'IGF et de l'IGAS sur le fonctionnement du groupe Orpéa⁸, a notamment pointé des dysfonctionnements qui peuvent se rencontrer dans tout type d'établissement médico-social : concernant le modèle organisationnel, la gestion des ressources humaines, la place de la parole des usagers et de leurs proches, le niveau de contrôle de la qualité et des événements indésirables ou encore le fonctionnement de la gestion budgétaire. Ce rapport, en convergence avec d'autres rapports récents⁹, souligne les évolutions à opérer pour mieux réguler une offre d'hébergement largement financée par l'argent public. L'alerte lancée par l'affaire Orpéa a également conduit à des annonces immédiates comme le renforcement des contrôles inopinés par les tutelles, la

⁴ Athari, E., Papon S., Robert-Bobée, I. (2019). *Quarante ans d'évolution de démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boom*. France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-26. En ligne, accessible ici : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

⁵ Blanpain, N. INSEE. (2018) *Éclairage - Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

⁶ La Défenseure des Droits (2021) *Rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*

⁷ Vie publique, Loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

⁸ Rapport IGF et IGAS, (2022) *Synthèse de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpéa*

⁹ Cour des Comptes (2022) *Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD*

professionnalisation des organismes de contrôle qualité ou encore la suspension de la délivrance d'autorisations aux EHPAD gérés par des entreprises privées lucratives. Enfin, un dernier signal révélateur d'un contexte en évolution : la parution en mars 2022 du nouveau Référentiel Qualité des ESSMS de la HAS¹⁰ a remis en avant l'importance de la qualité de l'accompagnement en proposant un cadre normalisé national se voulant un guide pour les ESSMS. Ainsi le contexte du secteur du Grand Âge et de la dépendance bouge, en particulier celui des EHPAD, impliquant des changements à venir avec leur lot d'incertitudes pour les professionnels et un niveau d'exigence en termes de qualité et de contrôle – tant de la part des autorités de tutelles que des résidents et de leurs proches – qui tend à croître plus vite que les moyens alloués. Face à ces évolutions et à ces préoccupations qui ne sont pas nouvelles mais gagnent en importance, le besoin de transformation se fait sentir pointant tout une série de questionnements sur le fameux « nerf de la guerre » : le financement.

Si l'on simplifie, aujourd'hui la politique du Grand Âge s'appuie sur un système à trois piliers : institutions d'accueil et d'hébergement, soins et aides à domicile et les aidants non professionnels. La tendance de transformation de l'offre, notamment celle des établissements que sont les EHPAD, va dans le sens des attentes de la population qui veut rester à domicile le plus longtemps possible et qui n'envisage l'hébergement en institution qu'en dernier recours¹¹. Les politiques s'orientent ainsi vers des institutions encore plus médicalisées et une volonté de renforcer le maintien de l'autonomie à domicile tout en s'appuyant sur les EHPAD comme des plateformes de ressources pour aider à accompagner le virage domiciliaire (c'est-à-dire un renforcement de l'offre de service d'accompagnement à domicile).

Concernant le fonctionnement du système de financement, l'offre apportée par les établissements ou services prenant en charge les personnes âgées dépendantes fait l'objet d'un financement dont la structure comporte trois sections (ou trois forfaits), qui se retranscrivent dans la manière dont sont conçus les tarifs pratiqués par les établissements : la section « Soins » qui couvre les dépenses associées au personnel médical et qui est pilotée par les ARS sous l'égide de la CNSA et qui dépend du niveau de dépendance et de l'état de santé des personnes accueillies, la dotation « Dépendance » qui est co-gérée par l'ARS et le Conseil Départemental et dépend du niveau de dépendance des personnes accueillies et le

¹⁰ HAS (2022) *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*

¹¹ Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*

forfait « Hébergement », piloté par le Conseil Départemental dans certains types d'établissements en fonction de leur statut, ou décidé directement par les établissements, et qui est financé soit par les usagers uniquement soit par les usagers et l'aide sociale publique. Cette structure de financement impose également une structure spécifique de double tutelle, avec deux administrations : les ARS et les Conseils Départementaux, qui sont responsables de mettre en œuvre les politiques publiques et d'assurer la distribution des enveloppes budgétaires, la tarification, la régulation et les autorisations, l'accompagnement des organisations qui hébergent, prennent en charge et accompagnent les personnes âgées dépendantes. Ce fonctionnement à « deux-têtes » est questionné depuis quelques années, dans le Rapport Libault, D. (2019)¹², et encore récemment dans le rapport de la Cour des Comptes (2022)¹³, qui pointent les problématiques imposées par ce système : la complexité du fonctionnement, la perte d'efficacité due au temps de gestion des enveloppes budgétaires, le manque de ressources allouées au contrôle et au pilotage de la qualité, le manque de lisibilité des tarifs pour les usagers, le risque d'inégalités d'accès à une offre adaptée si celle-ci n'est pas suffisamment corrélée aux besoins, ou encore les difficultés à mener les transformations attendues du modèle d'EHPAD dans un contexte où les ressources financières sont contraintes et cadrées. Face à ces enjeux multiples, l'une des solutions envisagées par les pouvoirs publics est une proposition de simplification de la structure de financement en fusionnant notamment deux des dotations : « Soins » et « Dépendance » et soulevant la question du pilotage à attribuer soit « tout à l'ARS », soit « tout au département ». Aujourd'hui la question n'a pas été tranchée et l'option pour l'instant retenue par les pouvoirs publics et mise en œuvre avec la création de la 5^e branche est celle d'une CNSA qui s'appuie sur deux réseaux, les ARS et les départements, en conservant une double dotation et une double tutelle pour les gestionnaires d'EHPAD. La question reste cependant d'actualité, dans la mesure où une fusion, par le biais d'une réforme structurelle de simplification du financement et de la tutelle, pourrait par ses implications, permettre d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en EHPAD. Le contexte de l'affaire Orpéa a notamment reposé la question de la bonne utilisation du financement public et de la façon dont sont allouées, priorisées et gérées les ressources, du contrôle par les tutelles et des modèles de gestion des gestionnaires d'EHPAD, plus ou moins imposés par la structure de financement actuelle. Partant de ces constats, je m'intéresse dans ce

¹² Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*

¹³ Cour des Comptes (2022) *Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD*

mémoire à cette question du financement. Faut-il le repenser ? Et si oui comment ? Faut-il simplifier pour que les ressources soient mieux employées, de manière plus efficiente et pour assurer davantage de qualité dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement ?

Mon hypothèse de départ pour ce mémoire est celle de la simplification comme source de plus d'efficacité au bénéfice d'une meilleure qualité. Mais cette question du financement faisant déjà l'objet de différentes propositions des pouvoirs publics, je m'appuierai sur l'une d'elles pour spécifier davantage la question centrale de ce mémoire. Ainsi je me propose dans ce travail de tenter d'éclairer la question suivante : faut-il décentraliser le financement des EHPAD en fusionnant les dotations « Soins » et « Dépendance » sous le pilotage des Départements pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ? De façon plus précise, cela revient à scinder la question en deux sous-questions : dans l'hypothèse d'une fusion des dotations « Soins et « Dépendance » le département serait-il le bon échelon pour piloter le financement et tout ce qui va avec ? Et quels seraient les impacts et implications sur la mise en œuvre des politiques publiques des EHPAD et sur l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ?

Au travers de ces questions, au-delà d'éclairer la nécessité de réformer le financement et l'une des manières de le faire, je m'intéresse également à la façon dont cela pourrait « teinter » la mise en œuvre par les acteurs de terrain.

Je m'attacherai dans ce rapport à tenter d'apporter des éléments de réponses, au travers tout d'abord d'un état des lieux, permettant de dresser le « portrait » des politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance, à chiffrer les enjeux, à présenter les politiques et les pistes d'évolution et leurs enjeux (Partie I). Dans la seconde partie, je chercherai au travers d'une démarche empirique à apporter des arguments pouvant orienter ou non vers la décentralisation du financement des EHPAD à l'échelon du département et à tenter d'en comprendre les implications sur le terrain, pour les acteurs de la mise en œuvre et les éventuels avantages pour les personnes âgées accueillies en EHPAD (Partie II).

PARTIE I : Évolution des politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance

Chapitre 1. Les acteurs et le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France

Avant de décliner l'évolution des politiques publiques du grand âge et de la dépendance, il convient de présenter globalement la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France (1.1.), les acteurs (1.2.) et de préciser les champs de compétences de chacun, tant au niveau national que territorial, puis de présenter les structures de financement (1.3.) des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.1 La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France

Pour pouvoir parler des modèles de prise en charge de la dépendance en France, il m'apparaît nécessaire de décrire tout d'abord la population dont il est question. Les personnes âgées dépendantes : combien sont-elles ? qui sont-elles ? comment définit-on la dépendance ? Je reviendrai plus loin sur ce que cela signifie en termes de besoins sociaux et d'accompagnement de la dépendance.

1.1.a Quelques données démographiques et définitions de la dépendance

D'après le dernier bilan démographique de l'INSEE¹⁴, et ce n'est plus un « scoop » depuis longtemps, la population française continue de vieillir. Ce dernier bilan pointe notamment une accélération du fait de l'arrivée dans la tranche d'âge des 75 ans et plus de la première génération issue du *baby-boom*. Ainsi les personnes âgées de 75 ans et plus représentent presque 10% de la population française en 2021 et les 65 ans et plus, 21%. D'une manière générale, la population des personnes âgées (65 ans et plus) ne cesse d'augmenter depuis les 30 dernières années, due à l'augmentation régulière de l'espérance de vie et depuis les années

¹⁴ Papon S., Insee (2022) – *Bilan démographique 2021* – Insee Première N°1889 – En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>

2010 à l'avancée en âge des générations issues du *baby-boom*. Ainsi en 2022, parmi les plus de 67 millions de français, l'on compte plus de 14 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit plus d'un habitant sur cinq, dont 6,65 millions ou un sur dix ont 75 ans ou plus¹⁵. Et si l'on en croit les projections de vieillissement de la population, les seniors, personnes âgées de 65 ans et plus, devraient représenter 29% de la population d'ici à 2070¹⁶.

Parmi elles, bien que l'espérance de vie continue de progresser en France, un grand nombre ne vieillit pas en bonne santé et entre en situation de perte d'autonomie ou de dépendance. La nuance entre ces deux notions n'est pas aisée, tant elles dépendent du cadre de définition qu'on leur donne. Il en est de même pour l'évaluation du nombre de personnes âgées concernées, qui varie selon la définition que l'on retient.

Au sens de la loi¹⁷, la dépendance chez la personne âgée est définie comme : « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ».

Sur le plan médical, un article de Briand et al. (2020) à visée de formation à destination des médecins pour mieux évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, reprend les définitions du Collège National des Enseignants en Gériatrie et rappelle que les deux notions – dépendance et autonomie - ne sont pas nécessairement opposées : « *L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir), ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs.* »

¹⁵ Athari, E., Papon S., Robert-Bobée, I. (2019). *Quarante ans d'évolution de démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boom*. France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-26. En ligne, accessible ici : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

¹⁶ Blanpain, N. INSEE. (2018) Éclairage - *Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

¹⁷ Il s'agit de la définition retenue par la Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Legifrance. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000747703/>

« La dépendance est pour une personne la perte partielle ou totale de la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. »¹⁸

Ainsi la dépendance n'est pas systématiquement synonyme de la perte d'autonomie.

Au sens administratif enfin, il s'agit d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée de 60 ans et plus afin d'établir son éligibilité à une prestation d'aide comme l'APA¹⁹ : la dépendance se définit alors selon une grille d'évaluation AGGIR²⁰ qui permet de classer les personnes en 6 « groupes iso-ressources » ou GIR. L'on considère alors les personnes classées GIR à 1 à 4 comme dépendantes (GIR 1 étant le plus haut degré de dépendance) et celles classées en GIR 5 à 6 comme étant peu ou pas du tout dépendantes.

C'est cette définition administrative qui est généralement retenue pour évaluer le nombre de personnes âgées concernées, aucune étude ne permettant d'évaluer le degré de dépendance dans l'ensemble de la population française. C'est également sur le système de classement GIR que se base la DREES pour ses études portant sur les profils des personnes âgées dépendantes, que je présenterai dans la suite du rapport (paragraphe 2.3). Sans rentrer plus avant dans le détail des données, une notion importante à garder à l'esprit est que la perte d'autonomie concerne déjà une part importante de la population des seniors : en 2015 en France (hors Mayotte), 2,5 millions de seniors étaient en perte d'autonomie, représentant 15,3% des 60 ans ou plus, et que cette part tendra à augmenter dans les années à venir.²¹

1.1.b Quels sont les enjeux de prise en charge ?

Les enjeux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et plus largement du vieillissement de la population ont été soulignés plus particulièrement dans le rapport Libault, D. (2019)²² puis repris plus récemment dans le rapport de la Cour des Comptes

¹⁸ Briand et al. (2000). *Autonomie et dépendance chez le sujet âgé*. La revue du praticien. Les Items de la Revue du praticien. Publié le 18 Mars 2020.70(3);e97-105. En ligne, accessible ici : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/autonomie-et-dependance-chez-le-sujet-age>

¹⁹ Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

²⁰ Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources. Cette grille AGGIR d'évaluation s'appuie sur des notes du degré d'incapacité pour dix activités discriminantes, synthétisées en un classement en six GIR (groupes iso-ressources) : les GIR 1 à 4 regroupent les personnes jugées dépendantes, tandis que les personnes en GIR 5 et 6 sont considérées comme autonomes. La classification selon cette grille peut être approchée à partir de données d'enquête.

²¹ K. Larbi (INSEE) et D. Roy (DREES), (2019) *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. Insee Première, N° 1767, Juillet 2019

²² Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*

2022²³. Ces rapports ont questionné tout autant les politiques publiques du Grand Âge que leur mise en œuvre et arrivent à un constat commun : la nécessité de refondre, voire réformer en profondeur les politiques publiques.

De manière plus détaillée, un premier enjeu de la prise en charge des personnes âgées dépendantes tient dans l'adéquation entre le besoin et l'offre. Le constat mathématique montre qu'il n'y a pas assez de places pour accompagner toutes les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et encore moins dans le futur. Le défi de l'accompagnement est de faire face au vieillissement de la population avec une espérance de vie en bonne santé qui n'augmente pas aussi vite que l'espérance de vie « tout court ». Autrement dit, le secteur doit se préparer à faire face à un besoin d'accompagnement encore plus important tout en s'adaptant aux préférences des personnes âgées concernées. Une majorité de personnes âgées souhaitant demeurer chez elles le plus longtemps possible, le besoin de développement des services à domicile est important tout autant que le soutien des aidants non professionnels – autrement appelés les aidants familiaux - dans le soutien apporté aux personnes âgées dépendantes, que celui-ci soit complémentaire d'une aide professionnelle ou qu'elle représente la totalité de l'aide. En parallèle doit se développer une offre d'hébergement davantage médicalisée pour accueillir les personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, représentant une population de plus en plus dépendante au moment de son entrée en établissement. Ces enjeux de prise en charge du risque social que représente l'autonomie en soulève un autre : développer le secteur signifie développer l'emploi. Aujourd'hui le secteur du Grand Âge représenterait environ 830 000 emplois équivalent temps plein. Comme précisé dans le rapport Libault, D. (2019)²⁴, l'emploi devrait augmenter d'au moins 20% d'ici 2030 pour répondre aux besoins du secteur. Pour autant, les conditions de travail, la complexité d'une prise en charge où l'humain s'allie à des compétences techniques, le manque de moyens, le manque de reconnaissance et les niveaux de salaires, sont pointés comme étant des facteurs de non-attractivité du secteur. Aussi, la revalorisation des métiers constitue également un enjeu à part entière. Ainsi se dessinent trois des enjeux majeurs retenus par les pouvoirs publics dans la réflexion menée ces dernières années concernant la prise en charge.

²³ Cour des Comptes (2022), *Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD*

²⁴ Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*

L'on peut en ajouter d'autres en lien avec la nécessité de transformation de l'offre : la prise en compte des disparités territoriales dans la transformation de l'offre, la structuration des politiques publiques afin de simplifier leur mise en œuvre, ou encore l'enjeu du financement de l'évolution de l'offre.

En effet sur la question des territoires, les études révèlent des disparités des besoins et *in fine* des enjeux actuels et futurs, de par la typologie du territoire : rural / citadin / littoral²⁵ et mettent en exergue une disparité des besoins entre les régions²⁶, notamment concernant l'état de santé des personnes âgées dépendantes, le niveau d'aide apporté par l'entourage, le nombre de places disponibles en hébergement ou au sein des services d'aide à domicile.

Concernant une potentielle réforme structurelle des politiques publiques, la Cour des Comptes²⁷ émet plusieurs pistes : réformer le régime d'autorisation pour encourager la mutualisation des établissements et services pour gagner en efficacité fonctionnelle, positionner les EHPAD comme centres de ressources territoriaux, rendre le CPOM plus stratégique et en faire un outil de pilotage plutôt qu'un outil administratif. Le rapport reprend enfin l'idée d'une simplification du financement.

Et concernant le financement, il s'agit de gérer une augmentation importante des dépenses publiques projetée²⁸ en lien avec l'évolution démographique, sociale et économique. La DREES met notamment en avant la grande part de dépenses (environ 80%) de la dépendance prise en charge par les finances publiques, en particulier les dépenses de santé et les dépenses d'accompagnement liées à la perte d'autonomie ; les dépenses d'hébergement pesant un peu moins sur les finances publiques car elles sont financées à la fois par les aides sociales (aide sociale à l'hébergement et allocation logement) et par les personnes âgées et/ou leurs aidants (reste à charge).

C'est par le prisme du financement que je vais présenter les acteurs des politiques publiques de prise en charge du Grand Âge et de la dépendance, ainsi que les acteurs de leur mise en œuvre.

²⁵ Delasalle, B. (2018) *Le vieillissement de la population et ses enjeux*. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017

²⁶ Insee (2018). *Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales*. En ligne, accessible ici : <https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

²⁷ Cour des Comptes (2022) *Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD*

²⁸ Roussel, R. (2017). *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*. Études et Résultats (Drees) (1032)

1.2 Les acteurs de la dépendance

1.2.a Qui assure la gouvernance ? Quelles sont les tutelles ?

La gouvernance des politiques publiques de la dépendance est en partie en cohérence directe avec le financement et est assurée à différents niveaux par différents acteurs, impliquant des missions de coordination. La coordination, le pilotage et la gestion au niveau national sont les missions de la CNSA depuis sa création en 2005²⁹. La mise en œuvre des politiques au niveau des territoires est assurée en collaboration par l'ARS et le département, sous le pilotage de la CNSA. Chacun ayant des rôles et missions définis et théoriquement complémentaires.

Les ARS - Agences Régionales de Santé - ont ainsi des prérogatives concernant le secteur du Grand Âge et de la dépendance depuis loi HPST³⁰. Cela fait partie de leurs missions de déclinaison et d'adaptation des politiques nationales de santé au niveau du territoire régional. Ainsi elles sont responsables de l'identification des besoins médico-sociaux et de leurs évolutions qui sont intégrés dans leur schéma régional de santé (défini pour 5 ans), de la définition des territoires de démocratie sanitaire pertinents pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social, de l'accompagnement des personnes âgées via l'organisation des parcours de vie³¹. Elles assurent également à l'échelle de la région la coordination des différents intervenants du Grand Âge : la CNSA, les Conseils Départementaux, les caisses d'assurance maladie et d'assurance retraite et la conférence des financeurs (instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement), mais également les associations de patients, proches aidants, familles, les structures, les établissements et les professionnels sanitaires et médico-sociaux (MDA, CLIC, PASS, MAIA, PASA, UHR, etc.)³².

²⁹ Sénat. Travaux parlementaires Rapport d'information. Exposé général « Sur le financement de la dépendance ». En ligne, accessible ici : <http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-4283.html>

³⁰ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

³¹ ARS. *L'accompagnement des personnes âgées*. En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees>

³² MDA = maisons départementales de l'autonomie, CLIC = centres locaux d'information et de coordination gérontologique, PASS = permanences d'accès aux soins de santé, MAIA = maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, PASA = pôles d'activité et de soins adaptés, UHR = unités d'hébergement renforcé.

Sur le plan du financement, les ARS assurent l’attribution des financements de la section « Soins » des établissements (maisons de retraite, EHPAD) et des services d’aide à domicile comportant un volet médical. En plus de la gestion du budget « Soins », elles peuvent, notamment via la conférence des financeurs, contribuer à un accompagnement complémentaire des EHPAD pour favoriser l’amélioration conditions de prise en charge des résidents et qualité de vie au travail des personnels. Cela peut se traduire par des financements spécifiques inclus dans le CPOM, des appels à projets, des formations, le financement ou la mise en œuvre d’actions innovantes etc.

Enfin, en lien avec la mission de financement de l’ARS et d’attribution du budget « Soins », lorsqu’une structure fournit à la fois des services médicalisés et non médicalisés (établissements et services médico-sociaux), l’ARS exerce une tutelle conjointement avec le département, assurant les responsabilités d’autorisation, de tarification et de contrôle.

Les départements assurent quant à eux la dimension sociale de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Comme le souligne L. Cytermann (2010), historiquement, les responsabilités des départements couvrent trois aspects³³ :

- Les aspects financiers : en fonction des besoins, des difficultés financières et de la solvabilité des personnes âgées, les départements sont responsables de l’attribution des aides telles que l’APA.
- L’offre de services en matière d’aide à domicile et d’hébergement : les départements sont en charge de l’évaluation des besoins, de la planification de l’offre en cohérence avec l’évolution des besoins. Le Conseil Départemental est également en charge, en lien avec l’ARS, de la délivrance d’autorisations et du contrôle des services d’aide à domicile, des résidences-autonomie (ex-logements-foyers) et des EHPAD (établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes) ainsi que de la tarification des prestations offertes par les établissements et services habilités³⁴.
- La coordination de l’action gérontologique sur le territoire : notamment au travers des dispositifs territoriaux de conseil et d’accompagnement des personnes âgées dans leurs démarches que sont les Centres Locaux d’Information et de Coordination

³³ Cytermann, L. (2010). *Focus - Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance. Informations sociales*, 162, 130-133. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0130>

³⁴ CNSA. (2020). *Le Conseil départemental*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Septembre 2020. En ligne, accessible ici : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-conseil-departemental>

géronologique (CLIC)³⁵ et autres dispositifs assurant la coordination sous une autre dénomination.

Cytermann, L. (2010) résume ainsi la répartition des missions entre ARS et départements pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes « *On peut donc parler dans une large mesure de cogestion du secteur entre le département et l'ARS. La loi du 21 juillet 2009 [...] (dite « loi HPST »), qui a créé les ARS, leur a donné le pouvoir d'adopter leur propre schéma pour les établissements qu'elles financent, le schéma régional d'organisation médico-sociale, qui se superpose au schéma départemental* »³⁶.

Plus spécifiquement concernant les EHPAD, on peut parler de cotutelle sur le plan de la délivrance des autorisations, du contrôle et du financement conjoint assurés à la fois par l'ARS et Conseil Départemental³⁷.

En pratique, cela signifie pour les EHPAD et/ou les organisations gestionnaires d'EHPAD ont deux interlocuteurs – ARS et département - pour ce qui est des missions de :

- délivrance des autorisations de fonctionnement et de renouvellement,
- des visites de conformité,
- de la tarification,
- de financement au travers des forfaits dont l'ARS et le département ont la gestion : forfait « Soins » géré par l'ARS, forfait « Dépendance » géré par le département, et même le budget « Hébergement » en partie soumis à l'autorité du département via l'attribution de l'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement)
- depuis 2017, de mise en place d'un CPOM ou Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu entre l'ARS, le Conseil Départemental et le gestionnaire, qui fixe les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et les moyens financiers

³⁵ CNSA. (2002). *Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Juillet 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-points-dinformation-locaux-dedies-aux-personnes-agees>

³⁶ Cytermann, L. (2010). *Focus - Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance*. *Informations sociales*, 162, 130-133. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0130>

³⁷ ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2022). *L'essentiel sur le rôle de l'ARS en matière de financement des Ehpads et de prise en charge des résidents*. Février 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/l'essentiel-sur-le-role-de-lars-en-matiere-de-financement-des-ehpad-et-de-prise-en-charge-des-0>

permettant le fonctionnement de l'établissement d'hébergement et/ou de l'organisation gestionnaire.

1.2.b Qui assure l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Pour simplifier, l'on peut considérer que la prise en charge en elle-même est assurée par trois grandes catégories d'acteurs pouvant intervenir en complémentarité les uns des autres auprès des personnes âgées dépendantes : les aidants non professionnels ou aidants familiaux, les services d'aide et de soins à domicile, les établissements d'hébergement, temporaire ou permanent.

Sans revenir en détails sur les données chiffrées présentées plus haut, je rappelle que pour les quelques 2,5 millions de personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes en France en 2015³⁸, presque 2 millions vivent à domicile et plus de 540 000 en établissements. Considérant plus largement les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile, sans distinction sur la question de la dépendance, 3 millions déclaraient en 2015 être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, soit par des aidants professionnels, soit par des aidants familiaux, ou encore les deux conjointement³⁹.

Concernant les services d'aide et de soins et les établissements, il convient de décrire plus spécifiquement les types d'acteurs en présence en France.

L'offre de services à domicile, notamment concernant les soins, est dominée par les acteurs publics et privés à but non lucratif. Ainsi ce sont majoritairement les communes et communautés de communes qui assurent la prestation de services de soins et d'aide à domicile à travers leurs Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS et CIAS), ainsi que des associations, dont la plupart sont regroupées dans quelques grands réseaux (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles [Una], Aide à domicile en milieu rural [ADMR])⁴⁰. Concernant les services d'aide à domicile (aide-

³⁸ K. Larbi (INSEE) et D. Roy (DREES), (2019) *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Première*, N° 1767, Juillet 2019

³⁹ M. Brunel et A. Carrère (DREES), (2017) *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 - Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages »*, Numéro 1029

⁴⁰ Cytermann, L. (2010). *Focus - Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance. Informations sociales*, 162, 130-133. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0130>

ménagère, portage de repas, accompagnement) ne comprenant pas de prestations de soins, les acteurs privés lucratifs sont très largement représentés.

Les établissements et les organisations gestionnaires d'établissements sont répartis en trois types d'acteurs selon leur statut juridique : le public (collectivités territoriales, hôpitaux, EHPAD publics indépendants ...), le privé non lucratif (associatif), le privé lucratif ou commercial (entreprises privées marchandes). D'après l'état des lieux dressé par la CNSA en 2017, le secteur public gère environ 42% des EHPAD, le secteur privé non lucratif, un tiers, et le secteur privé lucratif, un quart⁴¹.

1.3 Qui finance la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de quelle manière ?

1.3.a Qui assure le financement ?

Pour comprendre la manière dont est financée actuellement la prise en charge des personnes âgées dépendantes, je m'attacherai à décrire les acteurs du financement et de quelle manière ils interviennent, en précisant les changements intervenus récemment avec la création de la branche autonomie, autrement appelée 5^e branche, comme branche à part entière de la sécurité sociale en 2020.

Avant la création de la branche autonomie, l'on pouvait considérer globalement 4 acteurs du financement, comme décrits par un rapport du Sénat issu de travaux parlementaires menés sur des données de 2018⁴² :

1. L'Assurance Maladie du fait de la couverture des dépenses de soins, tant de la réalisation d'actes médicaux que par le biais des forfaits « Soins » versés par l'assurance maladie aux services et aux établissements médico-sociaux. La part de financement de l'assurance

⁴¹ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2019). *La situation des EHPAD en 2017 - Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents*. Avril 2019. En ligne, accessible ici : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf

⁴² Sénat. Travaux parlementaires Rapport d'information. Exposé général « *Sur le financement de la dépendance* ». En ligne, accessible ici : <http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-4283.html>

maladie est d'autant plus importante et croissante que les pathologies voire les situations de poly-pathologie sont plus fréquentes chez les personnes âgées.

2. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) comme pilote et gestionnaire des politiques publiques et de leur financement, mais également en finançant une partie de l'APA, des actions de prévention et le forfait autonomie, des aides individuelles aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. La CNSA avait alors pour rôle la répartition équitable des dépenses sur le territoire. Pour ce faire, une dotation ONDAM provenant de la Sécurité Sociale lui était déléguée pour gestion avec le concours de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Cette part représentait environ 80% des recettes de la branche autonomie. Les comptes de la CNSA restaient alors périphériques des comptes de la Sécurité Sociale.⁴³

3. Les Conseils Départementaux détiennent une compétence financière de droit commun en matière de politique sociale. Les Conseils Départementaux n'interviennent pas dans le financement de la dimension médicale de la prise en charge. Pour simplifier, on peut leur attribuer deux principes d'intervention : l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et la mise en œuvre des politiques publiques de solidarité.

4. L'État intervient de manière indirecte dans le financement des politiques publiques de dépendance au travers des exonérations fiscales, des aides au logement et également par le biais des dotations aux collectivités territoriales (départements).

Avec la création de la branche autonomie, la CNSA devient tout début 2021 non seulement une caisse mais **une branche à part entière de la Sécurité Sociale** (Encadré 1). Désormais les comptes de la CNSA sont les comptes de la branche autonomie.

Encadré 1 - Focus sur l'évolution du rôle de la CNSA dans le financement

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées⁴⁴.

⁴³ J-P. Laboureux et al. (2021) Les Comptes de la Sécurité Sociale – *RÉSULTATS 2020 - PRÉVISIONS 2021 et 2022*. Septembre 2021

⁴⁴ Ibid

Les missions de la CNSA ont évolué depuis sa création, et son rôle de gestionnaire des politiques publiques de l'autonomie l'amène à contribuer à la fois au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux et de l'habitat inclusif, à d'autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la CNSA, à des revalorisations dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile avec l'article 47 (depuis 2021) et dans les ESMS tarifés par les conseils départementaux (prévu pour 2022)⁴⁵.

Avec la création de la branche autonomie, la **CNSA devient l'unique gestionnaire des dépenses pour l'autonomie et responsable de l'Objectif Global des Dépenses – OGD**. Cet OGD correspond à une fraction de l'ONDAM de la LFSS dédiée aux personnes âgées (3^e objectif de l'ONDAM) et aux personnes handicapées (4^e objectif de l'ONDAM). Ainsi le budget de la CNSA provient de cet OGD, complété des ressources propres et réserves de la CNSA. La CNSA conserve son rôle de répartition sur le territoire des dépenses annuelles sous forme de dotations régionales.⁴⁶

En 2022, il est prévu que la CNSA assure de nouveaux financements : la dotation qualité et la mise en œuvre du tarif plancher des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Ainsi, la branche autonomie est le principal financeur des établissements et services médico-sociaux en France, et à ce titre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

1.3.b D'où proviennent les financements et à quoi servent-ils ?

Depuis la création de la 5^e branche, les comptes de la CNSA sont ceux de la branche autonomie. Les recettes proviennent donc d'une part des produits du régime général de la Sécurité Sociale. Les dépenses sont financées principalement par les produits de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) à presque 90%, complétée d'une part de taxe sur

⁴⁵ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie *La situation des EHPAD en 2017 - Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents* Avril 2019. En ligne, accessible ici : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf

⁴⁶ J-P. Laboureix et al. (2022) *Les Comptes de la Sécurité Sociale – RÉSULTATS 2021 - PRÉVISIONS 2022*. Juillet 2022.

les salaires, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et de la contribution solidarité autonomie (CSA)⁴⁷.

Ces recettes constituent le budget de la CNSA. Celui-ci est réparti en cinq grands fonds de financement⁴⁸ :

- Un fonds de financement des ESMS (établissements et services médico-sociaux),
- Un fonds qui finance les prestations individuelles,
- Un budget dédié aux aides à l'investissement au bénéfice des ESMS,
- Un budget d'intervention en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées,
- Un budget de gestion administrative incluant le soutien financier au réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

De par sa mission de répartition sur le territoire des dépenses annuelles sous forme de dotations régionales⁴⁹, la CNSA redistribue une partie du budget aux ARS pour le financement des établissements et services médico-sociaux. Ainsi les ARS font partie des acteurs du financement dont les sources financières proviennent des contributions des régimes d'Assurance Maladie et de la CNSA. Il est à noter que les ARS peuvent également être amenées à financer des projets très spécifiques et des expérimentations, liés à certaines de leurs missions principales et qui peuvent contribuer au financement des ESMS sur leur territoire. En effet, au-delà des dotations de l'État et des ressources financières réparties par la CNSA, elles disposent également d'un fonds d'intervention régional qui finance des actions et des expérimentations décidées par les Agences Régionales de Santé en faveur : de la performance des soins, de la qualité des soins, de la coordination des soins, de la permanence des soins, de la prévention de la santé, de la promotion de la santé, ou encore de la sécurité sanitaire⁵⁰. Enfin, les départements qui contribuent à la part sociale du

⁴⁷ J-P. Laboureux et al. (2022) Les Comptes de la Sécurité Sociale – *RÉSULTATS 2021 - PRÉVISIONS 2022*. Juillet 2022.

⁴⁸ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. "Budget" publié le 2 février 2015-Mis à jour le : 17 mars 2022. En ligne, accessible ici : Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées : quel budget? | CNSA

⁴⁹ J-P. Laboureux et al. (2022) Les Comptes de la Sécurité Sociale – *RÉSULTATS 2021 - PRÉVISIONS 2022*. Juillet 2022.

⁵⁰ ARS. (2020). *Les dépenses de santé en région Août 2020*. En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/les-depenses-de-sante-en-region>

financement des ESMS ont différentes sources de financement⁵¹ : il s'agit principalement de dotations et subventions de l'État ainsi que de dotations d'autres organismes publics (environ 30% des ressources), mais également des impôts locaux : directs (taxe d'habitation, taxes foncières) ou indirects (droits de mutation, taxe d'enlèvement des ordures ménagères, etc.) et fiscalité économique (contribution économique territoriale, etc.), et enfin des recettes des produits des services et du domaine des collectivités et des recettes des produits des emprunts.

Ces financements contribuent à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à différents titres :

- Par le biais de l'APA, allocation personnalisée à l'autonomie : prestation sociale attribuée aux personnes âgées dépendantes sous forme d'une prestation en nature, via la prise en charge de l'intervention d'aides humaines (aide à domicile) ou l'attribution d'aides techniques (aménagement du domicile, aide matérielle)
- Par le biais d'une aide spécifique additionnelle pour les personnes âgées justifiant de difficultés financières. Cette aide additionnelle peut être soit financière pour l'hébergement en établissement (ASH⁵² = aide sociale à l'hébergement) soit en nature (aide-ménagère à domicile) ou d'un soutien financier
- Par le biais également de la Conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées⁵³, qui coordonne les actions de prévention dans chaque département et est présidée par le président du Conseil Départemental. Depuis la loi ELAN⁵⁴, la conférence des financeurs intervient notamment en matière d'habitat inclusif et peut à ce titre financer des projets visant à améliorer l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

⁵¹ Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. (2022). *Budget et dotations des collectivités territoriales*. Mai 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/budget-et-dotations-des-collectivites-locales>

⁵² CNSA. (2020) *Le Conseil départemental*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Septembre 2020. En ligne, accessible ici : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-conseil-departemental>

⁵³ CNSA. (2019) *Conférence des financeurs*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs>

⁵⁴ Loi de 2019 pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

1.3.c Quelles sont les modalités de financement des ESMS ?

Depuis ce niveau « macro » de financement des « grandes masses », chaque acteur de terrain de la prise en charge des personnes âgées dépendantes perçoit un financement de trois types qui constitue *in fine* les trois parties de son budget de fonctionnement : le forfait « Soins » via l'ARS, et donc en provenance de la CNSA, le forfait « Dépendance » via le département, et le forfait « Hébergement », pour les établissements plus spécifiquement, et qui provient de la part payée par les usagers. Il est à noter que la part « Hébergement » peut correspondre à la fois au reste à charge réellement payé par les usagers mais aussi aux aides sociales perçues par ceux-ci comme les aides au logement. Ce forfait est donc en partie financé par des financements publics.

Pour préciser davantage le contenu de chaque partie du financement d'un établissement de type EHPAD, je propose ce tableau récapitulatif à partir notamment de l'article L315-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles⁵⁵ (Tableau1).

⁵⁵ Code de l'action sociale et des familles- Article L314-2 modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 47. En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142848/#LEGISCTA000006142848

	Le financeur	A quoi cela correspond	Comment il est fixé
Forfait « Soins »	ARS / CNSA	<p>Il prend en compte le niveau de dépendance moyen au sein de l'établissement, sur la base des évaluations GIR des résidents en calculant un GMP⁵⁶ ainsi que les besoins en soins requis.</p> <p>Ce forfait global peut inclure des financements complémentaires relatifs à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial.</p> <p>Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par le forfait Soins, à savoir les métiers médicaux et paramédicaux.</p> <p>Le forfait Soins couvre 100% des dépenses médicales et 70% des charges liées au personnel paramédical.</p>	<p>Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>Le montant du forfait global de soins par établissement est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé en s'appuyant sur deux outils nationaux, AGGIR et PATHOS.</p>
Forfait « Dépendance »	Département	Il prend en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, toujours sur la base du GMP,	Le tarif Dépendance est défini conjointement par les conseils départementaux et par les

⁵⁶ GMP : Gir Moyen Pondéré

		<p>dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État.</p> <p>Le forfait Dépendance couvre les 30% restants des charges de personnel paramédical et de personnel hôtelier et 100% du ou des postes de psychologue.</p>	<p>Agences régionales de santé (ARS).</p> <p>Il est calculé selon le degré d'autonomie des résidents en s'appuyant sur un outil national, la grille AGGIR.</p> <p>Il est fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).</p>
<p>Forfait « Hébergement »</p>	<p>Usagers / aides sociales</p>	<p>Il dépend des tarifs journaliers selon l'ensemble de prestations relatives à l'hébergement qui sont fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret.</p> <p>Cela correspond au ticket modérateur financé par les résidents.</p> <p>Il peut être couvert par l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées pour les bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements habilités.</p> <p>Le forfait Hébergement couvre les 70% restants de charges de personnel hôtelier ainsi que</p>	<p>Le contenu des tarifs journaliers des prestations relatives à l'hébergement est fixé par décret du conseil départemental. Il ne peut pas comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance.</p> <p>Le décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite " socle de prestations ".</p> <p>Le prix journée est fixé par le conseil départemental pour les EHPAD habilités à l'aide sociale.</p> <p>Il est libre pour les EHPAD non concernés.</p>

		100% des charges liées à l'administratif, la restauration, l'animation, etc.	
--	--	--	--

Tableau 1 : Structure et modalités de financements des EHPAD conçu à partir du Code de l'Action Sociale et des Familles⁵⁷ et de l'encadré 1 de l'article de Xing-Bongioanni, J. (2021)⁵⁸

Cette structure de financement en trois parties impose également le principe d'un fonctionnement avec une cotutelle comme décrit plus haut, et donc d'un double dialogue à mener avec d'une part l'ARS, et d'autre part le département, pour les gestionnaires des ESMS. Cela suggère également l'idée d'une coordination entre l'ARS et le département pour la mise en œuvre en cohérence de leurs schémas territoriaux ainsi que dans le dialogue de gestion et de régulation auprès des ESMS.

Dans ce cadre, la mise en œuvre et la généralisation des Contrats Pluriannuels d'Objets et de Moyens (CPOM) constitue un axe de simplification ou du moins de structuration du dialogue entre les autorités de tutelles et les ESMS. Les CPOM ont été établis par l'ordonnance dite « de simplification du droit » du 1^{er} décembre 2005⁵⁹, venue confirmer les éléments de la Loi 2002-2 qui prévoyait déjà la pluri-annualité budgétaire des établissements sociaux et médico-sociaux. Le CPOM est un contrat signé entre les autorités de tarification et l'organisation gestionnaire ou l'ESMS pour une durée maximale de cinq ans. Il confère des avantages : l'anticipation qu'il permet, la pérennisation des moyens et la souplesse de gestion. En effet, le budget pluriannuel peut prendre la forme d'une dotation globalisée fixée annuellement par l'arrêté de tarification pour les établissements (selon l'article R3 114-43- un du code de l'action sociale et des familles). Cette souplesse doit en théorie permettre la mise en œuvre du parcours de l'utilisateur entre différentes prestations ainsi que des réponses plus adaptées aux besoins des usagers. Si le CPOM permet de structurer le financement et le plan d'action de la structure gestionnaire, il n'en demeure pas moins qu'il nécessite la mise

⁵⁷ Code de l'action sociale et des familles- Article L314-2 modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 47. En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142848/#LEGISCTA000006142848

⁵⁸ Xing-Bongioanni, J. (2021). Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD. *Revue Française de Socio-Économie*, 27, 101-120. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfse.027.0101>

⁵⁹ Ordonnance N 2005-1477 du 1er décembre 2005, art, L313-11 du code de l'action sociale et des familles.

en œuvre d'un double dialogue qui continue dans les faits – je le détaillerai plus loin - de constituer un facteur de complexité pour les gestionnaires.

Chapitre 2. Les politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance en France

Comme décrit plus haut, le secteur du Grand Âge et de la dépendance doit se préparer à l'augmentation des besoins dus au vieillissement de la population française et tenir compte des projections de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes ayant besoin d'un accueil médicalisé. Pour rappel, les chercheurs de la DREES estiment qu'à pratiques inchangées, il faudra 20% de places de plus en EHPAD pour accueillir les seniors dépendants⁶⁰. Un constat qui a appelé des adaptations de la législation ces dernières années ainsi que des réflexions approfondies sur les réformes nécessaires pour préparer la société française. Si la LFSS 2022 a engagé un certain nombre de mesures, la mise en œuvre d'une réforme de fond permettant les transformations structurelles et financières qui étaient attendues dans son sillage n'est pas encore engagée, ni décidée, malgré des préconisations partagées ces dernières années au travers des concertations et missions menées par les pouvoirs publics. Dans cette partie je reviendrai tout d'abord sur la législation du Grand Âge, son évolution et sa mise en application (2.1) avant de revenir sur les préconisations des concertations ainsi que les actualités récentes du secteur (2.2) et je terminerai par l'analyse des besoins sociaux actuels et ceux à venir qui soulèvent diverses questions sur l'orientation à donner aux prochaines politiques publiques pour relever les défis de la dépendance de demain (2.3).

⁶⁰ Miron de L'Espinay, M. et Roy, D. Drees. (2020) *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpads d'ici à 2030, Etudes et Résultats*. Numéro 1172. Décembre 2020. En ligne, accessible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>

2.1 La législation en vigueur et son application via la branche autonomie

2.1.a Petite histoire des politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance

Le droit institutionnel du Grand Âge a connu ses plus grandes évolutions entre 1945 et 2015, en parallèle des politiques publiques du handicap et de la dépendance, et au rythme des évolutions économiques, sociales et sociétales. Pourtant les premières politiques sociales du vieillissement existaient en France dès la fin du 18^e siècle avec une réflexion sur le vieillissement de la population, la nécessité d'encourager la natalité et les premières lois encadrant les dispositifs de solidarité marquant la naissance des systèmes bismarckiens et béveridgiens⁶¹. C'est surtout à partir des années 60 que l'on peut parler de réelle politique publique du Grand Âge avec le rapport du conseiller d'État Pierre Laroque⁶² – encore considéré comme un rapport de référence dans les réflexions et concertations menées actuellement par les pouvoirs publics. Le rapport Laroque, P. (1962) a ainsi été le premier à tirer la sonnette d'alarme des trois problématiques majeures des personnes âgées : pauvreté, isolement, mal-logement⁶³. Il a ainsi préconisé la mise en place de plans quinquennaux de soutien avec la volonté de favoriser le maintien à domicile et l'autonomie des personnes âgées, dans une optique de non-ségrégation des seniors de la collectivité. C'est ensuite en 1975 que la loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales a marqué une étape clé de l'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie et de la médicalisation des établissements d'hébergement. Cette loi a en effet distingué l'hébergement des séjours de soins hospitaliers de longue durée et donné la possibilité de mettre en place des services médicalisés dans les maisons de retraites. Elle est complétée par la loi de janvier 1978 qui pose les prémices d'un financement double au forfait, différenciant le budget « Soins » du budget « Séjour »⁶² en proposant « *deux systèmes expérimentaux relatifs aux modalités d'élaboration et d'exécution des budgets ainsi qu'à la tarification des frais de séjour et des honoraires médicaux applicables aux soins.* »⁶⁴. Dans les années 80 et

⁶¹ Grand, A. (2016). *Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France* dans *Vie sociale*, 15, 13-25 « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale » Éditeur : Érès <https://doi-org.iepnomade-1.greinet.fr/10.3917/vsoc.163.0013>

⁶² Suhard, V. IRDES (2022) *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France - Bibliographie thématique*. Mise à jour : Février 2022. Centre de documentation de l'Irdes.

⁶³ Laroque, P. et al. (1962) *Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque*.

⁶⁴ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n°75-353 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant

jusqu'au années 2000, il n'y aura pas d'évolution majeure mais les choses se structurent avec en 1981 la création du premier secrétariat d'État aux Personnes âgées puis en 1982 un nouveau rapport « Vieillir demain » qui met en exergue les avancées des précédents plans quinquennaux, valorise l'aide informelle de type familiale et donne les orientations pour transformer et développer l'offre de manière à mieux l'adapter aux besoins. Cette même période correspondant à une période de déficit public, voit se libéraliser le soutien à domicile. L'année 1982 est aussi marquée par le début de la décentralisation des politiques sociales (Loi Defferre du 2 mars 1982) avec une « *responsabilisation croissante des départements (conseils généraux puis départementaux [depuis 2015]) vis-à-vis de l'aide et de l'action sociales à destination des personnes âgées. Les conseils départementaux assurent ainsi la gestion de ces aides et actions sociales, avec un volet obligatoire pour lequel ils ne font qu'appliquer la législation nationale et un volet facultatif qui est sous leur entière responsabilité. Le volet obligatoire est en partie financé par l'État* » (Grand, A 2016). Dans les années 90 commencent à se mettre en œuvre des dispositifs de coordination gérontologique à partir du constat du fonctionnement trop en silos des institutions et services dédiés aux personnes âgées. Ces années sont aussi marquées par la mise en place d'une aide (Prestation Spécifique Dépendance ou PSD) qui dépend du degré dépendance, instituant le début des évaluations des personnes âgées à partir de la grille AGGIR, qui reste aujourd'hui la référence pour évaluer les degrés de dépendance et dont dépendent une part importante des financements des ESMS⁶⁵. En 1999, le décret n°99-316⁶⁶ crée les trois tarifs qui composent le financement des établissements, en lien avec le niveau de dépendance GIR des résidents, et qui sont toujours en vigueur aujourd'hui : tarif Soins, tarif Dépendance et tarif Hébergement. Le décret définit également les modalités de définition de ces tarifs et leurs clés de répartition dans les budgets des établissements.

La période 2000 à 2015 est celle de l'accélération en termes de politiques et de transformations en réponse à l'accélération du vieillissement de la population. La Loi du

réforme hospitalière et portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier aux règles de tarification ainsi que pour les soins donnés dans ces établissements aux modalités de leur prise en charge.

⁶⁵ Grand, A. (2016). *Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France*, Vie sociale, 15, 13-25 « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale » Éditeur : Érès <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0013>

⁶⁶ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

20 juillet 2001 crée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)⁶⁷ qui va remplacer progressivement la PSD et instaure un clivage entre les personnes âgées évaluées GIR1-4, jugées dépendantes qui bénéficient de cette aide, et les personnes moins dépendantes, GIR 5-6, prises en charge par la CARSAT⁶⁸. En parallèle, la coordination gérontologique, les réseaux de soins et autres dispositifs se renforcent et se multiplient créant une « *superposition des dispositifs [qui] a abouti à une situation très hétérogène selon les territoires, certains bénéficiant de plusieurs structures de coordination (réseaux, CLIC, MAIA...), d'autres en étant totalement dépourvus* »⁶⁹. C'est ensuite la loi dite Loi 2002-2 qui va amorcer la transformation des institutions du social et du médico-social. En effet, la Loi 2002-2 introduit de nouvelles notions en plaçant l'utilisateur au centre des dispositifs de prise en charge avec la nécessité de construire un projet personnalisé, en créant les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH) qui permettent la territorialisation des politiques publiques dans le secteur médico-social, et, sur le plan financier, elle incite également à la rationalisation des dépenses introduisant ainsi l'évaluation de la performance de la qualité de la prise en charge.⁷⁰ Derniers actes importants avant 2015, la création d'une nouvelle institution avec la Loi du 30 juin 2004⁷¹, à savoir la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui fait office d'agence de définition et de coordination de la politique de compensation et de prévention de la perte d'autonomie et de financement médico-social. Dans la foulée, la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷² supprime la barrière de l'âge dans la prise en compte de la dépendance, fixe de nouvelles orientations politiques sur l'évolution des droits des personnes en situation de

⁶⁷ 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. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000406361/>

⁶⁸ CARSAT : Caisse Assurance Retraite et Santé au Travail

⁶⁹ Grand, A. (2016). *Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France*, Vie sociale, 15, 13-25 « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale » Éditeur : Érès <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0013>

⁷⁰ JORF du 3 janvier 2002 LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

⁷¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000622485/>

⁷² Dossier législatif - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>

handicap et de dépendance et déclenche des réflexions en faveur de l'évolution des conceptions et des pratiques des établissements d'accueil.

2.1.b Lois et politiques publiques qui guident l'action médico-sociale actuelle

Le premier tournant majeur des politiques publiques du Grand Âge a lieu en 2015 avec la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite loi ASV, qui marque la première véritable réforme de taille et lance une dynamique de transformation de l'action médico-sociale. Cette loi vise à mieux anticiper les besoins et les réponses de la société face au vieillissement de la population française : « *La loi d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.* » et alloue des budgets annuels et des dispositifs pour favoriser adaptation sur ces trois piliers et développer offre⁷³, notamment avec la mise en place d'un mode de financement pérenne entièrement anticipé reposant sur la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA) et un financement par l'État du surplus de dépenses prévues pour les départements. Parmi les mesures principales portées par cette loi, l'on retrouve la revalorisation de l'APA (APA2), le droit au répit pour les proches aidants, l'amélioration des droits des personnes en perte d'autonomie et la mise en place de missions de soutien (portées et financées par l'État) aux départements pour développer davantage le maintien à domicile et créer les Conférences des financeurs⁷⁴. Plus spécifiquement concernant la question du financement, la loi ASV⁷⁵ prévoit des investissements nouveaux pour travailler les axes d'amélioration suivants : un meilleur accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, l'attribution d'un forfait autonomie par le conseil départemental aux résidences autonomie via un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les Services d'Aide et d'accompagnement A Domicile (SAAD) et les Services Polyvalents

⁷³ ARS. Article *L'adaptation de la société au vieillissement*. Juillet 2015. En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement#:~:text=Promulgu%C3%A9e%20en%20d%C3%A9cembre%202015%2C%20la,%2C%20am%C3%A9nagements%20urbains%2C%20logement%E2%80%A6>.

⁷⁴ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie. Dossier de presse « Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement » En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/media/9154/download?inline>

⁷⁵ JORF n°0301 du 29 décembre 2015 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), le soutien aux proches aidants, le développement d'autres actions collectives de prévention.

Le second tournant majeur influençant les politiques publiques actuelles vient de la création de la branche autonomie de la Sécurité Sociale, dite la « 5e branche » en 2020⁷⁶. Ce sont la Loi organique et la Loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie qui ont ainsi permis de créer le « cinquième risque dépendance » inscrit dans le code de la sécurité sociale, une branche « autonomie » dédiée à sa gestion, et de transférer la dette sociale en hausse avec la crise sanitaire de 2020 liée au Covid-19 (reprise de dette de 136 millions d'euros par la Caisse d'Amortissement de la DEtte Sociale (CADES)). Depuis 2021, la CNSA, précédemment agence de coordination, reprend ainsi la gestion de la branche autonomie, devenant une caisse à part entière et inscrivant la perte d'autonomie comme un risque pris en charge par l'État. Comme vu plus haut (paragraphe 1.3), la loi prévoit également le fléchage d'une partie de la CSG pour financer ce nouveau risque.

En parallèle, les pouvoirs publics ont mené depuis 2015 des concertations et missions⁷⁷ dans le but de préparer une réforme de fond, voulue par différents ministères de la santé dans le sillage de la loi ASV.

Si la création de la branche autonomie est un socle nécessaire à des transformations en profondeur, la « réforme de fond » initialement annoncée pour septembre 2021⁷⁸, a finalement été annulée au profit de l'inscription de nouvelles mesures dans le cadre du PLFSS 2022⁷⁹. Entérinée et publiée au journal officiel le 24 décembre 2021, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022 a induit des modifications du Code de l'Action Sociale et des Familles concernant le secteur du Grand Âge et de la dépendance et portant notamment sur 4 grands aspects :

- La revalorisation des métiers, au travers d'un complément de traitement indiciaire (suite du Ségur de la Santé, englobant les personnels du médico-social)

⁷⁶ Vie publique « Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie » En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/loi/274394-lois-7-aout-2020-dette-sociale-et-autonomie-5e-risque-dependance>

⁷⁷ « Rapport Libault : Concertation grand âge et autonomie » mars 2019, « Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge » octobre 2019, « Rapport IGF : La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » septembre 2020.

⁷⁸ Journal L'express – « Dépendance : la grande loi abandonnée, les mesures annoncées sont-elles suffisantes ? » article de Nathalie Samson du 23 septembre 2021. En ligne, accessible ici : https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/dependance-la-grande-loi-abandonnee-les-mesures-annoncees-sont-elles-suffisantes_2159037.html

⁷⁹ Journal Officiel du 24 décembre 2021. Articles 42 à 57 - Chapitre II : Renforcer la politique de soutien à l'autonomie. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000044172241/>

- L'évolution des services à domicile et leur uniformisation sous une appellation commune « Services Autonomie à Domicile », avec la mise en place d'une dotation par le département et d'une remontée d'information pour coordination à la CNSA
- La précision des modalités d'autorisations de nouveaux établissements par les ARS, les départements ou l'État selon type d'établissement⁸⁰
- Des nouvelles missions confiées aux EHPAD qui doivent devenir des « centres de ressources territoriales » (sous réserve de maintien d'une équité entre les départements) afin d'apporter un appui aux professionnels des services à domicile en termes de formations, de ressources humaines, de plateaux techniques et de mise en place de système de télésanté, mais également une mission d'accompagnement des personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement et des aidants pour assurer cohérences des parcours de santé et vaccinaux pour favoriser la vie à domicile⁸¹. Pour ces missions spécifiques un financement complémentaire est par ailleurs prévu par l'article L314-2⁸², mais dont les modalités ne sont pas fixées par la législation.

2.1.c Application des politiques publiques du Grand Âge : la feuille de route de la branche autonomie

Suite à la Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 qui a acté la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à la politique de l'autonomie, c'est le rapport de l'Inspection Générale des Finances (IGF) 2020 qui en fixe le périmètre, la gouvernance et les modalités de financement, après une concertation auprès des parties prenantes⁸³.

⁸⁰ Code de l'action sociale et des familles Article L313-3 modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 7 (V). En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142848/#LEGISCTA000006142848

⁸¹ Code de l'action sociale et des familles- Article L313-12, création LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 47. En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142848/#LEGISCTA000006142848

⁸² Code de l'action sociale et des familles- Article L314-2 modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 47. En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142848/#LEGISCTA000006142848

⁸³ Vachey, L. (2020) Inspection Générale des Finances « La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » Septembre 2020. En ligne, accessible ici : https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

Les objectifs et les enjeux sont clarifiés : davantage d'équité dans l'accès aux services et prestations, une réduction de la complexité des services et organisations, une organisation plus efficiente pour à la fois améliorer la qualité des accompagnements et des parcours et favoriser la maîtrise des coûts.

Le rapport de l'IGF propose ainsi des dispositions en faveur de ces objectifs, et en particulier dans une optique de simplification : tout d'abord l'extension du périmètre de la branche autonomie à des dépenses précédemment dispersées, impliquant un montant de dépenses en faveur de l'autonomie largement supérieur (42 Md€ vs 27 Md€ avec précédent périmètre de la CNSA), ensuite il est posé que la CNSA continuera de s'appuyer sur les ARS et les départements pour décliner les politiques de l'autonomie au niveau territorial. Dans la même idée de rapprochement des politiques des citoyens sur leur territoires, l'IGF préconise de généraliser les Maisons Départementales de l'Autonomie comme point d'entrée territorial à la fois pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs aidants. Sur le plan du financement, l'IGF donne différentes pistes à arbitrer pour anticiper le financement futur de la 5^e branche.

Concernant la gouvernance, le pilotage par la CNSA est acté par l'ordonnance du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la Sécurité Sociale relative à l'autonomie qui transforme la CNSA en caisse nationale de Sécurité Sociale. En effet cette ordonnance a révisé les missions de la CNSA et son cadre de fonctionnement, étendant à la CNSA certaines dispositions du code de la Sécurité Sociale applicables aux conseils et conseils d'administration des autres caisses, tout en maintenant la spécificité de la CNSA dont le conseil inclut des représentants d'associations en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, des parlementaires, des départements et des institutions intervenant dans le champ de l'autonomie⁸⁴.

D'après Le Bouler, S. (2020), la création de la 5^e branche en pleine pandémie de Covid-19 a impacté les enjeux de structuration de sa feuille de route, en mettant en exergue certains axes⁸⁵. Ainsi Le Bouler, S. (2020) souligne le retour de l'approche domiciliaire parmi les

⁸⁴ Vie publique. "Ordonnance du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale relative à l'autonomie" En ligne, accessible ici : [Ordonnance 1er décembre 2021 création cinquième branche Sécu Autonomie | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr/actualite/legislation-projet-de-loi/ordonnances/ordonnance-1er-decembre-2021-creation-cinquieme-branche-secu-autonomie)

⁸⁵ Le Bouler, S. (2020). La révolution de l'autonomie. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), 27, 9-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/jdsam.203.0009>

priorités, la remise à l'agenda de la question de l'institutionnalisation autant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap, la prégnance des enjeux financiers, notamment dans l'anticipation de l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations du « *baby-boom* » et, sur le plan des ressources humaines et techniques, la prise en compte de l'évolution nécessaire des compétences des soignants et le besoin de rompre les fonctionnements en silos pour favoriser les collaborations entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux. Enfin, l'axe de la prévention et celui de la gestion de crise mis en exergue pendant la pandémie posent la question de faire « redescendre » ces responsabilités au niveau territorial, voire local pour plus d'efficacité, tout en assurant la coordination au niveau national.

L'idée d'un « grand écart » entre l'adaptation à des enjeux locaux, mais surtout aux besoins de personnalisation de l'accompagnement à chaque individu et un pilotage au niveau national était d'ailleurs soulevée dans l'avis du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) de 2018 « *L'idée fondatrice d'une branche dédiée à l'autonomie est l'articulation d'un modèle personnaliste dans une construction nationale : un modèle qui soit capable de prendre en compte la situation des personnes telles qu'elles sont, là où elles sont. La notion de choix de la personne distingue cette 5^e branche : il faut tenir compte des aspirations et des préférences des personnes quant aux modalités de prise en charge.* » C'est là l'enjeu majeur de la 5^e branche qui met en application les grandes orientations de toutes les législations précédentes : la personnalisation d'un accompagnement qui met l'utilisateur au centre du dispositif (loi 2002-2), des réponses au plus près des besoins des territoires avec des responsabilités confiées aux collectivités locales (loi Deffere 1982), tout en étant capable de maîtriser les coûts, de coordonner l'action au niveau national et d'anticiper la croissance des dépenses dues au vieillissement (loi du 30 juin 2004 de création de la CNSA et loi ASV 2015). Pour autant, la création de la 5^e branche ne résout pas tout. Le Boule S pointe une question en particulier, celle d'un défi qui n'est pas relevé : comment assurer soutenabilité de la réforme sur le plan financier alors que les objectifs à financer sont si nombreux ?⁸⁶

En mettant un coup de projecteur sur nos aînés, la pandémie de Covid-19 a fait émerger de façon exacerbée les nombreuses attentes du secteur, mettant en exergue les problèmes non encore résolus : rattrapage financier des effectifs soignants et encadrants ; besoin d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge ; augmentation de la charge en soin avec des personnes, notamment celles vivant en EHPAD de plus en plus dépendantes

⁸⁶ Ibid

et des cadences de travail plus importantes pour des soignants de moins en moins nombreux, fragmentation importante de l'offre de soins à domicile ; manque d'intégration des parcours de soins, notamment entre les établissements et l'hôpital avec des ruptures de parcours parfois dramatiques ; problème d'image du secteur, où les conditions de travail sont souvent difficiles et les rémunérations insuffisantes ; problèmes de recrutement et un *turn over* des personnels très important, nuisant à la continuité de l'accompagnement ; sans parler de la fatigue des aidants familiaux, insuffisamment soutenus⁸⁷. A ces constats s'ajoutent ceux des manquements au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, mis en exergue pendant la pandémie mais révélant une réalité préexistante, en particulier dans les établissements. Les trop nombreuses situations de maltraitance institutionnelle ont été analysées par la Défenseure des Droits dans son rapport d'avril 2021, faisant le constat de situations souvent liées à des carences organisationnelles, des pénuries de personnel, un défaut d'encadrement et un contexte budgétaire qui place les EHPAD dans une position de gestionnaire d'offre standardisée⁸⁸ qui n'ont été que mises en lumière pendant la crise, mais faisaient déjà le quotidien des EHPAD auparavant.

L'avenir et la pérennisation de cette toute jeune « 5e branche » soulève alors des questions sur ce qu'il faudrait faire pour répondre, maintenant et demain, aux nombreux enjeux d'un secteur déjà en souffrance. Faut-il questionner l'idée d'un pilotage national lorsque les compétences s'organisent au niveau du territoire et au plus près des besoins sociaux ? Comment assurer le principe fondateur même d'une Sécurité Sociale qui répond collectivement à des besoins individuels dans un contexte budgétaire contraint qui ne fera que se complexifier ? Le Bouler S. résume ainsi l'enjeu principal : « *Un mode de gouvernance, c'est au fond la définition d'un cadre et d'un objectif à atteindre ; le pilotage, c'est le souci de garantir que le résultat est atteint jusqu'au dernier kilomètre. Pour l'autonomie, l'enjeu, c'est avant tout le pilotage* »⁸⁹, rappelant que les réponses doivent considérer l'avenir et l'évolution des besoins sociaux qui imposent d'ores et déjà de trouver des solutions soutenables aujourd'hui comme demain.

⁸⁷ La Défenseure des Droits (2021) *Rapport Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. Mai 2021. En ligne, accessible ici : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

⁸⁸ Ibid

⁸⁹ Le Bouler, S. (2020). La révolution de l'autonomie. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 27, 9-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/jdsam.203.0009>

2.2 Les évolutions politiques envisagées : des recommandations rattrapées par l'actualité récente des EHPAD

Comme je viens de le souligner, les évolutions récemment entérinées des politiques publiques du Grand Âge n'ont pas encore trouvé réponses à tous les enjeux non encore résolus. Si la tâche est d'ampleur, des réflexions d'envergure ont déjà été menées ces dernières années, proposant des pistes constituant des préconisations de nature à influencer les décisions politiques à venir, d'autant que l'actualité de début 2022 autour des EHPAD a de nouveau mis en lumière l'urgence de répondre aux enjeux de moyens et d'organisation dans le secteur du Grand Âge.

2.2.a Les recommandations des concertations « Grand Âge et autonomie » et des rapports de missions

La dernière grande concertation sur les enjeux du Grand Âge a été menée d'octobre 2018 à mars 2019, close par la remise du rapport dit « rapport Libault » au gouvernement⁹⁰. Celui-ci a été suivi de peu par le rapport El Khomri⁹¹ en octobre 2019 et qui rejoint le rapport Libault sur de nombreux aspects, le complétant sur l'enjeu majeur des ressources humaines et la question de l'attractivité des métiers d'un secteur qui a besoin d'être redynamisé. Je traiterai en parallèle les grandes lignes de ces deux rapports qui ont amorcé les principales pistes de réformes du secteur et devaient porter le drapeau de la réforme initialement prévue en 2021.

Tout d'abord, le constat est celui d'un échec. Celui des politiques publiques à construire une politique de la longévité pérenne et tenable. Le défi tel que décrit dans le rapport Libault⁹² est en fait triple : prendre en charge le vieillissement de la population sur le plan financier, engager un changement de regard sur le Grand Âge, de nature à revaloriser le secteur sur le plan de l'emploi⁹³ et l'évolution du modèle de prise en charge de la dépendance, afin de répondre aux attentes et préférences des Français, celles des personnes âgées d'aujourd'hui

⁹⁰ Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

⁹¹ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

⁹² Libault, D. (2019) « Concertation grand âge et autonomie ». Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

⁹³ En ce sens le rapport El Kohmri rejoint cette notion de changement de regard en faveur d'une plus grande attractivité des métiers du Grand Âge.

et de leurs aidants et celles des futures personnes âgées dépendantes que nous sommes d'ailleurs tou-te-s.

Issues d'une concertation nationale de grande ampleur, les recommandations, au nombre de 175, visent à amorcer une réforme de fond et à accompagner la transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées dépendantes. Les objectifs à atteindre de la transformation ne sont pas sans rappeler les objectifs de la loi ASV^{94,95} :

- Assurer une présence suffisante de professionnels pour accompagner les personnes âgées dépendantes, pas seulement dans le soin mais aussi et surtout dans la relation humaine. Cet objectif est au celui de la fierté d'appartenance des personnels du secteur, la volonté étant de développer l'attractivité des métiers et de fidéliser les personnels, tant dans le secteur que dans leur emploi. Cet objectif, aussi au cœur du rapport El Khomri⁹⁶, rejoint celui d'un accompagnement fluide, dans une logique de parcours. La continuité de l'accompagnement, la coordination des acteurs, ne peut se faire qu'avec l'appui de personnels stabilisés et engagés autour de la personnalisation de l'accompagnement de chaque individu.
- Changer le modèle d'accompagnement pour mieux répondre aux préférences de la population. La concertation a ainsi remis en lumière un constat déjà fait en 1962 par le rapport Laroque⁹⁷ : les Français privilégient le maintien à domicile le plus longtemps possible en mettant en place tout ce qui permet de préserver l'autonomie des personnes. Privilégier ainsi la prise en charge au domicile nécessite de renforcer les services de soutien, de soins comme des autres types d'aides. Ce changement de modèle implique également un travail sur la citoyenneté et respect des droits de la personne âgée, qu'elles vivent à son domicile ou en institution et une démarche d'envergure de soutien des aidants non professionnels. Cela va aussi dans le sens d'une transformation des EHPAD, qui tout en étant davantage médicalisés pour accueillir des personnes âgées très dépendantes doivent rester des lieux de vie ouverts

⁹⁴ Libault, D. (2019) « Concertation grand âge et autonomie ». Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

⁹⁵ JORF n°0301 du 29 décembre 2015 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

⁹⁶ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

⁹⁷ Laroque, P. et al. (1962) *Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque*.

sur l'extérieur, le territoire et la collectivité. Cet objectif rejoint également celui du financement, puisque le développement d'une offre efficiente nécessite un investissement d'ampleur, un pilotage resserré de la qualité et la diffusion des bonnes pratiques. Pour cet objectif l'investissement doit permettre autant d'augmenter l'effort au domicile que le taux d'encadrement dans les EHPAD, et ce, de manière homogène sur le territoire pour maintenir l'égalité d'accès à l'accompagnement.

- Le travail sur le modèle de prise en charge, sur l'évolution des besoins des personnes, ne peut se faire qu'avec des ressources suffisantes. Les deux rapports Libault, D. (2019) et El Khomri, M. (2019) pointent le même enjeu : pour accompagner la croissance du besoin qui va avec la croissance démographique, il faudra plus de monde. Au moins 93 000 créations de postes d'ici à 2024 et la nécessité de former 3 fois plus de professionnels dans le même temps, alors qu'en parallèle le manque d'attractivité du secteur ne fait que s'aggraver, en particulier des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social. Perçus comme mal rémunérés, peu gratifiants, invisibles et peu considérés⁹⁸, les métiers du grand âge n'attiraient pas avant la pandémie, et leur image s'est encore dégradée avec l'émergence dans les médias des grandes difficultés rencontrées par le secteur face au Covid-19, notamment celles du manque de moyens pour accompagner dignement les personnes âgées en situation de dépendance⁹⁹. Les métiers du Grand Âge sont aussi mal considérés que l'est l'avancée en âge elle-même au sein de notre société, où nos aînés les plus vulnérables sont déconsidérés, comme l'a souligné un article sur la vulnérabilité de De Henezel, E. *et al.* (2020) « à travers le regard qu'on pose sur elles et le traitement qu'on leur réserve parfois, les personnes âgées sont ainsi les révélateurs des dysfonctionnements de notre vaste système de production qui met sur le côté tous ceux qu'il ne sait comment valoriser¹⁰⁰ ». Parmi les préconisations clés l'on retrouve l'amélioration des conditions d'emploi et de rémunération, l'amélioration de la qualité de vie au travail, la modernisation des formations et de

⁹⁸ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

⁹⁹ La Défenseure des Droits (2021) *Rapport Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. Mai 2021. En ligne, accessible ici : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

¹⁰⁰ de Henezel, É., Calvat, T. & Chatel, T. (2020). Les personnes âgées, ambassadeurs de nos vulnérabilités et gisement de progrès. *Regards*, 57, 53-63. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0053>

l'image des métiers, mais aussi la transformations des organisation pour aller vers davantage d'innovation dans l'organisation du travail et la reconnaissance des bonnes pratiques et surtout la garantie d'une mobilisation des acteurs et des financements qui pourrait passer par un guichet unique de recrutement au niveau des départements¹⁰¹.

- Opérer une simplification du système dans son ensemble pour pouvoir simplifier les parcours et surtout éviter les ruptures de parcours de vie. Cette volonté de simplification passe par la suppression des silos : entre le domicile et l'institution, entre le médico-social et le sanitaire, entre les acteurs de tous types de manière générale. La coordination des acteurs et l'efficience de la notion de réseau autour de la personne âgée sont les « idée-force » de cet axe. Mais pas seulement, car la simplification doit se retrouver à l'échelle du financement également pour que cela puisse fonctionner.
- Une autre notion importante mise en exergue comme une priorité à travailler est celle de la prévention de la perte d'autonomie qui nécessite un investissement dans des actions de terrain adaptées aux territoires et positionne les collectivités locales comme acteurs de premier plan pour aller au plus près des besoins des citoyens concernés.
- Sur le plan financier, le rapport Libault, D. (2019) préconise de repenser la prise en charge pour augmenter la lisibilité des aides pour les bénéficiaires, favoriser des prestations plus justes et accessibles aux plus modestes, notamment en ce qui concerne les coûts de séjour qui sont sources d'inégalités sociales et territoriales, mais également en repensant l'APA pour allouer des prestations plus adaptées aux besoins du maintien à domicile. La proposition qui soutient ces idées est la fusion des dotations « Soins » et « Dépendance », identifiant ainsi un financeur unique pour ce qui relève des soins comme de l'hygiène, tant pour les services d'aide à domicile que pour les établissements. Par répercussion, cela sous-tend également un pilotage

¹⁰¹ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

unifié des démarches qualité et des projets de transformation du modèle d'établissement.

En synthèse, toutes les préconisations vont dans le sens d'une réforme d'ampleur, structurelle et profonde, avec des investissements en ligne non seulement avec les attentes des acteurs et des usagers du système, mais surtout en ligne avec les besoins dont les rapports font le constat. Le premier axe d'action reste celui de la reconnaissance de la perte d'autonomie liée à l'âge comme risque à part entière qui a été engagé avec la création de la 5^e branche¹⁰². Mais il resterait des grands virages à prendre concernant le financement, la gouvernance et le pilotage. Dans le rapport de l'Inspection Générale des Finances de 2020 qui trace les grandes orientations de la branche autonomie (voir paragraphe 2.1.3.), les constats et préconisations rejoignent ceux des rapports Libault, D. (2019) et El Khomri, M. (2019) en particulier sur la notion de la simplification à opérer à tous les niveaux.

Sur le plan du pilotage, si l'on reprend la définition proposée par Le Bouler, S. (2020)¹⁰³ il s'agit *in fine* de garantir des résultats pour tous et sur le long terme. Et cela passerait par un pilotage de l'offre sur les territoires, au plus près des personnes, tout en garantissant davantage d'homogénéité et d'équité dans les réponses apportées. Cela suggère de repositionner le département comme acteur de la conduite de la politique du Grand Âge au plus près des personnes âgées, de simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale tout en renforçant les compétences de la CNSA. L'on peut considérer que la centralisation du pilotage financier au niveau national, la CNSA devenant une caisse de la Sécurité Sociale, permet d'atteindre en partie cet objectif. Il reste par ailleurs à structurer la mise en œuvre des politiques publiques au niveau des territoires, renforçant le rôle des départements, ainsi que la mise en œuvre de dispositifs garantissant davantage d'équité entre les territoires.

En termes de gouvernance également, la simplification prend corps dans la nouvelle gouvernance souhaitée au niveau national, désormais renforcée au niveau de la CNSA, mais elle ne suffirait pas à garantir l'efficacité de l'action de la CNSA sans une action au niveau local :

« *La capacité de la CNSA à générer plus d'équité et des réponses plus efficaces aux besoins*

¹⁰² Vachey, L. (2020) Inspection Générale des Finances « La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » Septembre 2020. En ligne, accessible ici : https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

¹⁰³ Le Bouler, S. (2020). La révolution de l'autonomie. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), 27, 9-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/jdsam.203.0009>

dépend donc de la structuration de la gouvernance locale du soutien à l'autonomie : il n'y aura pas de gouvernance nationale efficace sans gouvernance locale claire et stable »¹⁰⁴.

Sur le plan du financement, le besoin de simplifier les modalités de financement des ESMS est l'objet d'une proposition de fusion des dotations « Soins » et « Dépendance »¹⁰⁵, qui pourrait prendre différentes formes ; les scénarios envisagés ayant pour point commun de renforcer la position du département dans l'animation des politiques publiques et celle de la CNSA dans le contrôle qualité, le maintien de l'équité et le pilotage financier. Ainsi une fusion des dotations, contribuerait à renforcer la réponse aux autres enjeux de la simplification que sont le pilotage et la gouvernance. Mais le schéma à appliquer dépend fortement des orientations de gouvernance, avec au final deux options : « tout à l'ARS » ou « tout au Département », dont aucune n'est retenue ; le rapport Libault, repris par le rapport de l'IGF, préconisant de continuer à s'appuyer sur les deux réseaux des ARS et des départements pour la gouvernance territoriale des politiques publiques autonomie.

La fusion ne serait alors envisagée que sur la question des dotations, donc de la redistribution des financements. L'IGF plaide pour une fusion sous la responsabilité de l'ARS avec création d'un contrat départemental pour l'autonomie entre ARS et département pour que la déclinaison pratique se fasse au niveau du territoire, ouvrant en parallèle la porte à des délégations de l'ARS vers le département sur la base d'un système de volontariat¹⁰⁶.

Cette orientation, si elle n'est à ce jour pas mise en œuvre, soulève alors de nouveau la question de la simplification et de la façon de coordonner la décentralisation de politiques publiques qui restent très fortement pilotées à l'échelle nationale. Comment simplifier en laissant un niveau de complexité entre deux échelles territoriales différentes ? Comment, aussi, assurer l'homogénéité si le choix est laissé – sur la base du volontariat – de déléguer certaines compétences aux départements dans certaines régions, alors que d'autres garderont la main au niveau de l'ARS ? Le risque n'est-il pas de créer de nouvelles disparités inter-régionales, interdépartementales et ainsi de générer des iniquités ?

¹⁰⁴ Vachey, L. (2020) Inspection Générale des Finances « La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » Septembre 2020. https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

¹⁰⁵ Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

¹⁰⁶ Vachey, L. (2020) Inspection Générale des Finances « La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » Septembre 2020. En ligne, accessible ici : https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

L'équation de la gouvernance nationale tout en répondant au plus près aux besoins des usagers et en souhaitant un choc de simplification semble alors difficile à résoudre.

Tout récemment, la Cour des Comptes, dans son rapport annuel public, a dédié une enquête au secteur des EHPAD rendant compte de l'impact de la crise sanitaire. Partant du constat du lourd tribut payé par les personnes âgées en EHPAD à la crise sanitaire due au Covid-19, elle révèle également l'émergence de bonnes pratiques et les transformations engagées par l'État en réaction à la situation, bien que celles-ci restent conjoncturelles¹⁰⁷. Pointant également les efforts financiers conjoncturels consentis par l'État, la Cour des Comptes déplore le fait que la crise sanitaire n'ait pas été saisie comme une opportunité d'engager des réformes structurelles notamment sur le plan du financement, alors même que certains coûts vont se pérenniser (revalorisations salariales des métiers du secteur suite au Ségur de la santé). Ainsi, au-delà de la nécessité de capitaliser sur les bonnes pratiques nées ou révélées pendant la crise, la Cour des Comptes formule la recommandation de réforme structurelle « *en identifiant au préalable l'impact de l'utilisation des trois principaux leviers de réforme : autorisations, CPOM et tarifs* ». Ainsi revient, dans un contexte post-crise sanitaire, l'idée d'une simplification du financement suggérant qu'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » – parmi d'autres recommandations - permettrait d'améliorer durablement la prise en charge des personnes âgées dépendantes¹⁰⁸.

2.2.b L'actualité et ses impacts politiques : mise en exergue des facteurs de complexité et volonté de transparence

Alors que le monde médico-social est en pleine mutation face à de nouveaux enjeux économiques, sociétaux, politiques, organisationnels, le secteur plus spécifique de l'hébergement des personnes âgées dépendantes fait face actuellement à de profondes remises en question de son modèle. Après deux années de crise sanitaire Covid-19, les dysfonctionnements du système, liés au manque de ressources tant humaines que matérielles, expliquent en partie l'impact aussi important de la crise dans les EHPAD. Cela s'observe notamment au travers des nombreux constats pendant et après la crise, montrant toute la

¹⁰⁷ Cour des Comptes. Rapport public annuel « Les personnes âgées hébergées en EHPAD » Février 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-02/20220216-RPA-02-personnes-agees-hebergees-en-Ehpad.pdf>

¹⁰⁸ Ibid

complexité de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier en EHPAD ^{109,110} :

- Faits de négligence et de maltraitance institutionnelle liées à des manques de moyens, de formation, de sensibilisation ;
- Difficultés à respecter et faire respecter les libertés et droits fondamentaux des personnes âgées vivant en institution ;
- Manque de ressources médicales alors que les EHPAD tendent à se médicaliser avec des résidents plus souvent polypathologiques et plus dépendants ;
- Problématique de manque de personnel générale, problématiques d'absentéisme, de fidélisation des soignants et non-soignants, qui rendent les équipes instables, de manque de formation ;
- Bâtiments inadaptés, problématiques de vétusté des locaux, impactant la qualité de la prise en charge mais aussi la qualité de vie au travail ;
- Difficultés à maintenir l'accompagnement non-soignant, dans des périodes de tension budgétaire et de ressources humaines, alors que les EHPAD doivent rester des lieux de vie pour le bien-être des résidents.

Ces observations, qui ont mobilisé de nombreuses prises de parole des acteurs du secteur, appelant à une réforme de fond, sont revenues « sur le devant de la scène » début 2022, à l'aune de la forte médiatisation de « l'affaire Orpéa ». L'affaire Orpéa a en effet mis en exergue d'importantes problématiques de gestion des établissements et leurs conséquences sur la qualité de prise en charge des personnes âgées accueillies. Si la parution du livre « Les fossoyeurs » de Victor Castanet¹¹¹ a plus particulièrement jeté un coup de projecteur sur les établissements privés lucratifs et la gestion financière des dotations publiques allouées au secteur privé, la question de l'impact du modèle de gestion des ressources, matérielles comme humaines, se pose dans tous les types d'établissements : privés lucratifs, privés non lucratifs, publics. Les faits de négligence ou de réelle maltraitance envers les personnes accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

¹⁰⁹ Sabouné, K. *The Conversation*, « Médico-social : ce que le personnel soignant attend de sa hiérarchie ». En ligne, publié le 13 avril 2022, accessible ici : <https://theconversation.com/medico-social-ce-que-le-personnel-soignant-attend-de-sa-hierarchie-181175>

¹¹⁰ La Défenseure des Droits (2021) *Rapport Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. Mai 2021. En ligne, accessible ici : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

¹¹¹ Victor Castanet « Les Fossoyeurs – Révélations sur le système qui maltraite nos aînés », Éditions Fayard, paru le 26 janvier 2022.

semblent très souvent reliés à la notion de « maltraitance institutionnelle », comme l'avait souligné en 2021 la Défenseure des Droits¹¹², et qui englobe plusieurs dimensions : gestion financière, moyens matériels, tension des effectifs, management, conséquences organisationnelles de la crise sanitaire, attentes des résidents et de leurs proches, évolution de la réglementation... L'affaire Orpéa, notamment de par sa forte médiatisation, a rapidement provoqué de vives réactions politiques, ayant conduit à la mise en œuvre rapide d'expertises et d'analyses. Le rapport de l'IGF et de l'IGAS sur le fonctionnement du groupe Orpéa paru dès mars 2022¹¹³, pointe des dysfonctionnements qui peuvent se rencontrer dans tout type d'EHPAD concernant le modèle organisationnel, la gestion des ressources humaines, la place de la parole des usagers et de leurs proches, le niveau de contrôle de la qualité et des événements indésirables ou encore le fonctionnement de la gestion budgétaire. Ce rapport, en convergence avec celui de la Cour des Comptes¹¹⁴ et les constats des rapports Libault, D. (2019)¹¹⁵ et El Khomri, M. (2019)¹¹⁶, soulève de nouveau l'importance et l'urgence des transformations à opérer pour mieux réguler une offre d'hébergement largement financée par l'argent public. Parallèlement, l'alerte lancée par l'affaire Orpéa a conduit à des annonces immédiates concernant le renforcement des contrôles inopinés par les tutelles, la professionnalisation des organismes de contrôle qualité ou encore la suspension de la délivrance d'autorisations aux EHPAD gérés par des entreprises privées lucratives. Début 2022 a ainsi connu une accélération des décisions politiques pour le Grand Âge, en partie en réaction au contexte, bien que certaines mesures étaient anticipées dans le cadre des enseignements tirés de la crise sanitaire du Covid-19. La Ministre Déléguée chargée de l'Autonomie au moment de l'affaire Orpéa, Madame Brigitte Bourguignon et son

¹¹² La Défenseure des Droits (2021) *Rapport Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. Mai 2021. En ligne, accessible ici : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

¹¹³ Inspection Générale des Finances et Inspection Générale de l'Action Sociale « Synthèse de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpéa ». Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vff040422_2022-m-012-06_rapport_definitif_orpea_publicable.pdf

¹¹⁴ Cour des Comptes « Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les Ehpads ». Février 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58759>

¹¹⁵ Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

¹¹⁶ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

bureau de commission¹¹⁷ ont lancé en février quatre missions flash¹¹⁸ pour établir un état des lieux et des recommandations quant à l'évolution nécessaire des EHPAD. Dans leur sillage, des décrets ont été pris au cours de la première partie de l'année 2022 pour mettre en œuvre la transformation de l'EHPAD : nouvelles règles de transparence financière applicables aux EHPAD (quelle que soit leur typologie) ; révision des contrats de séjours ; choc de transparence sur les critères de qualité favorisant la comparaison des EHPAD pour les personnes âgées et leurs proches (composition du plateau technique, profil des chambres (doubles/simples), nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement, présence d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement, existence d'un partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé)¹¹⁹ ; réforme du conseil de la vie sociale et de sa composition¹²⁰ ; rythme d'évaluation externe des ESSMS¹²¹.

Un autre signal révélateur de la transformation engagée concerne l'évaluation de qualité de prise en charge, dans les EHPAD et plus largement dans les ESSMS, avec la parution en mars 2022 du nouveau Référentiel Qualité des ESSMS de la HAS¹²². Celui-ci constitue le document repère des prochaines évaluations internes et externes des EHPAD et fixe le cadre et les critères sur lesquels les tutelles vont devoir désormais s'appuyer pour évaluer les établissements et services.

En synthèse, le contexte des EHPAD bouge rapidement, impliquant des changements à venir avec leur lot d'incertitudes. Cette évolution du contexte et l'accélération des réactions des pouvoirs publics sont de nature à avoir des impacts très concrets sur le modèle des EHPAD, remettant le focus sur la gestion de ressources souvent insuffisantes, le manque d'attractivité

¹¹⁷ Vie Publique. « Déclaration de Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea, à l'Assemblée nationale le 8 mars 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/discours/284802-brigitte-bourguignon-29032022-ehpad-groupe-orpea>

¹¹⁸ Assemblée nationale – Commission des Affaires Sociales – « Situation dans certains établissements du groupe Orpea - Rapport d'information ». En ligne, accessible ici : [https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/\(block\)/114177](https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/(block)/114177)

¹¹⁹ Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696651>

¹²⁰ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668446>

¹²¹ Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. en ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668643>

¹²² Haute Autorité de Santé « Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

des métiers du soin en EHPAD, le contrôle de la qualité et le respect des droits fondamentaux des usagers tout en assurant un niveau de médicalisation adapté aux besoins et situations de résidents de plus en plus dépendants.

2.2.c Vers quel modèle d'EHPAD les politiques publiques sont-elles orientées ?

Si la crise sanitaire, puis l'affaire Orpéa, ont encore renforcé l'urgence d'accélérer la modernisation des EHPAD en pointant de nombreux dysfonctionnements dans la gestion des ressources et les niveaux de qualité de prise en charge, le modèle de l'EHPAD voulu par les pouvoirs publics n'est pas clairement défini. Les orientations vers un EHPAD plus médicalisé et un EHPAD qui serait centre de ressources au niveau de son territoire sont affichées. Pour autant, les politiques publiques ne portent actuellement aucune mesure permettant de mettre à disposition les ressources et décisions nécessaires pour leur mise en œuvre à l'échelle nationale. La question soulevée est alors celle du modèle de l'EHPAD de demain tel que voulu par les pouvoirs publics, et de ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour tendre vers ce modèle.

Sur la question du modèle de l'EHPAD, Villez, A. (2007), alertait sur des problématiques qui sont toujours d'actualité aujourd'hui : comment respecter l'individualité de chaque résident tout en définissant un modèle pour les EHPAD ? Il soulignait la difficulté des EHPAD à réconcilier les enjeux éthiques avec les enjeux de gestion et invitait à ne pas uniformiser les établissements sur un modèle centré sur la prise en charge médicale : *« il convient de résister collectivement à la tentation d'uniformiser tous les établissements d'hébergement sur le modèle unique de l'EHPAD « médicalisé » alors que le respect de la singularité des personnes âgées accueillies appelle le développement d'une offre diversifiée de solutions mettant en œuvre des projets de vie puisés à la source des différents « modèles » évoqués. C'est à cette condition que les principes édictés par les chartes éthiques ne resteront pas lettres mortes. »*¹²³

C'est également la conclusion de l'une des Missions Flash diligentées par le bureau des commissions qui avait pour objectif de définir le modèle de l'EHPAD de demain : il ne peut y avoir de modèle unique pour l'EHPAD. Les propositions du rapport de cette missions passent par des mesures d'urgence portant sur l'augmentation des ressources humaines, des

¹²³ Villez, A. (2007). *EHPAD: La crise des modèles*. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/g.s.123.0169>

moyens financiers et l'importance des contrôles avec la notion d'une meilleure mutualisation des moyens entre ARS et départements. Sur un horizon plus lointain, le rapport propose une orientation vers un EHPAD « lieu de vie », qui doit être d'abord un lieu de vie sociale avant d'être un lieu de soin, un lieu ouvert sur son environnement et qui permette également l'accès aux soins « *Il ne doit pas être « l'endroit où l'on va une fois que l'on a tout essayé » mais bien d'abord un lieu qui vient en soutien du maintien au domicile* »¹²⁴. Si cette proposition va dans le sens d'un EHPAD centre de ressource, il peut en revanche sembler antinomique avec la vision d'un EHPAD davantage médicalisé prenant en charge la grande dépendance avec des moyens renforcés pour les soins. Pourtant les orientations prises par les pouvoirs publics vont essentiellement dans le sens d'une médicalisation plus importante, en particulier pour la prise en charge des troubles neuro-cognitifs, notamment dans le cadre d'unités de soins renforcées. L'on retrouve ces axes de travail dans la feuille de route USLD-EHPAD, portée par les Prs Jeandel, C. et Guérin, O. (2022) pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la Direction Générale de l'Offre de Soins¹²⁵. Comment concilier un cadre de vie « comme à la maison » et une montée en charge de la prise en soins ? Les réponses proposées passent par des adaptations des établissements, des moyens supplémentaires pour les soignants, plus de personnels... impliquant à la fois un investissement financier important et une nécessaire coordination entre le médical et le social, que ce soit sur le terrain au plus près des personnes, comme au niveau des décideurs.

2.3 Comment les politiques répondent-elles aux besoins sociaux nationaux en termes de Grand Âge et dépendance ?

Les politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance sont en passe de prendre un tournant de nature à orienter de manière durable la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La question qui se pose alors est : ces orientations sont-elles adaptées à l'évolution projetée des besoins ? A quel horizon va-t-on être en mesure d'apporter la juste

¹²⁴ Hammerer, V. Valentin, C. et Fiat, C. rapporteures. Commission des Affaires Sociales. Mission « flash » *L'EHPAD de demain : quels modèles ?*

¹²⁵ Prs Jeandel, C et Guérin, O. (2022) Ministère de la solidarité et de la Santé. *Feuille de route USLD-EHPAD-DGCS-DGOS 2021-2023*. Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-ehpad_usld-vdef-2.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000818795ead4493170678c3245f4b95b3abc9838000e13e9a60cfcdfb6f47bacce089fac5a7b143000a922e220c9844e6e006c19b72562c414c2aad6f3436f33e8944fa92e931c70145346a8eae72fc409e77919056a3eed3

offre en réponse aux besoins, et ce de manière équitable sur l'ensemble des territoires ? Ainsi je propose ci-après de détailler les besoins sociaux et leur évolution projetée, et de présenter l'offre d'accompagnement et d'hébergement.

2.3.a Évolution démographique : la population vieillit avec de plus en plus de « vieux séniors »

Le vieillissement de la population française se poursuit, s'accélère et pose de nombreuses questions sur cette population croissante des « vieux séniors » et la manière dont la société devra continuer à leur faire une place suffisante pour leur assurer les meilleures conditions de vie possibles. Le phénomène n'est pas nouveau ni isolé, le vieillissement de la population en France étant comparable à celui de ces voisins européens.

Si je reprends les données évoquées plus tôt (paragraphe 1.1), les séniors, c'est-à-dire les personnes âgées de 65 ans et plus représentent actuellement plus d'une personne sur cinq en France et d'après les projections d'évolution de la population, cela pourrait atteindre quasiment une personne sur trois dans cinquante ans. Ce qui est plus particulièrement marquant dans ce phénomène lié à l'augmentation de l'espérance de vie est que la part dite des « jeunes séniors » (65-74 ans) devrait être quasiment stable alors que celle des plus âgés ou « vieux séniors » (75 ans ou plus) augmenterait. Par ailleurs, si aujourd'hui la part des hommes est moindre chez les séniors les plus âgés, l'écart devrait continuer à se réduire et la pyramide des âges devrait s'équilibrer davantage d'ici à 2070, avec 39 % d'hommes à 95 ans.

Un autre aspect clé de la démographie est la répartition géographique actuelle qui montre une disparité entre les départements : les départements les plus âgés sont ceux du Massif Central et du Sud, tandis que les moins âgés sont Mayotte, la Guyane, La Réunion et les départements de l'Île-de-France.¹²⁶

2.3.b Degré de dépendance des séniors et impact sur le lieu de vie

Si l'espérance de vie générale augmente, la question associée est celle de l'espérance de vie en bonne santé et des conditions de vie de ces « vieux séniors », en autonomie ou en situation

¹²⁶ Blanpain, N. INSEE. (2018) *Éclairage - Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

de dépendance. Une partie de la réponse a été donnée par de récentes études menées par l'INSEE et la DREES sur le degré de dépendance et le lieu de vie des séniors les plus âgés. Ainsi l'on observe qu'à l'âge de 80 ans presque tous les séniors vivent à domicile. La vie en institution ne devient plus fréquente que la vie à domicile qu'à partir de l'âge de 100 ans. Une très grande majorité des séniors – tous niveaux de dépendance confondus - vivent à domicile. La majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent jusqu'à un âge avancé à leur domicile.

En effet en 2015, 6% de la population de 65 ans ou plus vit en institution, moins de 2 % des 65-74 ans résident en institution, cette part augmentant avec l'âge pour atteindre 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont âgées de 85 ans ou plus (Tableau 2).

	2008		2015	
	Personnes vivant à domicile	Personnes vivant en institutions ou autres	Personnes vivant à domicile	Personnes vivant en institutions ou autres
Répartition en %				
65-74 ans	50	15	52	13
75-84 ans	39	34	34	27
85 ans ou plus	11	51	14	60

Tableau 2 : Répartition de la population de 65 ans ou plus par âge et sexe selon le lieu de vie en 2008 et 2015 à partir des données de Carrère, A. et Dubist, C-L. INSEE (2018)

L'entrée en institution s'explique en grande partie par la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé, ne permettant plus le maintien à domicile. Ainsi, en 2015, 14 % des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant à domicile se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé. C'est le cas pour 35 % des personnes résidant en institution¹²⁷.

D'après la publication de Larbi, K. et Roy, D. (2019)¹²⁸ analysant des données Insee et celles de l'enquête CARE, en 2015 en France (hors Mayotte), 2,5 millions de séniors étaient en

¹²⁷ Carrère, A. et Dubist, C-L. INSEE (2018) *État de Santé et dépendance des séniors*, dans *Éclairage - Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

¹²⁸ Larbi, K. (INSEE) et Roy, D. (DREES), (2019) *4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. *Insee Première*, N° 1767, Juillet 2019

perte d'autonomie, représentant 15,3% des 60 ans ou plus. Cette donnée englobait les personnes à domicile et en établissement. Parmi ces 2,5 millions, les auteurs considèrent que 700 000 sont en perte d'autonomie sévère.

Ces 2,5 millions de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie se répartissent à hauteur de presque 2 millions vivant à domicile et environ 540 000 vivant en institutions en 2015. D'après l'enquête CARE¹²⁹ (Capacités, Aides et REssources des séniors) menée par la DREES en 2015, en France métropolitaine, près de 3 millions de séniors de + de 60 ans seraient aidés au quotidien, dont 1/5 par des professionnels, et 1/3 par une aide mixte (proches et professionnels)¹³⁰.

2.3.c Évolution des besoins en accompagnement médico-social

Face à ce niveau de dépendance qui évolue, le paysage de la prise en charge des personnes âgées par les ESMS est en constante évolution depuis le début des années 2000. Afin de mesurer l'évolution et d'estimer ce qu'elle sera à l'avenir, les auteurs Larbi, K. et Roy, D. (2019) proposent des estimations projetant ces mêmes données sur la perte d'autonomie et la répartition domicile/établissements à 2027 et 2050. Ils estiment ainsi à près de 4 millions le nombre de personnes âgées de 60 et plus dépendantes d'ici à 2050, soit une croissance de de 60%

Ces analyses permettent également d'estimer l'évolution des besoins en hébergement. Les auteurs estiment ainsi que « *pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement par département, sexe, tranche d'âge et degré de perte d'autonomie, il faudrait que le nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20% d'ici 2030 et de plus de 50% à l'horizon 2050* ».

Ces estimations s'inscrivent dans la dynamique de croissance des évolutions récentes mesurées dans le rapport de la DREES de 2020 sur les établissements, qui évalue entre 2011 et 2015 une augmentation du nombre de personnes accueillies en établissements qui sont également plus âgées et plus dépendantes¹³¹. Si l'on retient par ailleurs la définition administrative plus restrictive et les données issues de l'attribution de l'APA, le nombre de

¹²⁹ Brunel, M. et Carrère, A. (DREES), (2017) *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 - Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages »*, Numéro 1029

¹³⁰ DREES, (2019) *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. Etudes et Résultats*, Numéro 1103

¹³¹ DREES, (2020), *L'aide et l'action sociale en France* - Fiche 17, Les EHPA

personnes âgées bénéficiaires était de 1,265 millions en 2015, dont 60% à domicile et 40% en établissement¹³². Les estimations basées sur l'évolution démographique et sociale établissent ce chiffre à 2,23 millions en 2050 avec l'accélération du vieillissement de la population en lien avec le vieillissement de la génération « *baby-boom* »¹³³. Les estimations basées sur l'APA paraissent être sous-évaluées en comparaison à ceux des évolutions démographiques de Larbi, K. et Roy, D. (2019)¹³⁴, la différence pouvant s'expliquer par le fait que l'APA ne couvre pas la totalité de la population de personnes âgées dépendantes. Ces chiffres corroborent néanmoins l'augmentation des besoins d'accompagnement ces dernières années et dans le futur, non seulement en « volume » mais également en « intensité » pour faire face à des niveaux de dépendance plus sévères.

Il reste que la croissance de l'offre devra être aussi rapide que celles des besoins pour ne pas générer davantage d'inégalités d'accès à une prise en charge de qualité.

2.3.d L'offre en termes d'accompagnement et d'hébergement

Face à ces besoins qui ne cessent de croître, l'offre de services d'accompagnement a également évolué de façon importante ces cinquante dernières années : comme le rappelle Gratieux, L. (2016), le nombre de places a triplé et l'offre s'est diversifiée favorisant davantage de médicalisation avec la transformation de maisons de retraites en EHPAD, la création d'unités de soins longue durée à l'hôpital ou encore le développement des habitats dits intermédiaires avec les Résidences Autonomie (autrefois foyers-logements). En parallèle, les politiques publiques – dans le sillage du rapport Laroque de 1962, ont favorisé le développement des services à domicile, SSIAD et SAAD, favorisant le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées dépendantes et contribuant à faire reculer l'âge de l'entrée en institution¹³⁵.

On compte en France plus de 2 100 services de soins à domicile, incluant SSIAD et SPASAD, représentant presque 130 000 places (données DREES, Finess, SAE 2020)¹³⁶. Si

¹³² DREES, (2020), *L'aide et l'action sociale en France* - Fiche 15, L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

¹³³ Libault, D. (2019) « Concertation grand âge et autonomie ». Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

¹³⁴ Larbi, K. (INSEE) et Roy, D. (DREES), (2019) *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Première*, N° 1767, Juillet 2019

¹³⁵ Gratieux, L. (2016). *Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées*. *Vie sociale*, 15, 187-200. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0187>

¹³⁶ DREES, (2020) *Établissements et services médico-sociaux - Capacité d'accueil pour les personnes âgées selon la catégorie d'établissement*

le maintien à domicile est le choix souvent privilégié par les personnes âgées et leur entourage, le nombre de places d'accueil en établissements a cependant augmenté ces quinze dernières années avec, à fin 2019, près de 11 000 établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées en France.

Au total, cela représente 770 000 places se répartissant en quatre types d'accueil : EHPAD, EHPA, USLD ou Résidences Autonomie¹³⁷. La proportion d'EHPAD augmente également pour atteindre plus de 7 500 établissements à fin 2019, soit presque 70% des types d'hébergement.

Dans une étude portant sur les données 2011-2015, Muller, M. (2017) montre que la croissance concerne à la fois le nombre de structures et le nombre de places d'accueil proposées par les EHPAD, avec une croissance plus forte dans les structures privées, non lucratives et lucratives. En 2015, la plupart (plus de la moitié) des EHPAD propose ainsi plus de 78 places. En parallèle de la croissance des EHPAD, on observe la réduction du nombre de maisons de retraite ou EHPA non médicalisés ainsi que du nombre de places et de structure USLD. Les hôpitaux publics maintiennent une offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes mais en créant des EHPAD sous leur giron. Cette évolution est associée à une diversification dans la spécialisation de la prise en charge avec des structures d'accueil spécialisées dans les troubles neuro-dégénératifs (PASA) dont la prévalence augmente et pour lesquels la prise en charge en maintien à domicile est plus difficile et dans les troubles comportementaux (UHR). Ainsi environ 20% des EHPAD sont dotés d'un PASA¹³⁸, ne répondant pas encore pleinement à l'ambition de généralisation dans les EHPAD voulue par le plan Alzheimer 2008-2012¹³⁹. En parallèle Muller, M. (2017) souligne l'augmentation de la prise en compte de la fin de vie dans les objectifs des EHPAD avec des soins palliatifs davantage au cœur des priorités des établissements (3/4 des EHPAD l'intègrent dans leur projet d'établissement)¹⁴⁰. La diversification de l'offre répond ainsi à la

¹³⁷ EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée. / EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées : établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique. Résidences autonomie (anciennement « logements-foyers ») : établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. / USLD : Unités de soins de longue durée : établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante.

¹³⁸ Muller M. (2017), *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*, Les Dossiers de la Drees n° 20, septembre 2017

¹³⁹ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

¹⁴⁰ Ibid

diversité des besoins, chaque solution pouvant correspondre à une étape de vie dans le parcours des personnes âgées. Le domicile restant le choix de prédilection des personnes âgées, la tendance est aussi à la diversification de l'offre favorisant le maintien au domicile tout en tissant du lien avec les structures d'hébergement, dans une logique de construction de parcours évolutifs pour les personnes en fonction de l'évolution de leur degré de dépendance. Ainsi la volonté politique d'un EHPAD coordinateur de l'accompagnement sur son territoire se traduit parfois également dans la notion d'EHPAD « hors les murs ». Des expérimentations et projets sont d'ores et déjà à l'œuvre dans ce cadre. Braverman, L., Dufour-Kippelen, S. et Fermon, B. (2020) mettent en exergue les avantages et limites de ce type de dispositif. Répondant à l'enjeu de la personnalisation de l'accompagnement, à la personne comme à l'étape de vie dans laquelle elle se trouve, le dispositif d'EHPAD « hors les murs » posent des questions d'ordre organisationnel et économique. Le modèle, tel que porté actuellement dans les expérimentations menées génèrent en effet des surcoûts à court terme dont il faut prendre la mesure afin de construire un modèle économique viable et pérenne. Également, les auteurs rappellent que sur le plan organisationnel, la place des proches reste prégnante et nécessaire pour coordonner les interventions et prendre le relais des professionnels pour compléter l'accompagnement non-soignant. Enfin ils questionnent la centralité des institutions dans ces dispositifs de coordination de soins et d'accompagnement pour lesquelles un maintien à domicile renforcé peut exister et fonctionner sans besoin d'un EHPAD qui centralise l'action¹⁴¹.

Chapitre 3. Quelles pistes pour optimiser la prise en charge de la dépendance et résoudre l'équation qualité-quantité-coût ?

Les données de projection des besoins en accompagnement et l'analyse de l'évolution de l'offre soulèvent la question de l'adéquation de l'offre et des besoins, tant en nombre qu'en diversité, et de ce qu'il faut mettre en œuvre pour soutenir financièrement la transformation et la pérennisation de l'offre dans un contexte de tension sur la question des ressources, et

¹⁴¹ Braverman, L., Dufour-Kippelen, S. & Fermon, B. (2021). *Un dispositif Ehpads « hors les murs » : l'utilisation par ses bénéficiaires*. *Gérontologie et société*, 43(165), 263-277. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/gsl.165.0263>

ce, tout en promouvant un haut niveau d'exigence en termes de qualité et d'égalité d'accès à un accompagnement de qualité dans les territoires.

Ce sont les mêmes ambitions qu'appellent de leurs vœux les parties-prenantes qui se sont mobilisées en faveur d'une réforme structurelle dans les rapports des concertations et missions menées ces dernières années. Alors pourquoi la transformation des politiques publiques n'est-elle pas à l'œuvre ? Est-ce réellement indispensable de réformer le secteur et comment ? La difficile équation qualité-quantité-coût suppose d'analyser certaines des pistes les plus propices à optimiser la prise en charge sans augmenter considérablement les dépenses. Je propose dans cette partie de revenir tout d'abord sur l'aspect « coût » de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France (3.1) avant d'analyser les risques en termes d'équité d'accès à une prise en charge de qualité (3.2). Je terminerai enfin par expliciter la piste que j'étudierai de manière empirique et qui constitue la question de recherche centrale de ce mémoire (3.3) : la décentralisation du financement des EHPAD peut-elle permettre d'augmenter l'offre et d'améliorer la qualité sans augmenter les coûts ?

3.1 Combien coûte la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ?

3.1.a Le coût global de la dépendance en France

Selon le compte de la dépendance de la DREES, qui ont également servi de base de réflexion dans la concertation menée sous l'égide de Libault, D. (2019)¹⁴², les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, évaluées en approche « surcoût », représentaient 1,4% du PIB soit 30 Milliards d'euros en 2014, dont 23,7 Milliards d'euros de dépenses publiques (79 %) et 6,3 Milliards d'euros de dépenses en termes de « reste à charge » pour les ménages. Ces dépenses ne prennent pas cependant en compte la valeur du travail informel des 3,9 millions de proches aidants auprès des personnes âgées, dont la valorisation atteindrait, selon les estimations, de 7 à 18 Milliards d'euros¹⁴³.

Dans la répartition au sein des trois grands forfaits qui financent les dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, on retrouve :

¹⁴² Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019.

¹⁴³ DREES *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*. Numéro 1032. Octobre 2017. En ligne, accessible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>

- Les dépenses de « Soins » : elles représentent environ 12,2 Milliards d’euros et sont financées à 99 % par la dépense publique via la Sécurité Sociale, autrement dit la 5^e branche depuis 2021. Les dépenses de soins sont ainsi couvertes en quasi-totalité par la solidarité nationale.
- Les dépenses du forfait « Dépendance » : elles représentent 10,7 Milliards d’euros et correspondent au financement des aides humaines, techniques et d’aménagement du logement pour compenser la perte d’autonomie des personnes âgées vivant à domicile. Elles ne comprennent pas l’aide des aidants familiaux.
- Les dépenses du forfait « Hébergement » : elles ne concernent que les dépenses des personnes âgées vivant en établissement et représentent 7,1 Milliards d’euros. L’on peut y ajouter encore 4, 4 Milliards d’euros de dépenses dites « de gîte et de couvert », portant le total à 11,5 Milliards d’euros.¹⁴⁴

Si l’on regarde uniquement les dépenses portées par les financeurs publics, la répartition des quelques 23 Milliards d’euros des dépenses publiques en 2018 relatives à la dépendance, on retrouve comme principal financeur (environ deux tiers) la Sécurité Sociale au travers de l’assurance maladie et de la CNSA, correspondant désormais aux comptes de la dépendance rassemblés globalement sous l’égide de la branche autonomie, puis les Conseils Départementaux pour moins d’un tiers des dépenses publiques et enfin l’État dans une moindre mesure¹⁴⁵.

3.1.b Projection d’évolution du coût de la dépendance

En partant des estimations d’évolution des besoins, l’on peut ainsi projeter également l’évolution des dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Selon le compte dépendance de la DREES¹⁴⁶ et les travaux de Gratioux, L. (2016)¹⁴⁷ les scénarios projetés par la DREES d’ici à 2060 montrent que l’évolution des dépenses d’autonomie est plus particulièrement corrélée aux dépenses du forfait « Dépendance » qu’à celles des

¹⁴⁴ Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019.

¹⁴⁵ Sénat. Travaux parlementaires Rapport d’information. Exposé général « Sur le financement de la dépendance ». En ligne, accessible ici : <http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-4283.html>

¹⁴⁶ DREES « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d’ici à 2060 ». Numéro 1032. Octobre 2017. En ligne, accessible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>

¹⁴⁷ Gratioux, L. (2016). Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. *Vie sociale*, 15, 187-200. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0187>

forfaits « Soins » et « Hébergement ». La part de PIB consacrée au financement public de la prise en charge des besoins spécifiques des personnes âgées en situation de perte d'autonomie devrait s'accroître continuellement jusqu'en 2060. Ces dépenses publiques financent principalement les établissements d'hébergement et services d'aide et de soins à domicile, qui, on l'a vu précédemment, se sont développés de manière importante ces dernières années, tant dans les capacités d'accueil que dans la diversité des accompagnements et devraient continuer à suivre la croissance de la population des personnes âgées en perte d'autonomie. Que ce soit pour les établissements ou pour les services, l'enjeu pour aujourd'hui et pour demain est le même : améliorer en permanence la qualité des prestations et mieux répondre au besoin tout en maîtrisant les coûts et notamment ceux qui pèsent sur les ménages. Ainsi le contexte d'augmentation des besoins entraînée par le vieillissement de la population ne fait qu'accroître la tension entre l'amélioration qualitative, l'augmentation du nombre de places et le poids croissant de la charge financière qui en résulte. La question ainsi soulevée est celle de la clé de répartition des charges entre les familles et les dépenses assumées par la collectivité : c'est l'un des enjeux majeurs de la prise en charge à domicile comme en établissement.

Une étude de Roy, D. (2016) a tenté d'analyser cette répartition entre coût du financement public et coût du reste à charge dans la population des bénéficiaires de l'APA. S'il est assez aisé de déterminer le coût de l'APA au regard du nombre de bénéficiaires, la limite réside dans le fait qu'il est difficile de déterminer précisément ce que chaque personne reçoit de la collectivité par rapport à son reste à charge. Les causes sont la multiplicité des financeurs, le fait que certaines prestations soient directement prises en charge par l'assurance maladie ou globalisées¹⁴⁸ ou encore que certaines dépendent du revenu et de la composition du ménage¹⁴⁹. L'on peut ainsi mesurer que pour environ 1,2 million de bénéficiaires de l'APA de 60 ans et plus, soit 8% de la population des 60 ans et plus, qui tend à se concentrer surtout sur les personnes âgées de 75 ans et plus, cela représente plus de 5 milliards d'euros de dépenses par an pour la collectivité¹⁵⁰. Une autre limite d'envergure dans l'analyse de ces

¹⁴⁸ C'est notamment le cas de l'APA en établissement, versée sous forme de dotation globale.

¹⁴⁹ Roy, D. (2016). Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. Revue française des affaires sociales, 21-33. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfas.164.0021>

¹⁵⁰ Études et Résultats sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA en 2007 et en 2011 : Debout C. (2010), « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA – Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007 », Études et Résultats, no 730, et Bérardier M. (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Études et Résultats, no 876, février.

coûts est qu'elle ne permet pas de comparer le coût de la prise en charge entre domicile et établissement. On ne peut ainsi pas dire si c'est le domicile ou l'établissement qui coûte le plus cher ni orienter les décisions politiques sur la seule base du coût supporté par collectivité. De plus, l'analyse des coûts ne prend pas en compte ce qui est pris en charge directement par les personnes à domicile et leur famille et l'apport de l'aide informelle qu'elles reçoivent.

3.1.c Focus sur les dépenses publiques spécifiques au financement des EHPAD

Toujours au travers des comptes de la dépendance de la DREES, un focus peut être effectué pour comprendre la répartition des dépenses des EHPAD, entre dépenses publiques et reste à charge. On observe ainsi que la théorie de la répartition des forfaits « Soins », « Dépendance » et « Hébergement » telle que décrite dans les textes encadrant la tarification et le financement des EHPAD est respectée dans la réalité des dépenses. Les dépenses publiques se concentrent ainsi sur les forfaits « Soins » et « Dépendance » avec pour les EHPAD une prépondérance du forfait « Soins » par rapport aux dépenses globales de la dépendance, donc une dépense supportée par la Sécurité Sociale : précédemment l'assurance maladie, désormais la branche autonomie.

La dotation « Soins » représentant 7,9 milliards d'euros par an et la dotation « Dépendance » pesant environ 3,6 milliards d'euros par an sont financées par les administrations publiques à hauteur respectivement de 100% et de 70%. Ces dépenses dépendent des besoins des résidents, sur la base de leur profil de santé et de dépendance. Il s'agit d'une équation qui s'applique selon un barème national pour la partie « Soins » et départemental pour la partie « Dépendance » et qui n'appelle pas de négociation ni ne devrait générer d'inégalité. Cependant, des disparités bien plus importantes peuvent intervenir concernant la part de dépenses d'hébergement, correspondant à ce qui est financé par les résidents, résultant d'une tarification plus libre selon la typologie de l'établissement¹⁵¹.

¹⁵¹ Sécurité Sociale. Éclairage - Fiche 31 « Financement d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes » Les Comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2020. En ligne, accessible ici : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUIN_2020%20-%20Financement%20des%20établissements%20d'hébergement%20pour%20les%20personnes%20âgées%20dépendantes.pdf

On peut en conclure que même dans le cadre d'un financement très encadré laissant peu de marge à des disparités de tarifs, il reste une part du financement moins régulée de nature à limiter la capacité d'optimisation des dépenses globales liées à l'hébergement des personnes âgées et pouvant générer des inégalités d'accès à un hébergement en EHPAD de par le poids fluctuant du reste à charge pour les résidents.

Plus globalement sur le sujet du coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il apparaît que tous les acteurs : ceux qui mettent en œuvre, ceux qui décident et ceux qui financent, semblent se rejoindre sur la constante recherche d'efficacité et le juste équilibre pour que le service rendu aux usagers ne soit pas négativement impacté. L'on retrouve ici les causes ou les conséquences d'une tendance à une logique gestionnaire, comme soulignées dans le rapport Libault, D. (2019). Pour autant, bien qu'il soit au centre des préoccupations, l'enjeu d'optimisation des dépenses publiques ne peut être le seul à orienter l'évolution des politiques publiques de la dépendance. Le poids pour les résidents et les ménages doit aussi être pris en compte, au même titre que le respect d'une certaine équité d'accès à une offre adaptée aux besoins.

3.2 Décentralisation et disparités entre les territoires

Sur la thématique de l'équité d'accès, l'on en vient à interroger l'équité en fonction des territoires. Les données démographiques permettent de classer les territoires et les départements en fonction du vieillissement de la population et en fonction de la répartition des personnes âgées dépendantes dans les différents types de territoires : ruraux, citadins, littoraux. Des disparités s'observent alors dans les besoins et l'évolution des besoins, et seraient à même de justifier une volonté décentralisatrice pour construire et mettre en œuvre des politiques au plus près des besoins. Mais qu'en est-il de l'adéquation avec l'offre et les financements alloués ? Faut-il viser l'équité dans l'adéquation des besoins et de l'offre ou rester dans une optique égalitaire sur le territoire ? Selon l'orientation prise, les enjeux de financement et de pilotage ne sont pas les mêmes et le bilan des politiques de décentralisation s'en trouve impacté.

3.2.a Conséquences de la décentralisation des politiques sociales

Les politiques de décentralisation ont été initiées dès les années 80, avec en premier acte les premières Lois Defferre promulguées entre 1982 et 1983, ayant pour objectifs affichés de « rapprocher les citoyens des centres de décisions et de responsabiliser les élus » et pour principes : « absence de tutelle d'une collectivité sur une autre ; maintien des différentes structures d'administration locale existantes ; compensation financière des transferts de compétences »¹⁵². Les bilans de la décentralisation mettent en exergue la difficulté à réellement répartir les compétences entre l'échelon territorial et national, à transférer de manière efficiente les financements associés¹⁵³, et *in fine* l'échec à conduire l'analyse nécessaire au niveau national pour tirer pleinement parti des avantages supposés de la politique de décentralisation. Sur les politiques sociales plus particulièrement, pour lesquelles la décentralisation a été la plus appuyée, la gestion des prestations devait s'opérer au niveau des départements avec une législation sur les conditions d'accès et un pouvoir de réglementation générale qui devait rester dans le giron de l'État. Si la décentralisation des politiques sociales a été globalement considérée comme positive, la réalité d'application a rencontré certaines limites, notamment, selon l'IGAS, un haut niveau de complexité avec un « enchevêtrement des compétences », une « multiplicité des acteurs » en décalage avec la volonté initiale portée par la politique décentralisatrice de créer des « blocs de compétences » distincts.¹⁵⁴ Dans son rapport annuel 2007-2008, l'IGAS fait en effet le constat des facteurs de disparités liés à la décentralisation : complexité, multiplicité des acteurs, diversité des modes d'organisation, perméabilité entre les différentes politiques publiques, et souligne notamment l'impact en terme de financement qui devient triple, notamment pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. L'IGAS observe aussi une répartition inégale des moyens financiers par les collectivités territoriales, qui n'est pas en lien direct avec la répartition des besoins, mais serait liée à des inégalités en termes de ressources.¹⁵⁵

¹⁵² Vie publique (2019) *Les lois Defferre, premières lois de décentralisation*. Éclairage. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38438-les-lois-defferre-premieres-lois-de-decentralisation>

¹⁵³ Un financement perçu comme insuffisant au niveau des territoires mais pourtant des dépenses publiques qui augmentent.

¹⁵⁴ Vie publique (2019) *Le bilan des actes I et II de la décentralisation*. Éclairage. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38502-le-bilan-des-actes-i-et-ii-de-la-decentralisation>

¹⁵⁵ Inspection Générale de l'Action Sociale (2008) *Rapport Annuel 2007-2008. Les politiques sociales décentralisées*.

3.2.b Les sources de disparités et d'inégalités entre les territoires

La première disparité constatée entre les territoires est démographique : les départements français les plus âgés sont ceux du Massif Central et du Sud, tandis que les moins âgés sont Mayotte, la Guyane, La Réunion et ceux de la région Île-de-France¹⁵⁶, impliquant des besoins et attentes de la population qui vont être différents en termes de politiques publiques de la dépendance.

Concernant les dépenses des départements français, Duboz, M., Le Gallo, J. et Houser, M. (2021) ont mené une analyse des disparités de dépenses et de recettes des départements de 2006 à 2016. Partant du constat de départ que les niveaux de ressources et de dépenses sont très différents d'un département à l'autre, l'étude cherche à montrer les sources de ces disparités. Les auteurs remettent en cause « l'idée reçue » selon laquelle les dépenses sociales et l'inégalité de leur répartition serait la cause des disparités entre les territoires : « *Les disparités de dépenses s'expliquent avant tout par des disparités de ressources, que celles-ci proviennent de dotations de l'État ou d'impôts, ce qui interroge quant au rôle joué par les dépenses sociales considérées souvent comme l'élément majeur expliquant le comportement des dépenses des départements* ». Ainsi la question se pose de disparités entre les territoires qui seraient davantage liées à la capacité à influencer les décisions d'une part, et à la liberté d'agir et de mettre en œuvre les politiques publiques d'autre part¹⁵⁷.

Helfter, C. (2010) revient sur les notions à la fois d'encadrement national des politiques sociales par les lois et règlements nationaux « *en faveur d'une certaine homogénéité ou convergence entre les départements* », et celle de l'adaptation de l'organisation qui est diverse d'un département à l'autre¹⁵⁸. Elle met en exergue d'autres déterminants de la manière dont est mise en œuvre la politique sociale à l'échelle du département et contribuant à générer des disparités : l'adaptation au contexte local et aux caractéristiques de la population, l'héritage des précédentes politiques publiques, la capacité à construire le réseau partenarial avec les autres acteurs du territoire, institutionnels ou non, et l'influence des élus politiques, parfois personne-dépendante, qui conditionne la manière de mettre en œuvre et

¹⁵⁶ INSEE – Nathalie Blanpain. « Éclairage - Les Séniors » dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

¹⁵⁷ Duboz, M., Le Gallo, J. & Houser, M. (2021). Aux origines des disparités de dépenses des départements français : une analyse empirique (2006-2016). *Revue d'économie politique*, 131, 223-247. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/redp.312.0055>

¹⁵⁸ Ce que soulignait également le rapport de l'IGAS. Inspection Générale de l'Action Sociale (2008) *Rapport Annuel 2007-2008. Les politiques sociales décentralisées*.

l'implication des équipes de terrain. Ainsi se différencient deux grandes typologies de postures adoptées par les départements : « l'une « proactive » qui recherche des solutions innovantes d'action, et l'autre « légaliste » qui vise la conformité aux injonctions et l'efficacité sur le terrain »¹⁵⁹, de nature à créer des disparités d'un département à l'autre, mais aussi dans le temps, dans la mise en œuvre des politiques nationales.

Dans son analyse de la législation et plus spécifiquement de la loi ASV, Grand, A. (2016) rappelle qu'il existe dans les politiques sociales un certain « décalage entre les intentions affichées dans la loi et les moyens susceptibles d'y répondre » et « que les grandes différences de richesse entre les collectivités territoriales expliquent le caractère très éclaté et disparate de l'offre selon les territoires », soulignant la nécessité de se pencher, dans l'application des politiques publiques du Grand Âge sur la question de la « lutte contre les inégalités sociales et territoriales »¹⁶⁰.

Concernant plus spécifiquement les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes, les comptes de la Sécurité Sociale soulignent des disparités de financement des EHPAD par le département via la dotation « Dépendance » du fait de différences dans les valeurs des points-GIR entre les départements¹⁶¹. En effet la mise en place des équations tarifaires¹⁶² attribue le financement du forfait « Dépendance » aux EHPAD sur la base du calcul du GMP (= GIR moyen pondéré calculé à partir du GIR de chaque résident sur la base de la grille AGGIR) et du PATHOS, ou ce qu'on appelle les coupes-PATHOS (mesures à un moment donné du PMP = PATHOS moyen pondéré pour évaluer le caractère pathologique ou polypathologique de la population de résidents d'un EHPAD). Selon la réglementation, ces évaluations sont conduites régulièrement par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. La réalité, cependant, liée aux difficultés de recruter dans le secteur peut

¹⁵⁹ Helfter, C. (2010). La construction des politiques d'action sociale au sein des départements. Informations sociales, 162, 86-91. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0086>

¹⁶⁰ Grand, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France dans Vie sociale, 15, 13-25 « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale » Éditeur : Érès <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0013>

¹⁶¹ Sécurité Sociale. Éclairage - Fiche 31 « Financement d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes » Les Comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2020. En ligne, accessible ici : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUIN_2020%20-%20Financement%20des%20établissements%20d'hébergement%20pour%20les%20personnes%20âgées%20dépendantes.pdf

¹⁶² L'équation tarifaire a été instaurée par la loi Adaptation de la Société au Vieillissement pour objectiver les dépenses de dépendance en les associant très directement au degré de dépendance des

conduire à des difficultés à établir régulièrement des évaluations tenant compte de l'évolution de la population des résidents, ou à ne pas pouvoir le faire au moment du calcul d'attribution du forfait « Dépendance ». Cela peut ainsi conduire à attribuer des financements « Dépendance » non-corrélés aux besoins et à creuser les inégalités de financement entre les EHPAD et entre les territoires.

La décentralisation des politiques publiques doit alors nécessairement s'accompagner de mesures de péréquation, afin de contrebalancer les effets d'une répartition inégale des ressources, sans pour autant porter atteinte à la liberté d'action des collectivités territoriales¹⁶³ dans leurs domaines de compétences.

3.3 Faut-il décentraliser davantage pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Pour conclure cette première partie, vouée à dresser un état des lieux non exhaustif des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes, je souhaite recentrer les nombreuses questions rencontrées au fur et à mesure de mes recherches bibliographiques sur une recommandation issue du rapport Libault, D. (2009) : la fusion des forfaits « Soins » et « Dépendance » pour le financement des EHPAD.

L'application de cette recommandation, si elle concerne de prime abord le financement, impliquerait en cascade toute une série d'implications pour la mise en œuvre des politiques publiques du Grand Âge. Que l'on confie l'attribution et la gestion de ce forfait totalement à l'ARS ou totalement au département, cela revient à : 1. Supprimer un échelon de mise en œuvre de la politique du Grand Âge pour certaines compétences, et donc retirer des compétences dévolues à l'une de ces administrations pour les transférer à l'autre ; 2. Supprimer la notion de coordination de deux administrations pour tout ce qui concerne le financement, la tarification, la contractualisation, l'autorisation, la régulation et le contrôle, le pilotage territorial pour les aspects « Soins » et « Dépendance », avec la limite que la tarification du forfait « Hébergement » resterait *a priori* sous l'égide du département, donc la simplification resterait partielle ; 3. Transformer le dispositif de collaboration actuel entre EHPAD ou organisations gestionnaires d'EHPAD et leurs autorités de tutelle ; 4. Redéfinir

¹⁶³ Barbé, V. (2010). *La péréquation, principe constitutionnel*. *Revue française de droit constitutionnel*, 81, 3-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/rfdc.081.0003>

le rôle des administrations régionales et départementales en lien avec celui de l'échelon national en termes de politiques médico-sociales ; 5. Donner une orientation clarifiée au modèle de l'EHPAD de demain.

Loin d'être complète, cette première liste d'enjeux, bien qu'elle puisse sembler *a priori* « simpliste » pourrait à elle-seule expliquer pourquoi la décision n'a pas encore été prise à ce jour de réformer la politique de la dépendance selon cet axe.

Ainsi la problématique qui se pose et que je souhaite creuser est double : tout d'abord le **choix de l'échelon** : gérer le financement à l'échelle des régions via les ARS ou décentraliser complètement vers les départements ; ensuite ce que cela implique et **les impacts sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD** : la modification des modalités de financement et ses enjeux optimiserait sensiblement l'efficacité et la qualité de la prise en charge en EHPAD ou au contraire n'apporterait rien à l'objectif ultime d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population.

Dans la partie empirique de mes recherches, je m'attacherai à répondre à deux questions imbriquées : Faut-il décentraliser totalement le financement des EHPAD à l'échelon des départements ? Quels en seraient les impacts *in fine* sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en EHPAD ?

PARTIE II : Opportunités et limites de la décentralisation du financement des EHPAD

Chapitre 1. Hypothèses de recherche : une décentralisation du financement à l'échelon du département améliorerait l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD

Avant d'entrer plus avant dans des propositions de réponses, je m'attacherai à détailler les idée-force de mes questions de recherche et les concepts qui y sont associés (1.1., 1.2.) afin de pouvoir définir plus précisément les hypothèses (1.3) que je testerai dans une démarche empirique (Chapitre 2).

1.1 Qu'est-ce que la décentralisation ?

Le premier concept à définir est celui de la décentralisation. Si le terme est largement utilisé dans les discours politiques et évoque la notion généraliste d'un « transfert de pouvoirs de l'État « central » vers des collectivités territoriales », la définition mérite d'être complétée, tout d'abord au travers de la façon dont elle est portée et communiquée par les pouvoirs publics, et pour comprendre les tenants et aboutissants du concept tel qu'il a été étudié par la recherche.

La notion de décentralisation peut revêtir des significations et des portées différentes. Comme le décrit l'OCDE : « *Plusieurs définitions existent, traduisant les sens différents que l'on donne à la notion de décentralisation, ce qui augmente encore la complexité de ce concept déjà difficile à appréhender* » et « *la décentralisation englobe trois dimensions : la dimension politique, la dimension administrative et la dimension budgétaire* ». L'OCDE précise également que l'application de la décentralisation s'opère à des degrés très divers selon les pays et selon aussi les typologies de gouvernements et d'organisation du pouvoir : unitaire ou fédéral.¹⁶⁴

¹⁶⁴ OECDilibrary. *Chapitre 2. Comprendre les systèmes de décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/25464790-fr/index.html?itemId=/content/component/25464790-fr>

En France, la définition donnée à titre pédagogique par les pouvoirs publics est la suivante : « *La décentralisation est un processus d'aménagement de l'État unitaire qui consiste à transférer des compétences administratives de l'État vers des entités (ou des collectivités) locales distinctes de lui.* » La France est restée longtemps un État unitaire centralisé avant de démarrer un processus de décentralisation, tout d'abord au début des années 80. Puis sont intervenus deux temps forts amenant le pays vers un État décentralisé et déconcentré¹⁶⁵ : la Loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, puis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 consacrant l'organisation de la République française comme décentralisée.¹⁶⁶ Lorsque l'on parle de décentralisation territoriale cela signifie que les autorités décentralisées sont des collectivités territoriales ou locales (communes, départements, régions, collectivités à statut particulier et collectivités d'outre-mer). D'après le dictionnaire de l'organisation sanitaire et sociale : « *La décentralisation désigne, sur le plan administratif, le transfert de compétences du gouvernement central vers les autorités locales (communes, groupements de communes, conseils généraux, conseils régionaux), avec les moyens financiers, fiscaux et administratifs correspondants* »¹⁶⁷. Les autorités territoriales disposent à la fois de « *la personnalité morale, de moyens et de compétences propres, donc d'une certaine autonomie locale (art. 72 s. de la Constitution ; Charte européenne de l'autonomie locale de 1985). Celle-ci s'exerce dans le cadre de la loi et sous le contrôle de l'État.* » Depuis la Loi Defferre du 2 mars 1982, l'État n'exerce plus un contrôle de tutelle sur les collectivités territoriales, mais uniquement un contrôle de légalité.¹⁶⁸

Sur un plan économique, et selon Wallace E. Oates, tel que repris par Dafflon, B. et Madiès, T. (2008) ce n'est pas tant la typologie du gouvernement qui est importante : tous les États sont décentralisés à différents degrés. Les auteurs dans leur essai de définition, précisent que

¹⁶⁵ Rappel de l'OCDE : « Les termes décentralisation et déconcentration sont parfois employés de manière interchangeable alors qu'ils sont radicalement différents. Dans le premier cas, il y a un transfert de compétences depuis l'État central vers les autorités infranationales autonomes / élues. Dans le second cas, on observe un déplacement géographique du pouvoir depuis l'État central vers les unités basées dans les régions (administration territoriale de l'État central, services ministériels, agences territoriales, etc.). Ces services déconcentrés de l'État relèvent de l'administration nationale et représentent l'État central au niveau territorial. À la différence des autorités infranationales, les services déconcentrés de l'État représentent un échelon hiérarchique de l'État central, et ne sont pas des entités juridiques ni des personnes morales. » OECDilibrary. *Chapitre 2. Comprendre les systèmes de décentralisation.* En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/25464790-fr/index.html?itemId=/content/component/25464790-fr>

¹⁶⁶ Vie publique. *Qu'est-ce que la décentralisation.* En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20168-quest-ce-que-la-decentralisation>

¹⁶⁷ (2013). D. Dans : , F. Tuffreau, Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale (pp. 175-208). Rennes: Presses de l'EHESP.

¹⁶⁸ Vie publique. *Qu'est-ce que la décentralisation.* En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20168-quest-ce-que-la-decentralisation>

la décentralisation peut fonctionner dans deux sens : descendant ou ascendant. La décentralisation descendante ayant pour enjeux l'adéquation offre-demande, l'attribution de moyens permettant de faire correspondre l'offre aux préférences locales, permettre de maintenir une bonne gouvernance, tout en assurant une forme de contrôle sur les objectifs qui restent ceux de l'État. Cette forme de décentralisation s'accompagne d'un fonctionnement déconcentré, ce qui est le cas en France, et favorise une domination des préférences du centre vs le local, avec un fonctionnement impliquant des relations verticales.¹⁶⁹

1.2 Les effets de la décentralisation : avantages et limites

Avant d'être largement éprouvée sur le terrain par différentes nations, permettant aujourd'hui d'en observer les effets, la décentralisation a d'abord fait l'objet de théories économiques du fédéralisme budgétaire¹⁷⁰ dont les perspectives ont été notamment portées dans les années 50 et 60 par Kenneth Arrow, Richard Musgrave, et Paul Samuelson et théorisées par l'économiste Oates, W.E. (1972). Ainsi la théorie de la décentralisation dite de « première génération », se traduisait par l'hypothèse que *« Chaque niveau de gouvernement cherche à maximiser le bien-être social de sa circonscription respective. Ainsi, un gouvernement local, par exemple, devrait promouvoir les intérêts de ceux qui se trouvent dans sa juridiction limitée. Dans un contexte de biens publics dont le modèle de consommation n'a pas une portée nationale, le financement décentralisé offre des possibilités potentiellement importantes de gains en termes de bien-être social. Pour ces « biens publics locaux » les gouvernements locaux peuvent fournir des niveaux de production publique qui répondent aux demandes des habitants de leurs juridictions respectives. »* L'avantage de mettre en adéquation directe l'offre et la demande étant de favoriser *« un niveau de bien-être social plus élevé que celui dans lequel un gouvernement central fournit un niveau unique et uniforme de production publique dans tout le pays »*.¹⁷¹

¹⁶⁹ Dafflon, B. et Madiès, T. (2008). *Décentralisation : quelques principes issus de la théorie du fédéralisme financier*. Université de Fribourg (Suisse) – Agence Française de Développement Département de la Recherche.

¹⁷⁰ OECDilibrary. *Chapitre 4. Avantages et défis associés à la décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b0b3a02-fr/index.html?itemId=/content/component/6b0b3a02-fr>

¹⁷¹ Oates, W.E. (1972) "Decentralization Theorem" dans son ouvrage *Fiscal Federalism*.

En synthèse, la promesse est de fournir une offre publique plus efficace et plus efficiente, autrement dit : les collectivités locales sont davantage en mesure de répondre à l'hétérogénéité des besoins des citoyens que l'État central qui tend à fournir une réponse uniformisée, et les collectivités locales peuvent fournir leurs services à un moindre coût. W. E. Oates a révisé son théorème en 2005, s'appuyant sur une large revue de travaux et idées faisant émerger une théorie de la décentralisation dite de « seconde génération », s'appuyant sur des recherches montrant que certains paramètres peuvent représenter des limites à l'application optimale de la théorie : le processus de décision politique et le comportements des agents politiques, qui n'est pas seulement et uniquement guidé par le bien-être social et le niveau d'information dont disposent les décideurs sur les préférences des citoyens, les coûts, etc., qui ne peut être parfait et peut conduire alors à ce que l'offre décentralisée optimale ne réponde pas pour autant parfaitement à la demande. *A contrario*, il souligne également que lorsque les préférences des citoyens sont hétérogènes, les décisions locales obtiennent de meilleurs résultats que le pouvoir central concernant l'attribution des ressources. Et concernant les élus politiques, le fait de ne pas vouloir perdre d'administrés, pourrait être facteur de motivation à fournir une offre adaptée aux besoins sans pour autant augmenter la charge des impôts locaux pour les électeurs.¹⁷²

L'OCDE a étudié les nombreux travaux et analyses sur les effets de la décentralisation et fait émerger les principaux avantages et défis, de trois natures : économiques, politiques et administratifs (Tableau 3), et rappelle que la décentralisation n'est ni une bonne ni une mauvaise idée *a priori*, mais que la manière de mener la décentralisation peut permettre d'en tirer avantages et d'éviter les difficultés¹⁷³. Une approche que rejoignent Kuhlmann, S. & Wayenberg, E. (2016) qui ont défini les dimensions de la performance de la décentralisation, pour lesquelles la décentralisation va avoir soit des effets positifs, soit des effets négatifs, du fait de la manière dont elle sera menée. Ce serait la mise en œuvre de la décentralisation, le contexte politique et le type de politique ou de mesure objets de la décentralisation qui vont jouer sur la performance ou la non-performance de la décentralisation¹⁷⁴.

¹⁷² Oates, W.E. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. *Int Tax Public Finan* 12, 349–373 (2005). <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.1007/s10797-005-1619-9>

¹⁷³ OECDilibrary. *Chapitre 4. Avantages et défis associés à la décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b0b3a02-fr/index.html?itemId=/content/component/6b0b3a02-fr>

¹⁷⁴ Kuhlmann, S. & Wayenberg, E. (2016). Évaluer l'impact institutionnel dans les systèmes à niveaux multiples : Conceptualisation des effets de la décentralisation dans une approche comparative. *Revue*

	Avantages	Défis
Angle économique	Faciliter la mise en place de services adaptés aux besoins locaux	Manque de ressources et mandats sous-financés
	Rendre la fourniture des services publics plus efficiente	Risques liés à la décentralisation partielle : le manque d'autonomie budgétaire
	Stimuler la croissance économique	Externalités des avantages et inadéquation d'échelle
	Contribuer à atténuer les disparités régionales	Exacerber les disparités entre les administrations infranationales
	Être un levier pour le développement régional	Nuire à la bonne coordination des investissements publics
		Trouver le bon équilibre entre recettes propres et transferts
Angle politique	Renforcer la participation des citoyens dans les affaires publiques	L'appropriation par les élites locales ou centrales et la corruption peuvent compromettre les avantages potentiels de la décentralisation
	Améliorer la stabilité politique	
Angle administratif	Réduire la recherche de rente et la corruption	Manque de clarté dans la répartition des responsabilités
	Faciliter l'expérimentation et l'innovation dans le domaine des politiques	Manque de clarté dans la répartition des rôles entre les exécutifs infranationaux et les administrations centrales déconcentrées
		La coordination de la fourniture des services peut être problématique
		Des capacités territoriales insuffisantes peuvent limiter les avantages potentiels

Tableau 3 : Synthèse des avantages et défis de la décentralisation adaptée à partir de OCDE - Chapitre 4. Avantages et défis associés à la décentralisation¹⁷⁵

1.3 Hypothèses de recherche redéfinies et précisées

Cette rapide, et non-exhaustive, analyse théorique des effets de la décentralisation, me conduit à chercher à transposer les avantages et limites supposés d'une décentralisation du financement des EHPAD à l'échelon des départements.

Tout d'abord, les impacts supposés positifs permettant de répondre à certains des enjeux de la transformation de l'offre décrits précédemment, pourraient être les suivants :

- **Rapprocher les décideurs des usagers et donc les services publics fournis des usagers.** L'on porte ici l'idée d'une politique du Grand Âge « à la carte » selon les territoires avec une adaptation de l'offre aux besoins et la possibilité ainsi de renforcer l'offre à domicile dans un territoire où les seniors sont moins vieux ou encore renforcer l'offre de places en EHPAD dans le cas d'une population plus dépendante et plus isolée. Cela serait facilité par la connaissance fine dont les départements disposent de leur population du fait de leur mission d'analyse des besoins sociaux. Cette notion prend notamment son sens dans les disparités des départements en termes de démographie et d'évolution projetée des besoins, ou encore de disponibilité de l'offre, tel que décrites plus haut.
- **Rendre plus efficace la politique du Grand Âge et gagner en fluidité dans la mise en œuvre avec un seul acteur responsable du financement, de la tarification, de la régulation des autorisations :** cela reviendrait au principe d'un guichet unique pour les EHPAD, facilitant la collaboration et le dialogue entre les EHPAD ou organismes gestionnaires d'EHPAD et leur unique administration de tutelle. Sur le plan administratif, cela permettrait également de réduire les coûts administratifs et de supprimer les temps de coordination entre deux administrations d'échelons différents. Également, cela pourrait redonner du temps de gestion aux EHPAD.
- **L'autonomie financière du département** pour mettre en œuvre la politique du Grand Âge à l'échelle du territoire et ainsi favoriser les investissements en lien direct avec les besoins : un département pourrait en effet adapter sa fiscalité en lien avec les besoins futurs de sa population.

L'on peut aussi supposer certains impacts potentiellement négatifs, ou du moins des écueils à éviter :

- Le **pendant négatif pour un département qui adapterait sa fiscalité** serait par exemple le risque de « fuite » des administrés vers des départements plus avantageux sur le plan de l'impôt, et cela représente un risque sur le plan politique également.
- Sur le plan économique, devoir mettre en place tout un dispositif de suivi et de contrôle à l'échelon du département seraient susceptible d'engendrer des coûts aujourd'hui supportés de manière centralisée par l'État, et ainsi **réduire les économies d'échelle**.
- La question des **risques d'inégalités entre les territoires** serait également majeure : l'accès à une offre suffisante adaptée aux besoins sociaux suppose que chaque département puisse connaître les besoins sociaux de son territoire et ait à la fois la volonté politique et les moyens d'y répondre. Laisser les départements autonomes pour financer et mettre en œuvre politiques du vieillissement serait alors à risque de créer des disparités. Ce point a été souligné par Guengant, A. (1993) qui observe que la décentralisation des politiques publiques s'accompagne généralement *« d'inégalités budgétaires importantes entre collectivités territoriales, soit de ressources, soit de coûts de production, soit de besoins ou encore de demande de services publics locaux »*¹⁷⁶.
- Un autre défi serait celui des **compétences et de la délégation de compétences**. Décentraliser au niveau du département suggère de lui confier des compétences dont il n'a pas la responsabilité aujourd'hui. Organiser cette délégation de compétences pourrait engendrer tout d'abord des coûts de mise en place (en termes de formation, de ressources, de contractualisation), mais également, au moins à court terme, des inégalités entre les départements selon le chemin qu'il leur faudra parcourir pour s'approprier pleinement ces compétences. Dans le champ du médico-social, c'est sur la notion des **compétences liées au sanitaire** que l'enjeu est important puisque les départements n'ont aucune compétence en la matière et que l'organisation de l'offre sanitaire est pilotée à l'échelon des régions depuis la création des ARS, avec un périmètre qui s'est encore agrandi avec la réforme des régions en France.

¹⁷⁶ Guengant A. [1993], Équité, efficacité et égalisation fiscale territoriale, *Revue Économique*, 44 (4), 835-848.

- Enfin un autre enjeu pour lequel la décentralisation peut représenter un risque ou du moins soulève une question, est celui de la **régulation et du contrôle de la qualité**. L'actualité l'a montré et les pouvoirs publics se sont emparés de cet enjeu : le secteur du Grand Âge et particulièrement celui des EHPAD, nécessite une régulation au plus près des usagers garantissant la qualité de l'accompagnement à tous les usagers. Dans un souci d'équité, cela suppose en parallèle des règles partagées nationalement et donc le besoin de pouvoir harmoniser et surveiller ce qu'il se passe dans chaque département.

Dans ma démarche empirique je vais chercher plus particulièrement à vérifier l'applicabilité du théorème de la décentralisation de W.E. Oates (1972, 2005) à la décentralisation du financement des EHPAD à l'échelon du département. Je m'appuie alors sur l'idée que le financement et la régulation des EHPAD doivent être conduits au niveau du plus petit territoire destiné à en supporter les avantages et les coûts.

Ma première hypothèse est que le département est un échelon de décentralisation pertinent pour le financement des EHPAD car il correspond en France à l'échelon territorial dont les besoins, l'offre et les dépenses sont homogènes.

Je m'attacherai dans le chapitre 2 à étudier les apports de la recherche et à comparer dans une approche statistique les dimensions suivantes : les besoins, l'offre disponible, les modalités de financement de l'autonomie et je chercherai enfin si des variables sont susceptibles d'expliquer l'adéquation entre l'offre, le besoin et le financement. Mon objectif sera alors d'apporter des éléments permettant de comprendre si une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » sous le pilotage du Département est susceptible d'illustrer l'application de la théorie de la décentralisation optimale, et ainsi si le département est un échelon pertinent pour piloter seul les politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance.

Ma seconde hypothèse est qu'une telle décision des pouvoirs publics, aurait des implications en chaîne, portant sur les différents changements supposés nécessaires par la mise en œuvre de la décentralisation, et pouvant avoir un impact sur la gestion des ressources dans les EHPAD et *in fine* sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées. Je m'attacherai à tester cette hypothèse dans le chapitre 3 au travers d'une démarche

qualitative auprès d'acteurs de la mise en œuvre des politiques publiques des EHPAD, que je détaillerai plus loin.

Chapitre 2. La décentralisation à l'échelon du département est-elle pertinente pour mettre en œuvre la politique Grand âge et dépendance ?

Dans cette partie, je commencerai par une courte revue de travaux ayant abordé la question de la décentralisation de politiques sanitaires et/ou médico-sociales (2.1) avant de présenter mon travail d'analyses statistiques (2.2.) cherchant à démontrer que l'échelon du département est pertinent pour décentraliser le financement des EHPAD. Je terminerai par une conclusion intermédiaire sur ma première hypothèse de recherche (2.3.).

2.1 Quelques réponses apportées par la recherche

2.1.a Conséquences de décentralisations en santé et dans le social

Dans une étude de comparaison internationale de nations ayant expérimenté la décentralisation pour la gestion du système de santé, Polton, D. (2004) montre tout d'abord que le processus de décentralisation semble rester en mouvement perpétuel notamment sur l'évolution des compétences. Les limites issues de l'analyse de différents systèmes semblent se rejoindre sur trois dimensions clés : la complexité de la répartition des pouvoirs peut être source de tensions de nature à entraver le financement et donc la mise en œuvre des politiques, suggérant que la décentralisation ne pourrait être uniquement politique, elle doit coupler pouvoir politique et financement pour limiter les tensions ; les variations en termes de financement entre les territoires peut être compensée à court terme par des mécanismes de péréquation mais comportent un risque de voir se creuser les inégalités financières à long terme ; les inégalités d'accès à l'offre restent une difficulté dans les systèmes décentralisés, tout comme elles existent dans les systèmes centralisés, soulevant la question de la régulation

de l'offre quel que soit le niveau de décentralisation.¹⁷⁷ Des conclusions que rejoignent celles de l'étude menée par Bucolo, E. *et al.* (2019) portant sur la mise en œuvre au niveau territorial de politiques sociales pensées à une échelle globale. En effet, l'étude soulève plusieurs difficultés et défis à relever pour que la territorialisation de l'intervention sociale soit plus efficace : la problématique de la pérennité du financement ; les différences d'échelles de territoires sources d'inégalités et la difficulté – quelle que soit l'échelle - de construire une offre personnalisée dans un contexte ne favorisant pas les approches trans-sectorielles et transversales. Le défi du financement et de la gouvernance est central dans cette étude qui s'est particulièrement attachée à analyser la territorialisation de dispositifs sociaux. L'enjeu des inégalités revient aussi comme une constante, comme c'est le cas dans les rapports de concertations et missions menées par les pouvoirs publics. Bucolo, E. *et al* (2019) concluent sur ce point que « *les dispositifs d'accompagnement global sont mis en œuvre dans des territoires aux ressources et aux moyens inégaux, questionnant la capacité de l'action publique à garantir une offre de services équitable et soulevant plus généralement le problème de la définition du territoire pertinent de l'action sociale.* »¹⁷⁸ Au-delà de la question de la répartition des compétences et des moyens, c'est en effet le choix du « bon échelon » qui demeure l'un des déterminants du succès de la territorialisation d'un dispositif. En un sens, cela rejoint également la réflexion de Polton, D. (2004)¹⁷⁹ qui conclut que les résultats d'une décentralisation dépendent surtout de la manière de la gérer, des objectifs fixés et des outils que l'on met en face.

Aussi, si l'objectif est de rapprocher les citoyens des décideurs en décentralisant la politique autonomie à des départements considérés comme des échelons pertinents, cela signifie-t-il pour autant qu'il suffirait de le décider et de mettre les moyens pour que cela fonctionne ?

2.1.b Impact de la décentralisation au niveau du département : quelles conditions de succès ?

La capacité des départements à rendre « opérationnelle » leur politique vieillesse et à réellement rapprocher la mise en œuvre de la politique de l'expression des besoins des

¹⁷⁷ Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*. Revue française des affaires sociales, , 267-299. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfas.044.0267>

¹⁷⁸ Bucolo, E., Eydoux, A., Fraisse, L., Garabige, A., Lima, L., Simha, J., Trabut, L. & Vivés, C. (2019). *Penser global, agir local ? Désectorisation des politiques sociales et échelles d'action publique*. Revue française des affaires sociales, -1, 41-61. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/rfas.190.0041>

¹⁷⁹ *ibid*

usagers a été analysée dans une étude comparative menée en Nouvelle Aquitaine par Pouchadon, M et Martin, P. (2018). Si l'action s'organise différemment dans les départements étudiés, la logique de fonctionnement semble être la même : « *La mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les départements semble assez largement conçue sous un angle technique, plutôt que véritablement politique. Les politiques sociales locales se réalisent dans des modes d'organisation administrative et des formes d'intervention professionnelle conçus comme une réponse aux besoins des populations encore largement inspirée d'une logique de « prise en charge* ». ¹⁸⁰ Il semble alors que la manière dont les départements sauraient se saisir de nouvelles compétences et d'un pouvoir de décision politique influencerait sur la manière de mettre en œuvre la politique de l'autonomie. Cela ne saurait répondre à l'enjeu de l'égalité entre les territoires. Cependant, une approche où le département est pleinement décideur de sa politique de l'autonomie jusque dans la gouvernance, le financement et l'opérationnalisation, pourrait être de nature à remettre la personne âgée dépendante au cœur des dispositifs et donc en co-construction active de son parcours. Décentraliser les politiques de l'autonomie à l'échelon du département aurait alors pour avantage de réaliser le vœu exprimé par Pierre Laroque en 1962 « *Tout en évitant de faire naître, chez les personnes âgées, un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants* »¹⁸¹

Plus près de mon sujet concernant plus spécifiquement les EHPAD, une enquête ethnographique en immersion au sein d'une collectivité territoriale a été menée par Xing-Bongioanni, J. (2021) afin d'étudier les difficultés rencontrées sur le terrain de la décentralisation concernant la question de la tarification. Cette étude est intéressante à double titre pour répondre à la question de recherche posée : elle analyse en effet l'un des leviers proposés par la Cour des Comptes pour réformer les politiques publiques des EHPAD qu'est la tarification¹⁸², et elle permet également de centrer la réflexion sur les « metteurs en œuvre » et la manière de procéder d'une équipe de tarificateurs travaillant dans un conseil départemental. L'étude avait pour objet de montrer que la tendance à vouloir standardiser la

¹⁸⁰ Pouchadon, M. & Martin, P. (2018). *Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?* Retraite et société, 79, 83-103. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rs1.079.0083>

¹⁸¹ Rapport Libault, D. (2019), *Concertation grand âge et autonomie*

¹⁸² Cour des Comptes « Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les Ehpads ». Février 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58759>

mise en œuvre d'une politique par des indicateurs et outils n'était pas une tendance uniquement dévolue au pouvoir central¹⁸³. Comme j'ai pu l'expliquer précédemment (Partie I, 1.3.3.), la tarification des EHPAD, segmentée en trois sections, est réglementée par un calcul, une équation, dont deux des sections dépendent directement d'indicateurs liés au profil des résidents. Pour les tarificateurs des sections « Soins » (ARS) et « Dépendance » (ARS et Conseil Départemental), il y a peu de marge de manœuvre en la matière. Seule la section « Hébergement » n'est pas soumise à une équation prédéterminée et est définie par le Conseil Départemental lorsque les EHPAD sont concernés par une habilitation à l'aide sociale. L'on peut alors penser que les Conseils Départementaux et leurs agents en charge de la tarification disposent alors d'une certaine marge de manœuvre qui serait de nature à permettre d'adapter l'offre de service en EHPAD aux besoins de la population concernée. L'enquête menée démontre cependant que les tarificateurs du département étudié ont créé et mis en œuvre leurs propres outils et indicateurs, ayant « *pour effet de normaliser la production des services dans les EHPAD* ». Ainsi, l'effet sur les EHPAD objets de ce processus de tarification a été « *une standardisation de type « industriel » à la production des services dans les EHPAD. Ce processus relève d'une vision singulière de l'efficacité dans les services offerts : l'enjeu pour l'administration est de garantir une qualité de soin standard, et cela par une mesure de la quantité de ressources devant être consacrées à chaque aspect. Avec ces indicateurs, le travail de tarification vise non seulement à établir des prix de vente, mais aussi à normaliser la production des services suivant un modèle défini par l'administration territoriale.* »¹⁸⁴

L'on retient de cette conclusion que même sur un aspect sur lequel une marge de manœuvre est potentiellement donnée aux metteurs en œuvre, le risque de normaliser, standardiser et ainsi uniformiser l'offre de services, persiste dans la façon dont ils mettent en œuvre. Si l'étude de Xing-Bongioanni, J. (2021) ne concernait qu'un groupe défini de personnes, l'on en vient à rejoindre Polton D. (2004) sur l'importance d'assortir toute réforme d'objectifs clairs, en face desquels les outils doivent à aider à répondre à la finalité d'apporter une offre locale adaptée et en adéquation avec les besoins de la population locale. La réflexion sur la décentralisation doit alors inclure la question du pouvoir attribué aux autorités territoriales conjointement avec la compétence de financeurs, et de la manière dont il faut néanmoins

¹⁸³ Xing-Bongioanni, J. (2021). Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD. *Revue Française de Socio-Économie*, 27, 101-120. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfse.027.0101>

¹⁸⁴ Ibid

pouvoir réguler l'exercice de ce pouvoir afin de ne pas perdre de vue la finalité globale : la qualité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

2.2 Une approche statistique des départements

Partant de mon hypothèse que le département serait le bon échelon pour décentraliser complètement le financement des EHPAD, ainsi que les transformations qui en découlent, je vais maintenant m'attacher à analyser les données traduisant les besoins et l'offre dans les départements.

2.2.a Analyse des besoins par département

Dans un premier temps je cherche à classer les départements par groupes en fonction de leurs besoins, afin de définir mes échantillons d'analyse.

Pour ce faire de manière simplifiée, je m'appuie sur trois critères : la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013, la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus projetée pour 2050 et la prévalence du score GALI¹⁸⁵ (indicateur de perte d'autonomie) chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, selon une étude menée en 2014.

Les données que j'utilise pour cette première analyse proviennent de deux fichiers, l'un proposé par la Caisse des Dépôts¹⁸⁶ et l'autre étant le fichier de données utilisé dans une analyse de la DREES¹⁸⁷. Les données associées portent sur deux années consécutives : 2013 et 2014, je considérerai pour simplifier mon analyse une échelle de temps commune. A noter que je traite les données des départements français, hors Mayotte pour lequel je n'ai pas de données complètes.

Dans un premier temps j'ai cherché à classer les départements en fonction des critères. Pour ce faire j'ai tout d'abord analysé le niveau de disparité des données par critère. (Tableau 4)

¹⁸⁵ GALI > Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générales »

¹⁸⁶ Sources des données : base de données portant sur les revenus localisés sociaux et fiscaux et sur l'allocation personnalisée d'autonomie Caisse des Dépôts – sur [data.gouv.fr](https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/60-ans-et-plus-revenus-et-aides-financieres-par-departement/). 60 ans et plus : aides et revenus par départements. En ligne, accessible ici : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/60-ans-et-plus-revenus-et-aides-financieres-par-departement/>

¹⁸⁷ Source des données : Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, dans Brunel, M. et Carrère, A. (2019) *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*. Les dossiers de la DREES. Avril 2019 N°34.

Si l'on regarde l'évolution de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2013 et 2050, un rapide test d'égalité des espérances (Annexe 2) montre que les moyennes ne sont pas comparables et que l'évolution projetée de la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, sera de nature à creuser encore davantage les disparités entre les départements. Ce critère sera donc intéressant à retenir pour ne pas analyser uniquement les besoins actuels mais conserver la projection des besoins futurs dans l'analyse de l'adéquation besoins-offre.

Afin de pouvoir traiter et classer les départements selon ces trois critères, j'ai d'abord attribué un code binaire aux départements classés selon la médiane de proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013. J'ai ensuite attribué un code binaire selon la médiane de prévalence de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile. Il m'a semblé pertinent de combiner ces deux indicateurs afin de déterminer les départements où il y a à la fois une forte proportion de personnes âgées de 75 ans et plus et une forte prévalence de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Je considérerai ces départements comme ceux ayant les besoins les plus importants en termes d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie pouvant avoir un besoin de recours à l'hébergement en EHPAD.

Ces deux codes additionnés me donnent un premier score me permettant de classer les départements selon leurs besoins à un temps T1 (2013-2014).

	Moyenne	Médiane	Min	Max	Quartile 1	Quartile 3	Écart-type (en points de %)
Proportion personnes âgées 75 ans et plus en 2013	10,1%	10,25%	1,6%	15,7%	8,48%	11,80%	2,39
Prévalence perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus à domicile	20,50%	20,18%	14,10%	29,94%	18,62%	21,80%	3,02

Proportion personnes âgées 75 ans et plus en 2050	18,44%	18,60%	8,3%	29,3%	15,53%	21,5%	3,78
---	--------	--------	------	-------	--------	-------	------

Tableau 4 : description statistique des critères de classement : la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013, la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus projetée pour 2050 et la prévalence du score GALI¹⁸⁸ (indicateur de perte d'autonomie) chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, selon une étude menée en 2014. Sources : Caisse des Dépôts (2013) et DREES (2014). Données en pourcentages.

J'ai ensuite attribué un indice binaire selon la médiane de proportion de personnes âgées de 75 ans et plus à un temps T2 (projection 2050) afin de déterminer les départements dans lesquels les besoins sont susceptibles d'augmenter de par l'évolution de la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, ou de rester relativement stables.

Pour analyser les besoins des départements et leur évolution projetée, j'ai tenté de combiner les indices pour créer un score de classement à 5 niveaux : 0 = besoins faibles actuellement et stables en projection, 1 = besoins moyens actuellement et stables en projection, 2 = besoins moyens actuellement et en augmentation dans le futur, 3 = besoins forts actuellement mais stables en projection, 4 = besoins forts actuellement et en augmentation dans le futur.

Aucun département ne se trouvant en niveau 3, cela me permet de classer les départements en 4 catégories démontrant les disparités entre départements en termes de besoins (Tableau 5 et Annexe 3).

Les projections d'évolutions démographiques permettent de dire également qu'un département dont les besoins sont actuellement élevés, a peu de chances de devenir dans le futur un département dont les besoins restent stables. L'analyse des données de projection de la population des personnes âgées de 75 ans et plus en 2050, montre que la proportion sera en croissance dans tous les départements, avec un taux plus ou moins fort. Les taux de croissance de la proportion de seniors vont en effet de 51% (Rhône) à 419% en Guyane, montrant de grandes disparités entre les départements concernant l'évolution de la population des seniors. Parmi l'ensemble des départements, 25% doivent se préparer à une augmentation de + 95% de la proportion de leurs seniors de 75 ans et plus, soit une population qui va *a minima* doubler d'ici 2050.

¹⁸⁸ GALI > Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générales »

Niveau 0 : besoins faibles actuellement et stables en projection	19 départements
Niveau 1 : besoins moyens actuellement et stables en projection	33 départements
Niveau 2 : besoins moyens actuellement et en augmentation dans le futur	31 départements
Niveau 3 : besoins forts actuellement mais stables en projection	0 département
Niveau 4 : besoins forts actuellement et en augmentation dans le futur	17 départements

Tableau 5 : Nombre de départements selon leurs besoins et leur évolution projetée

Pour mes analyses à suivre, je réparties l'ensemble des départements en deux échantillons, afin d'avoir des bases numériques solides : 52 départements font partie des départements ayant des besoins actuels faibles à moyens avec une projection d'évolution stable ; 48 départements font partie des départements ayant des besoins actuels moyens à forts avec une projection d'augmentation dans le futur.

La comparaison des deux échantillons me permet de confirmer que les deux groupes de départements ainsi répartis sont différents sur l'un des trois critères sélectionnés pour évaluer le niveau de besoins, à savoir la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 (Tableau 6 et Annexe 4). En revanche, les échantillons ne sont pas significativement différents concernant la perte d'autonomie évaluée chez les personnes âgées de 75 ans et plus à domicile et la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus projetée en 2050.

		<i>Échantillon départements faibles besoins</i>	<i>Échantillon départements forts besoins</i>
Critère proportion personnes âgées 75 ans + en 2013	moyenne	11,03	8,91
	variance	4,34	4,92
	t stat et valeur critique t	Statistique t = 4,92 > valeur critique = 1,66	
	moyenne	18,75	18,10
	variance	12,38	16,50

Critère proportion personnes âgées 75 ans + en 2050	Statistique t et valeur critique	Statistique t = 0,85 < valeur critique t = 1,66	
Critère prévalence perte d'autonomie (% GALI)	moyenne	20,55	20,44
	variance	6,95	11,67
	Statistique t et valeur critique	Statistique t = 0,18 < valeur critique t = 1,66	

Tableau 6 : comparaison statistique des deux échantillons sur la base des trois critères d'analyse des besoins

J'en conclus que si les deux groupes de départements sont différents en termes de besoins liés à la proportion de seniors en 2013, ils sont davantage homogènes sur les deux autres critères. Il ressort de cette première analyse que mon choix de combiner trois critères pour évaluer les disparités de besoins entre départements n'est pas pertinent. Afin de poursuivre l'analyse des départements, je retiens comme hypothèse de travail que le critère de la perte d'autonomie est le plus pertinent pour évaluer les différences de niveaux de besoins entre les départements, en cohérence avec le travail de Brunel, M. et Carrère, A. (2019) qui ont mesuré la dispersion entre les départements en termes de perte d'autonomie¹⁸⁹.

Ainsi je redéfinis deux groupes selon la médiane du seul critère « perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus », me permettant d'obtenir un nouveau classement (Annexe 5), répartissant les départements en deux échantillons de 50 départements chacun.

La comparaison statistique de ces deux groupes de départements me permet de conclure que les deux groupes sont significativement différents sur le critère de la perte d'autonomie (Tableau 7).

	<i>Groupe A Faibles besoins</i>	<i>Groupe B Forts besoins</i>
Moyenne	18,19	22,80
Variance	2,17	5,43
Observations	50	50
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	83	

¹⁸⁹ Brunel, M. et Carrère, A. (2019) *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*. Les dossiers de la DREES. Avril 2019 N°34.

Statistique t	-11,83	
P(T<=t) unilatéral	0,00	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,66	
P(T<=t) bilatéral	0,00	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,99	

Tableau 7 : Comparaison statistique des deux groupes pour le critère de la prévalence de la perte d'autonomie.

En outre, cette nouvelle répartition permet également de conclure que les deux groupes alors définis sont également significativement différents sur les deux autres critères : proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 et proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2050 (Tableau 8).

		<i>Groupe A</i> <i>départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B</i> <i>départements forts besoins</i>
Critère proportion personnes âgées 75 ans + en 2013	Moyenne	9,52	10,51
	Variance	4,45	6,57
	t stat et valeur critique t	Statistique t = 2,11 > valeur critique = 1,66	
Critère proportion personnes âgées 75 ans + en 2050	Moyenne	17,55	19,33
	Variance	12,72	14,59
	Statistique t et valeur critique	Statistique t = 2,41 > valeur critique t = 1,66	

Tableau 8 : Comparaison des deux groupes sur les variables de proportion des personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 et de proportion des personnes âgées de 75 ans et plus projetée en 2050

Enfin je mène une dernière analyse pour évaluer la manière dont vont évoluer les besoins sur la base de l'évolution de la proportion de personnes âgées entre 2013 et 2050. Pour chaque département, j'ai calculé le taux de croissance afin d'évaluer la dispersion des départements sur la croissance de la population des séniors (Tableau 9). Il en ressort que sur cet aspect, les deux groupes sont homogènes, ils devraient évoluer dans le même sens entre 2013 et 2050, bien que l'on retrouve une plus forte variance dans le groupe B aux forts besoins, dans lequel certains départements devraient connaître une croissance très importante de la proportion de séniors. Cela revient à dire que pour les départements ayant déjà des besoins importants actuellement, cela va s'amplifier d'ici 2050. L'on peut donc imaginer que dans ces départements il y a à la fois nécessité d'apporter des réponses aux

besoins actuels et à planifier les réponses futures. Dans l'autre groupe, si les besoins sont moins importants actuellement, la planification de la réponse aux besoins futurs reste un enjeu de taille au vu de la croissance projetée de la population des séniors. L'analyse de la réponse actuelle au travers de l'offre existante est l'objet du paragraphe suivant.

	Moyenne	Médiane	Min	Max	Quartile 1	Quartile 3	Écart-type (en points de %)
Taux de croissance échantillon global	90%	81%	51%	419%	71%	94%	0,46

		<i>Groupe A départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B départements forts besoins</i>
Variable taux de croissance proportion de personnes âgées de 75 ans et plus entre 2013 et 2050	Moyenne	86%	95%
	Variance (en points de pourcentage)	3	40
	t stat et valeur critique t	Statistique t = 0,92 < valeur critique = 1,66	

Tableau 9 : Analyse statistique et analyse de dispersion entre les deux groupes de l'échantillon sur le taux de croissance de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2013 et 2050

2.2.b Analyse de l'offre par département

Sur la base des deux groupes de départements, je cherche maintenant à évaluer si l'offre d'hébergement en EHPAD est adaptée à l'évaluation des besoins. Je vais comparer les deux groupes sur le critère du ratio de places par rapport à la population du département. Pour ce faire, je m'appuie sur les données du « taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus », issues du PANORAMA STATISTIQUE de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2021¹⁹⁰.

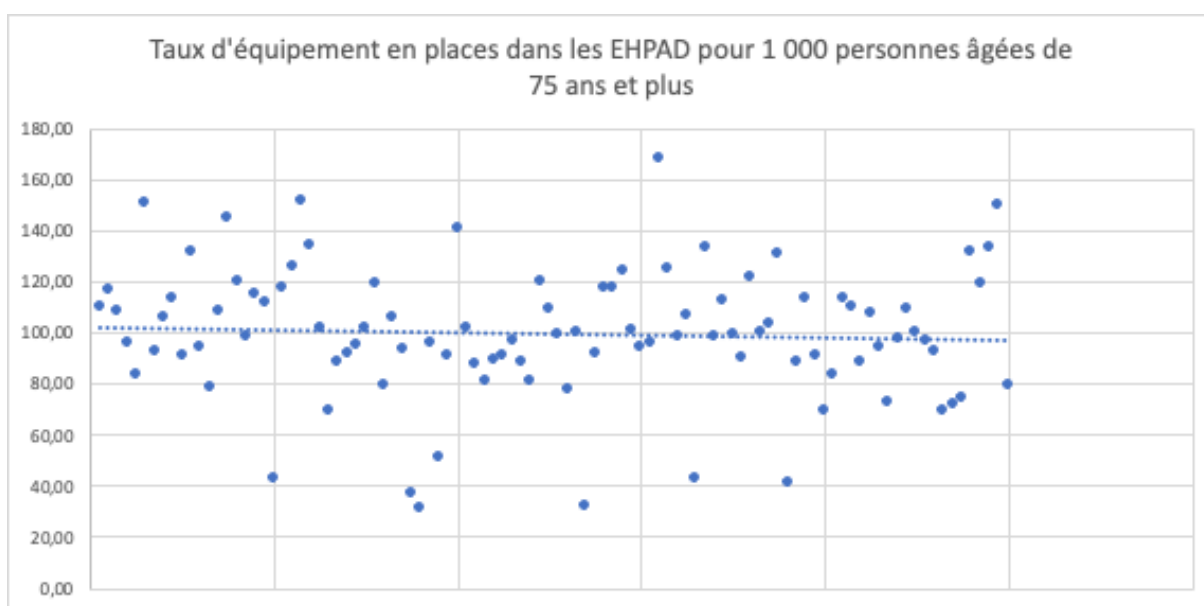
Sur la base de cette donnée l'on peut observer que la moyenne est d'environ 100 places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, avec 25% des départements dont le

¹⁹⁰ Sources : DREES, Finess, ISD ; Insee, estimation de population 2021. Dans *PANORAMA STATISTIQUE de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2021*. En ligne, accessible ici : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/panorama-statistique-grand-age-et-autonomie/information/>

nombre de places pour 1000 séniors est inférieur à 89 (Tableau 10). L'analyse de la dispersion par rapport à la moyenne montre une certaine homogénéité du nuage de points autour de la moyenne nationale (Graphique 1), avec certains départements qui se détachent pour autant davantage, comme c'est le cas notamment des départements de la Guyane, Guadeloupe, la Martinique, La Réunion, Paris, la Corse du Sud, où le ratio en nombre de place est inférieur à 50 pour 1000 séniors, ou à l'inverse pour la Creuse, la Lozère et l'Ardèche où le taux d'équipement dépasse les 150 places pour 1000 séniors.

	Moyenne	Médiane	Min	Max	Quartile 1	Quartile 3	Écart-type
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	99,57	98,89	30,84	168,21	88,77	113,66	25,57

Tableau 10 : Analyse statistique du taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans.



Graphique 1 : Nuage de points des départements selon leur taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, par rapport à la moyenne nationale.

La comparaison des deux groupes de l'échantillon ne montre cependant pas de différence significative en termes de taux d'équipement en places dans les EHPAD, (Tableau 11). La question sera d'évaluer ensuite si le taux d'équipement est directement corrélé au besoin évalué en termes de proportion de personnes âgées dans le département ou de niveau de perte

d'autonomie, ou bien si d'autres critères entrent en jeu. Je chercherai plus tard à évaluer si ce taux peut être expliqué par certains paramètres, et si oui, de quelles natures sont ces paramètres explicatifs.

	<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>
Moyenne	102,14	97,01
Variance	571,05	736,39
Observations	50	50
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	96	
Statistique t	1,003	
P(T<=t) unilatéral	0,159	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,661	
P(T<=t) bilatéral	0,318	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,985	

Tableau 11 : Comparaison statistique des deux groupes pour le critère du taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Concernant l'offre en EHPAD dans les départements, une autre variable intéressante à évaluer concerne le prix de l'hébergement en EHPAD afin de voir si cela varie beaucoup entre les départements. Pour cette analyse je m'appuie sur les données de la CNSA de 2019¹⁹¹, qui analysaient la disparité des prix en EHPAD en fonction des départements et des statuts des EHPAD. Je ne vais pas reproduire l'analyse statistique des données déjà établie dans le rapport de la CNSA¹⁹², dont l'analyse conclut que la variabilité du prix d'une place en EHPAD en 2019 est forte : « Pour 10 % des EHPAD, ce prix est inférieur à 1 724 euros par mois, et pour 10 % des EHPAD, il est estimé à plus de 2 909 euros par mois. », avec une médiane à 2004 euros et que l'augmentation observée sur une analyse de 2016 à 2019 serait corrélée aux évolutions des prix de l'immobilier¹⁹³.

¹⁹¹ CNSA. *Analyse des tarifs des EHPAD du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019 par département et statut juridique*. Source : Prix-ESMS CNSA au 31 décembre 2019. En ligne, accessible ici : https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjz0NDuwqD6AhVKKxoKHUYsDKQQFnoECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fsites%2Fde-fault%2Ffiles%2Fanalyse_des_prix_et_tarifs_des_ehpad_2019_par_departement_et_statut.xlsx&usq=AOvVaw1Ht5TFanzinR5X2S_oUXrg

¹⁹² CNSA (2021). *Les prix en EHPAD en 2019. Diversité des territoires et des politiques tarifaires*

¹⁹³ Ce prix est calculé « quels que soient les revenus du résident, à partir du tarif hébergement et d'une part du tarif dépendance appelée « talon dépendance ». Celui-ci correspond au tarif dépendance des personnes les moins dépendantes (GIR 5-6) »

Dans le cadre de mon analyse je compare les deux groupes de départements sur trois critères de prix, à partir de leur médiane par département, tous statuts d’EHPAD confondus : le prix mensuel d’une place en EHPAD, le tarif dépendance GIR 1-2 (personnes âgées très dépendantes) et tarif dépendance GIR 3-4 (personnes âgées modérément dépendantes) (Annexe 6). Cette analyse montre que les deux groupes ne sont pas significativement différents en termes de tarification (Tableau 12). Autrement dit, quelle que soit la disparité en termes de besoins et d’offre, le prix de l’hébergement mensuel ainsi que les tarifs dépendance sont globalement homogènes entre les deux groupes de départements. On pourra alors se poser la question de la corrélation entre le prix et le niveau de besoin.

Tableau 12 : Comparaison des deux groupes sur les variables de prix mensuel hébergement en EHPAD, tarif dépendance GIR 1-2, tarif dépendance GIR 3-4.

		Groupe A départements faibles besoins	Groupe B départements forts besoins
Prix mensuel d’une place d’hébergement en EHPAD (en euros)	Moyenne	2129,56	2044,76
	Variance	142573,39	87961,21
	t stat et valeur critique t	Statistique t = 1,25 < valeur critique = 1,66	
tarif dépendance journalier GIR 1-2 en euros)	Moyenne	20,72	21,37
	Variance	2,45	10,38
	Statistique t et valeur critique	Statistique t = 1,28 < valeur critique = 1,66	
tarif dépendance journalier GIR 3-4 en euros)	Moyenne	13,15	13,56
	Variance	0,98	4,19
	Statistique t et valeur critique	Statistique t = 1,27 < valeur critique = 1,66	

2.2.c Analyse du financement de l’autonomie par département

Dans cette analyse je cherche à avoir une idée de l’adéquation entre le niveau de besoin des départements et ce qu’ils dépensent au titre de l’autonomie, en utilisant le montant des dépenses APA et ce qu’ils reçoivent comme financement au titre de l’autonomie en utilisant le montant des recettes provenant des financements de la CNSA, qui, pour rappel, depuis 2021 représentent la source majeure de dotation des départements pour financer la

dépendance liée au Grand Âge. Je m'appuie donc sur ces deux valeurs afin d'évaluer cette adéquation, en utilisant les données de 2021 issues des Comptes consolidés des départements 2012-2021¹⁹⁴.

A noter, une limite importante de cette analyse qui est le choix de ces deux valeurs : elles vont en effet être indicatives d'une tendance à une forme d'adéquation entre les besoins et les financements mais elles ne sont en aucun cas représentatives de la totalité des recettes et dépenses des départements pour les personnes âgées dépendantes et permettant de financer les EHPAD. Une autre limite est que je ne dispose pas dans le fichier source des données pour l'ensemble des départements. J'exclus donc de cette analyse les départements suivants : Paris, la Haute Corse, la Corse du Sud, la Martinique, la Guyane et Mayotte. Le nombre de départements n'est cependant pas trop déséquilibré par groupe malgré le retrait de ces données : 46 dans le groupe A départements à faibles besoins et 48 dans le groupe B départements à forts besoins.

En utilisant cette première analyse, je peux déduire que les deux groupes de départements sont significativement différents pour ce qui est des dotations en provenance de la CNSA ainsi que pour ce qui est de leurs dépenses en allocations APA (Tableau 13).

Dépenses allocation APA 2021 (en millions d'euros)		
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>
Moyenne	73,08	54,40
Variance	2499,91	1142,49
Observations	46	48
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	79	
Statistique t	2,11	
P(T<=t) unilatéral	0,02	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,66	
P(T<=t) bilatéral	0,04	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,99	

¹⁹⁴ Observatoire des finances et de la gestion publique locales. *Comptes consolidés des départements 2012-2021*. En ligne, accessible ici : <https://data.ofgl.fr/>

Dotations CNSA 2021 (en millions d'euros)		
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>
Moyenne	39,03	30,97
Variance	619,10	387,36
Observations	46	48
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	86	
Statistique t	1,74	
P(T<=t) unilatéral	0,04	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,66	
P(T<=t) bilatéral	0,09	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,99	

Tableau 13 : comparaison des échantillons A et B sur les montants de dépenses en allocation APA et sur les montants des dotations CNSA en 2021.

Ce qui peut sembler *a priori* paradoxal est que les dépenses et les dotations CNSA sont en moyenne plus importantes dans le groupe de départements à faibles besoins. La question se pose alors de l'inadéquation entre les besoins et les financements.

Afin d'approfondir la question d'un potentiel déséquilibre des financements qui pourrait être lié à d'autres paramètres, je constitue deux nouveaux échantillons sur la base du critère urbain/rural. Ce critère m'apparaît comme un indicateur potentiellement pertinent car il fait partie des critères de répartition des dotations par départements retenus par la Direction Générale des Collectivités Locales¹⁹⁵.

Cette sous-analyse présente une limite sur la répartition des deux échantillons, le nombre de départements ruraux étant bien supérieur à celui des départements urbains en France. Néanmoins cette sous-analyse me permet d'obtenir une tendance montrant que les départements urbains sont largement plus dépensiers et largement plus dotés en termes de financement de la perte d'autonomie que les départements ruraux (Annexe 7). Cette tendance, bien que la force statistique puisse être remise en question, m'amène à envisager

¹⁹⁵ DGCL. Critères de répartition des dotations. En ligne, accessible ici : http://www.dotations-dgcl.interieur.gouv.fr/consultation/criteres_repartition.php

qu'un déséquilibre entre les départements concernant la prise en charge des besoins concernant la perte d'autonomie des personnes âgées pourrait être lié à la densité de population.

2.2.d Synthèse des premières analyses de disparités entre les départements

En synthèse de cette première partie dédiée à l'analyse statistique des départements, je retiendrai que :

- Si les départements peuvent être classés en deux grands groupes selon leur niveau de besoin lié à leur proportion de personnes âgées de 75 ans et plus (données 2013), cet indicateur n'a pas un caractère discriminant sur la perte d'autonomie. L'inverse est cependant vrai, en classant les départements selon la prévalence de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus, l'on obtient deux groupes significativement différents en termes de besoins : là où la perte d'autonomie est moins prévalente les besoins sont plus faibles, là où elle est plus prévalente, les besoins sont plus forts. Cela fait particulièrement sens de retenir ce critère dans la mesure où les politiques publiques tendant à s'orienter vers un maintien à domicile tant que cela est possible et à vouloir réserver l'hébergement en EHPAD lorsque le maintien à domicile devient trop difficile.
- Les départements doivent tous, sans distinction significative, se préparer à une augmentation des besoins du fait d'une augmentation de la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2050. Si cette proportion augmentera plus dans certains départements que dans d'autres, l'enjeu sera présent partout en France. Et là où les besoins sont déjà forts, ils le resteront.
- Concernant l'offre disponible, je retiens que la moyenne nationale en termes de ratio de places en EHPAD est d'environ 100 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. L'offre n'est pas significativement différente entre les deux groupes d'analyse, autrement dit elle ne semble pas être directement en réponse au niveau de besoin évalué sur le critère de la perte d'autonomie. Cela étant dit, certains départements apparaissent sous-dotés en nombre de places en EHPAD. Si cela peut peut-être s'expliquer par une proportion de personnes âgées moins importante, ces départements sont plus particulièrement à risque de ne pas pouvoir répondre à l'augmentation des besoins prévisible dans le futur. D'autres départements sont au

contraire particulièrement bien dotés en nombre de place en EHPAD. Je chercherai quels sont les critères expliquant ces différences dans la partie suivante.

- Concernant la tarification et les prix de l'hébergement en EHPAD, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, que ce soit concernant le prix mensuel d'un hébergement en EHPAD ou le tarif dépendance pratiqué par les départements. Cela peut s'expliquer notamment par l'application de la réforme de la tarification de 2017 dont l'équation limite d'une certaine manière la marge de manœuvre des départements en termes de montant du tarif dépendance. Cette réforme avait en effet pour but de lisser les disparités en termes d'accès à l'offre d'hébergement en homogénéisant les tarifs.
- En lien avec cette question de la tarification, l'on peut se poser la question de l'adéquation entre le financement et l'offre. Dans ce cadre, mes analyses sur deux indicateurs associés au financement de l'autonomie dans les départements permettent pourtant de montrer que le financement entrant (dotation de la CNSA) et le financement sortant (ce qui est dépensé par les départements au titre de la perte d'autonomie) sont très différents d'un groupe à l'autre, et ne vont pas dans le sens que l'on pourrait imaginer. En effet les dotations et les dépenses sont en moyenne bien plus importantes dans les départements dont les besoins apparaissent comme les plus faibles concernant la prévalence de la perte d'autonomie. Une sous-analyse m'a permis d'observer une tendance selon laquelle cette différence pourrait être liée au caractère rural ou urbain des départements : les plus urbains reçoivent davantage de financements et dépensent davantage au titre de la perte d'autonomie.

D'une manière générale, mes analyses confirment ce qui était déjà mis en exergue dans les rapports et analyses des chercheurs sur le sujet : il existe des disparités importantes entre les départements, tant sur le plan des besoins, celui de l'évolution des besoins, que celui de l'offre en termes de places en EHPAD ou encore concernant le financement. Si cette hétérogénéité est un critère permettant de justifier l'intérêt d'une décentralisation à l'échelon du département, il convient d'étudier également la manière dont telle variable explique l'autre afin de comprendre quels seraient les impacts potentiels de la décentralisation du financement au niveau du département sur l'adéquation entre l'offre et le besoin.

2.3 Analyse économétrique de l'offre dans les départements : une tentative de modèles explicatifs

Je m'attache dans cette dernière partie analytique à tenter d'identifier les indicateurs pouvant expliquer la différence en termes d'offre entre les départements et ce pourquoi celle-ci ne semble pas être directement corrélée au niveau de besoin.

Cette tentative de modèles explicatifs poursuit trois objectifs en lien avec ma question de recherche concernant la décentralisation :

- Évaluer l'adéquation entre l'offre et le besoin, autrement dit vérifier si le niveau de perte d'autonomie est corrélé au ratio de places en EHPAD
- Évaluer l'adéquation entre l'offre et le financement, autrement dit regarder si là où les dotations CNSA et/ ou les dotations globales de fonctionnement sont plus importantes, le ratio de places en EHPAD est également plus important et si les prix sont variables en fonction des financements.
- Tester le principe d'économie d'échelle qui peut être soit un avantage soit un inconvénient de la décentralisation selon l'échelon : autrement dit cela revient à vérifier sur le prix est expliqué par des variables démographiques liées à la taille et la population des départements.

Pour ces modèles j'utilise une combinaison des données utilisées précédemment, celles de la DREES sur la perte d'autonomie¹⁹⁶, celles de la CNSA concernant le taux de places en EHPAD et les prix d'hébergement¹⁹⁷ et enfin celles de la DGCL concernant les données démographiques et financières utilisées dans les critères de répartition des finances des départements¹⁹⁸. A noter que j'ai dû procéder à des ajustements afin de pouvoir associer les données : rassembler les deux départements de la Corse et ceux de la communauté européenne d'Alsace en faisant des moyennes ou cumuls afin de disposer de données homogènes à traiter. J'aurai également des données manquantes pour certains départements

¹⁹⁶ Source des données : Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, dans Brunel, M. et Carrère, A. (2019) *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*. Les dossiers de la DREES. Avril 2019 N°34.

¹⁹⁷ CNSA. *Analyse des tarifs des EHPAD du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019 par département et statut juridique*. Source : Prix-ESMS CNSA au 31 décembre 2019. En ligne, accessible ici : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjz0NDuwqD6AhVKKxoKHUYsDKQQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fsites%2Fde-fault%2Ffiles%2Fanalyse_des_prix_et_tarifs_des_ehpad_2019_par_departement_et_statut.xlsx&usg=AOvVawlHt5TFanzinR5X2S_oUXrg

¹⁹⁸ DGCL. Critères de répartition des dotations. En ligne, accessible ici : http://www.dotations-dgcl.interieur.gouv.fr/consultation/criteres_repartition.php

concernant les dotations de la CNSA. Le modèle ne peut donc pas être exhaustif sur l'ensemble des départements.

Les variables X explicatives que j'ai sélectionnées sont les suivantes :

- X1 : Prévalence GALI = prévalence de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile
- X2 : Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013
- X3 : Dotations financières de la CNSA aux départements en 2021
- X4 : Dotations financières globales aux départements en 2021 (dotation de compensation totale + dotation forfaitaire notifiée + dotation de péréquation)
- X5 : Potentiel financier des départements en 2021 (indicateur utilisé pour comparer la richesse financière potentielle des départements les uns par rapport aux autres)
- X6 : Département urbain / non urbain (un département est considéré comme étant « urbain » si son taux d'urbanisation est $> 65\%$ et si sa densité de population est > 100 habitants / km². Dans le cas contraire, le département est considéré comme étant « non urbain ».)
- X7 : Population INSEE des départements (population sans double compte recensée chaque année par les services de l'INSEE sur le territoire d'un département)
- X8 : Revenu / habitant du département (revenu / population INSEE du département)
- X9 : Densité de population en km² du département (population INSEE divisée par la superficie en km²)
- X10 : Superficie du département en m²

2.3.a Modèle explicatif du ratio en nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

La première variable Y1 à expliquer est le « Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ».

Pour rappel, les valeurs observées pour la variable Y1 (Tableau 10, p87) sont les suivantes :

- Moyenne : environ 100 places en EHPAD / 1000 habitants âgés de 75 ans et plus
- Minimum : environ 31 places
- Maximum : environ 168 places

Mon premier test est une régression linéaire simple afin d'évaluer le pouvoir explicatif du seul critère de la prévalence GALI (X1), soit de la prévalence de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (Tableau 14)

Ce premier test montre que la prévalence GALI tendrait à diminuer le taux de places en EHPAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus, de 2 places. La probabilité d'erreur est faible (0,6%) mais il est difficile de conclure sur la réelle influence de la variable perte d'autonomie sur le ratio en nombre de places en EHPAD. A noter également que dans cette analyse les valeurs (seuils et moyenne) calculées de la variable Y1 diffèrent des valeurs observées. Je réalise un nouveau test en ajoutant la variable X2 (Tableau 15) afin de vérifier si l'évaluation des besoins basée sur la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus fait varier différemment la variable Y1. Dans ce second test, les valeurs calculées se rapprochent davantage des valeurs observées. Il semblerait que l'explication par les deux variables X1 et X2 soit plus proche de la réalité. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ferait alors augmenter de 5 le nombre de places en EHPAD pour 1000 séniors, avec un risque d'erreur nul. On retrouve ici une certaine logique d'adéquation entre l'offre et le besoin, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus étant corrélée avec le nombre de places en EHPAD dédiée à cette même population.

Statistiques de la régression								
Coefficient de détermination multiple	0,27150875							
R ²	0,073717							
R ²	0,06406822							
Erreur-type	24,4350592							
Observations	98							
ANALYSE DE VARIANCE								
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F			
Régression	1	4561,65034	4561,65034	7,64003242	0,0068446			
Résidus	96	57318,9233	597,072118					
Total	97	61880,5736						
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%
Constante	146,521038	16,9558554	8,64132388	0%	112,863931	180,178145	112,863931	180,178145
Prévalence GALI	-2,2606057	0,81785672	-2,7640609	1%	-3,8840385	-0,637173	-3,8840385	-0,637173

Tableau 14 : test de régression linéaire simple évaluant le pouvoir explicatif de X1 sur Y1

Statistiques de la régression								
Coefficient de détermination multiple	0,6179847							
Coefficient de détermination R^2	0,38190509							
Coefficient de détermination R^2	0,36889257							
Erreur-type	20,0651747							
Observations	98							
ANALYSE DE VARIANCE								
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F			
Régression	2	23632,5063	11816,2531	29,3490397	1,18883E-10			
Résidus	95	38248,0674	402,611236					
Total	97	61880,5736						
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%
Constante	92,3245685	15,9960627	5,77170584	0%	60,56836894	124,080768	60,5683689	124,080768
proportion 2013_75_ans_et_plus	5,83573178	0,84791667	6,88243545	0%	4,152404354	7,51905921	4,15240435	7,51905921
Prévalence GALI	-2,470721	0,67228749	-3,6750959	0%	-3,805380397	-1,1360616	-3,8053804	-1,1360616

Tableau 15 : test de régression linéaire multiple évaluant la pouvoir explicatif de X1 et X2 sur Y1

Dans une seconde série de tests je cherche à évaluer le pouvoir explicatif des variables liées au financement des départements, avec les variables X3, X4, X5. Je teste tout d'abord l'influence directe des dotations CNSA aux départements, dédiées à l'accompagnement de la perte d'autonomie (Tableau 16). Cette première variable semble associée directement au ratio de places en EHPAD, avec un risque d'erreur nul mais une influence très faible, proche de 0.

Cela revient à dire que les montants des dotations CNSA, bien que différents entre les départements (Annexe 8) ne sont pas de nature à engendrer des différences majeures en termes de ratio de places en EHPAD. Je teste également le pouvoir explicatif des variables de financement global des départements afin de savoir si les départements les plus riches et les plus dotés en termes de dotations globales (incluant les dotations de péréquation) sont susceptibles d'avoir une offre plus importante (Tableau 17). Dans cette régression le risque d'erreur est supérieur à la marge, l'influence des variables X4 et X5 sur Y1 n'est donc pas significative. La richesse globale des départements n'influencerait donc pas le ratio de places en EHPAD.

<i>Statistiques de la régression</i>								
Coefficient de détermination multiple	0,31743838							
Coefficient de détermination R^2	0,10076712							
Coefficient de détermination R^2	0,09099285							
Erreur-type	21,1393907							
Observations	94							
ANALYSE DE VARIANCE								
	<i>Degré de liberté</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Valeur critique de F</i>			
Régression	1	4607,01308	4607,01308	10,3094267	0,0018236			
Résidus	92	41112,3933	446,87384					
Total	93	45719,4064						
	<i>Coefficients</i>	<i>Erreur-type</i>	<i>Statistique t</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>
Constante	113,65697	4,02468034	28,2399993	0%	105,663608	121,650333	105,663608	121,650333
Dotations CNSA	-0,311127	0,09689924	-3,2108296	0%	-0,5035772	-0,1186767	-0,5035772	-0,1186767

Tableau 16 : test de régression linéaire simple évaluant le pouvoir explicatif de X3 sur Y1

<i>Statistiques de la régression</i>									
Coefficient de détermination multiple	0,17691659								
Coefficient de détermination R^2	0,03129948								
Coefficient de détermination R^2	0,01090578								
Erreur-type	25,1194502								
Observations	98								
ANALYSE DE VARIANCE									
	<i>Degré de liberté</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Valeur critique de F</i>				
Régression	2	1936,82967	968,414835	1,53476248	0,22080192				
Résidus	95	59943,744	630,986779						
Total	97	61880,5736							
	<i>Coefficients</i>	<i>Erreur-type</i>	<i>Statistique t</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>	
Constante	100,596262	4,33292695	23,2166994	0%	91,9943147	109,19821	91,9943147	109,19821	
Potentiel financier	-1,31E-08	7,788E-09	-1,6818626	10%	-2,856E-08	2,3628E-09	-2,856E-08	2,3628E-09	
DGF NOTIFIEE N TOTALE	6,3315E-08	4,7192E-08	1,34165034	18%	-3,037E-08	1,57E-07	-3,037E-08	1,57E-07	

Tableau 17 : test de régression linéaire multiple évaluant le pouvoir explicatif de X4 et X5 sur Y1

Dans une dernière analyse de régression multiple je cherche à tester le pouvoir explicatif des variables liées aux caractéristiques démographiques des départements, à savoir les variables X6 à X10 (Annexe 9). Si dans cette analyse les valeurs moyennes et seuils de Y1 calculées sont très proches des valeurs Y1 observées, les probabilités d'erreurs sont trop importantes pour conclure sur une significativité du pouvoir explicatif des caractéristiques démographiques générales sur le taux de places en EHPAD.

En synthèse de ces premières analyses, je retiens que seules les variables caractérisant le besoin (prévalence de la perte d'autonomie et proportion de personnes âgées de 75 ans et plus) et le montant des dotations CNSA ont un pouvoir explicatif significatif du taux de places en EHPAD. Ainsi le modèle de régression linéaire multiple à trois variables explicatives pourrait être le suivant (Tableau 18), avec la limite que le risque d'erreur ne permet pas de conclure sur la significativité de l'influence des dotations CNSA sur le taux de places en EHPAD pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus.

Statistiques de la régression								
Coefficient de détermination multiple	0,52941258							
Coefficient de détermination R ²	0,28027768							
Coefficient de détermination R ²	0,25628694							
Erreur-type	19,1210406							
Observations	94							
ANALYSE DE VARIANCE								
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F			
Régression	3	12814,1291	4271,37638	11,6827423	1,5507E-06			
Résidus	90	32905,2773	365,614192					
Total	93	45719,4064						
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%
Constante	96,8785913	16,6229366	5,82800701	0%	63,8542263	129,902956	63,8542263	129,902956
proportion 2013_75_ans_et_plus	4,46305784	0,97271282	4,58825846	0%	2,53059404	6,39552164	2,53059404	6,39552164
Prévalence GALI	-1,7059957	0,74672092	-2,2846497	2%	-3,1894871	-0,2225043	-3,1894871	-0,2225043
dotations CNSA en millions d'euros	-0,1416109	0,09469218	-1,495487	14%	-0,3297335	0,04651162	-0,3297335	0,04651162

Tableau 18 : test de régression linéaire simple évaluant le pouvoir explicatif de X1, X2, X3 sur Y1

2.3.b Modèle explicatif du prix de l'hébergement en EHPAD

Pour répondre à mes objectifs, la seconde variable Y2 à expliquer est le « Prix par mois (en €) en hébergement permanent »¹⁹⁹.

Pour spécifier les valeurs moyennes et seuils observées pour la variable Y2 au regard des adaptations auxquelles j'ai procédé dans le traitement des données (retrait des départements pour lesquels l'ensemble des données n'étaient pas disponibles), je recalcule les caractéristiques statistiques suivantes :

Moyenne Prix par mois (en €) en hébergement permanent - chambre seule + tarif dépendance GIR 5-6 - 2019 Médiane	2 085 €
Médiane Prix par mois (en €) en hébergement permanent - chambre seule + tarif dépendance GIR 5-6 - 2019 Médiane	1 987 €
Min Prix par mois (en €) en hébergement permanent - chambre seule + tarif dépendance GIR 5-6 - 2019 Médiane	1 628 €
Max Prix par mois (en €) en hébergement permanent - chambre seule + tarif dépendance GIR 5-6 - 2019 Médiane	3 264 €

¹⁹⁹ Correspondant d'après la source de données de la CNSA à la médiane pour le département du Prix par mois (en €) en hébergement permanent pour une chambre seule auquel est ajouté le tarif dépendance GIR 5-6, tel que constaté en 2019.

Je cherche ici à expliquer la variable Y2 par les variables démographiques des départements, à savoir les variables X6 à X10 afin de tester si des économies d'échelle peuvent être réalisées dans les départements où la population est la plus importante et dans les départements les plus urbanisés. La régression linéaire multiple montre une influence faible et non significative des variables concernant la densité de population, la population, les revenus / habitant ou encore la superficie (Tableau 19). Seul le caractère rural du département serait de nature à engendrer une diminution du prix, ce que je teste afin de le vérifier dans une régression linéaire simple (Tableau 20). Bien que les valeurs moyennes et seuils calculés du prix diffèrent des valeurs observées, l'influence du caractère rural du département serait significative, réduisant d'environ 157 euros le prix mensuel en hébergement en EHPAD.

Statistiques de la régression									
Coefficient de détermination multiple	0,26693471								
Coefficient de détermination R^2	0,07125414								
Coefficient de détermination R^2	0,01001815								
Erreur-type	339,542978								
Observations	98								
ANALYSE DE VARIANCE									
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F				
Régression	6	804904,02	134150,67	1,163599	0,33278982				
Résidus	91	10491338,5	115289,434						
Total	97	11296242,5							
						Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité					
Constante	2798,31211	444,987955	6,28851205	0%	1914,39821	3682,22602	1914,39821	3682,22602	
Département urbain	-206,62329	201,849293	-1,0236513	31%	-607,57211	194,325538	-607,57211	194,325538	
Département rural	-429,18078	230,761686	-1,8598442	7%	-887,56052	29,1989618	-887,56052	29,1989618	
Population INSEE	-8,681E-05	0,00011204	-0,7748341	44%	-0,0003094	0,00013574	-0,0003094	0,00013574	
Revenu / habitant	-0,0191175	0,0210162	-0,9096574	37%	-0,0608636	0,02262855	-0,0608636	0,02262855	
Densité de population en km2	0,02580127	0,02136016	1,20791554	23%	-0,0166281	0,06823061	-0,0166281	0,06823061	
Superficie en m2	-1,523E-09	4,811E-09	-0,3165319	75%	-1,108E-08	8,0337E-09	-1,108E-08	8,0337E-09	

Tableau 19 : test de régression linéaire multiple évaluant le pouvoir explicatif de X6, X7, X8, X9, X10 sur Y2

Statistiques de la régression									
Coefficient de détermination multiple	0,20664547								
Coefficient de détermination R^2	0,04270235								
Coefficient de détermination R^2	0,0327305								
Erreur-type	335,625448								
Observations	98								
ANALYSE DE VARIANCE									
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F				
Régression	1	482376,115	482376,115	4,28228955	0,0411982				
Résidus	96	10813866,4	112644,442						
Total	97	11296242,5							
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%	
Constante	2198,55556	64,5911476	34,0380321	0%	2070,34314	2326,76797	2070,34314	2326,76797	
Département rural	-157,03443	75,8851618	-2,0693694	4%	-307,66528	-6,4035731	-307,66528	-6,4035731	

Tableau 20 : test linéaire simple évaluant le pouvoir explicatif de la variable X6 sur Y2

Afin de pouvoir conclure sur les variables influençant le prix de l'hébergement en EHPAD, je cherche maintenant à tester plus spécifiquement dans les départements ruraux l'influence des variables concernant le financement, X3, X4, X5, dans une régression linéaire multiple (Tableau 21). Cette analyse montre que l'influence du financement, qu'il soit global ou lié à l'autonomie, et que le niveau de richesse des départements n'entrent pas en jeu sur les niveaux de prix dans les départements ruraux. Autrement dit, on peut en conclure que dans les départements ruraux si l'offre d'hébergement en EHPAD est moins chère, ce n'est pas en lien avec la politique de financement de ces départements. Les départements ruraux ne sont ni moins bien ni mieux lotis que les départements urbains en termes de financement.

Dans la mesure où j'avais pu déterminer précédemment que les groupes de départements classés par niveaux de besoin étaient significativement différents sur plan du financement par la CNSA, je vais tester dans une dernière analyse l'influence du niveau de besoin sur le prix des EHPAD afin d'évaluer si ce critère est pris en compte à l'échelle d'un département pour adapter le prix de l'offre (Tableau 22). Ainsi la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département serait corrélée à une réduction du prix de l'hébergement en EHPAD de plus de 87 euros par mois. En revanche la prévalence de la perte d'autonomie n'est pas significativement corrélée au prix de l'hébergement en EHPAD.

Cela revient à dire que là où les besoins sont importants en termes de population de personnes âgées de 75 ans et plus, l'offre d'hébergement en EHPAD serait significativement moins chère, mais de manière modérée, 87€ revenant à une part d'environ 4% de la médiane du prix mensuel de l'hébergement telle que calculée par le modèle.

<i>Statistiques de la régression</i>								
Coefficient de détermination multiple	0,1761824							
Coefficient de détermination R^2	0,03104024							
Coefficient de détermination R^2	-0,0143798							
Erreur-type	302,718921							
Observations	68							
ANALYSE DE VARIANCE								
	<i>Degré de liberté</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Valeur critique de F</i>			
Régression	3	187879,062	62626,3541	0,68340475	0,56544517			
Résidus	64	5864879,69	91638,7451					
Total	67	6052758,75						
	<i>Coefficients</i>	<i>Erreur-type</i>	<i>Statistique t</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%</i>	<i>Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>	<i>Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%</i>
Constante	2028,0837	104,151473	19,4724438	0%	1820,01722	2236,15019	1820,01722	2236,15019
dotations CNSA en millions d'euros	-1,4032907	1,80534121	-0,7772994	44%	-5,0098744	2,203293	-5,0098744	2,203293
Potentiel financier	5,465E-07	4,4887E-07	1,21751216	23%	-3,502E-07	1,4432E-06	-3,502E-07	1,4432E-06
DGF NOTIFIEE N TOTALE	-1,193E-06	2,1071E-06	-0,566214	57%	-5,403E-06	3,0164E-06	-5,403E-06	3,0164E-06

Tableau 21 : test de régression linéaire multiple évaluant le pouvoir explicatif de X3, X4, X5 sur Y2

Statistiques de la régression								
Coefficient de détermination multiple	0,61549529							
Coefficient de détermination R^2	0,37883445							
Coefficient de détermination R^2	0,36575728							
Erreur-type	271,77461							
Observations	98							
ANALYSE DE VARIANCE								
	Degré de liberté	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	Valeur critique de F			
Régression	2	4279405,81	2139702,91	28,9691474	1,5044E-10			
Résidus	95	7016836,69	73861,4388					
Total	97	11296242,5						
	Coefficients	Erreur-type	Statistique t	Probabilité	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95%	Limite inférieure pour seuil de confiance = 95,0%	Limite supérieure pour seuil de confiance = 95,0%
Constante	2823,93226	216,660147	13,0339257	0%	2393,80748	3254,05703	2393,80748	3254,05703
proportion 2013_75_ans_et_plus	-87,306828	11,4846856	-7,6020216	0%	-110,10681	-64,506845	-110,10681	-64,506845
Prévalence GALI	6,63778173	9,10585988	0,72895716	47%	-11,439636	24,7151992	-11,439636	24,7151992

Tableau 22 : test de régression linéaire multiple évaluant le pouvoir explicatif du niveau de besoin (X1 et X2) sur Y2

2.3.c Synthèse de l'analyse économétrique

Les analyses économétriques réalisées remettent en exergue l'importance des disparités en termes de besoins entre les départements. En effet ce sont les besoins, en particulier la part de personnes âgées de 75 ans et plus, qui tendent à expliquer le niveau de l'offre en ratio de places d'EHPAD ainsi que le prix de l'offre d'hébergement en EHPAD. Mes analyses ne permettent cependant pas de montrer une corrélation de l'offre ni avec des disparités démographiques, ni avec des disparités en termes de moyens financiers des départements. La décentralisation à l'échelon des départements se justifierait donc principalement par la disparité des besoins : les départements sont hétérogènes en termes de besoins et d'offre associée en ratio de places.

En parallèle, les disparités en termes de prix de l'offre ne sont pas explicables par les variables étudiées ici. Cela repose la question d'une des limites de la décentralisation à l'échelon du département : la problématique de l'équité en termes d'accès à l'offre. La décentralisation ne risque-t-elle pas de creuser les disparités en termes de prix ? Mes analyses précédentes montrent aussi que le prix n'est pas corrélé au revenu /habitant revenant à dire que si les prix sont disparates, ils ne s'expliquent pas par le niveau de richesse de la population.

De même si le financement global n'est pas directement corrélé à l'offre, la question soulevée est celle des inégalités de financement entre les départements par rapport aux besoins de leur population : si le besoin est fort, que l'offre est élevée en adéquation avec le besoin, cela revient à dire que c'est le département qui doit trouver les moyens de financer cette offre alors même qu'il ne reçoit pas nécessairement le financement adéquat.

2.4 Conclusion sur l'hypothèse du département comme échelon de décentralisation pertinent

Concernant ma première **hypothèse du département comme échelon de décentralisation pertinent pour le financement des EHPAD**, les apports de la recherche et mes analyses statistiques confirment le premier critère d'intérêt de l'application de la théorie de la décentralisation : les départements sont hétérogènes entre eux. En effet, les apports de la recherche confirment les disparités entre les départements concernant l'accès à l'offre pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes ainsi que les moyens et les ressources dont ils disposent dans le champ de l'autonomie.

Les analyses statistiques des départements répartis en deux groupes selon leur niveau de besoins permettent également de confirmer que les départements sont hétérogènes en termes de besoins. L'offre en revanche n'est pas totalement hétérogène, posant la question de l'adéquation entre l'offre et le besoin. L'analyse de corrélation entre les différentes variables a permis d'analyser plus finement les liens et montre qu'à l'échelon des départements l'offre est néanmoins significativement corrélée avec les besoins des territoires.

Les prix de l'hébergement en EHPAD et des tarifs dépendance pratiqués par les départements sont également globalement homogènes, bien que certains groupes de départements soient très différents du groupe médian. Cette tendance s'est confirmée dans l'analyse économétrique montrant que les prix étaient différents et légèrement moins élevés dans les départements les plus ruraux.

Autrement dit, les départements sont hétérogènes en termes de besoins, mais l'offre est globalement homogénéisée en termes de ratio de places et de prix d'hébergement, en opposition avec la logique d'un territoire qui devrait pouvoir adapter son offre directement à ses besoins.

La décentralisation aurait alors pour avantage de corriger cette inadéquation, permettant à chaque département de mieux répondre aux besoins de sa population.

Concernant les financements et les dépenses, les départements sont par ailleurs hétérogènes posant là également la question de l'adéquation entre le financement et l'offre. Les départements les plus urbains tendent à avoir davantage de ressources allouées à l'autonomie. Un autre point d'intérêt est la démonstration de l'absence d'économie d'échelle liée aux caractéristiques démographiques du département. Il n'y a en effet pas d'influence sur le prix là où la population est la plus importante. L'on peut alors supposer que la volonté de faire des économies d'échelle n'est pas nécessairement un argument en faveur d'un financement conservé à un échelon supérieur.

Dans une perspective de décentralisation du financement à l'échelon du département, le défi serait d'assurer une adéquation entre les trois piliers : besoins / offre / financement, c'est-à-dire de doter financièrement les départements en fonction de leurs besoins et de leur manière d'y répondre.

Cette application d'un financement décentralisé aurait cependant pour limite le risque de creuser des inégalités de financement entre les départements. C'est en effet un point qui s'est confirmé dans les analyses économétriques : il n'y a pas d'influence du financement sur le prix de l'hébergement, ce ne sont donc pas les disparités financières qui sont sources d'inégalités en termes d'offre sur le critère du prix. Le risque de la décentralisation serait alors d'appauvrir les départements si le financement n'est pas directement corrélé à l'offre et aux besoins. La décentralisation du financement à l'échelon du département implique donc de devoir connaître les spécificités des besoins de chaque département et de déterminer une clé de répartition nationale allouant non seulement les moyens financiers adéquats mais également les pouvoirs et compétences permettant aux départements d'agir pour apporter le niveau d'offre adapté sur leur territoire.

Dans l'état actuel des choses, il faudrait alors repenser globalement la politique du Grand Âge, et pas seulement sur la question du financement, pour que le département corresponde au plus petit échelon territorial dont les besoins, l'offre et les dépenses sont homogènes en application de la théorie de la décentralisation optimale. Si cette première partie empirique tend à confirmer l'intérêt de mettre en adéquation l'offre et les ressources avec les besoins pour mieux accompagner les personnes âgées

dépendantes en EHPAD, cette perspective questionne également les implications en termes de gouvernance, de pilotage, de régulation.

L'enjeu est en effet que les impacts en termes d'adéquation avec les besoins des territoires mais aussi en termes de simplification pour les metteurs en œuvre des politiques publiques puissent apporter une valeur ajoutée à la qualité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Chapitre 3. Quels impacts et implications d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » pour les metteurs en œuvre des politiques publiques ?

Je consacre ce troisième et dernier paragraphe de la partie empirique de ce mémoire à ma seconde hypothèse de recherche, à savoir **d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » qui aurait des implications en chaîne, portant sur les différents changements supposés nécessaires par la mise en œuvre de la décentralisation, et pouvant avoir un impact sur la gestion des ressources dans les EHPAD et *in fine* sur la qualité d'accompagnement des personnes âgées.**

Plus spécifiquement les sous-hypothèses seraient d'une part que la simplification engendrée par la fusion des dotations pourrait libérer des ressources (pas nécessairement financières) pour consacrer plus de temps et de moyens à la qualité d'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ; et d'autre part que les nouvelles compétences confiées aux départements permettraient de mettre en adéquation l'offre et les besoins, pas seulement sur le plan du volume d'offre (taux de places en EHPAD) mais aussi dans la nature qualitative de l'offre : par exemple dans la mise en œuvre de projets spécifiques aux profils des personnes âgées accompagnées dans différents EHPAD, dans la mise en œuvre d'une régulation de la qualité plus resserrée et plus orientée « terrain » ou encore dans le déploiement plus large de la volonté politique d'un EHPAD centre de ressource sur son territoire et favorisant le maintien à domicile et la construction de parcours plus fluides pour les personnes âgées dépendantes.

Pour tester ces hypothèses de recherche je m'appuie sur une approche qualitative dont je préciserai ci-après la méthodologie et les limites (3.1.) avant d'apporter des éléments de réponses (3.2.) et de conclure sur cette seconde hypothèse (3.3.).

3.1 Méthodologie et limites de l'enquête qualitative

Il m'est apparu qu'il pourrait être intéressant et enrichissant de compléter les apports théoriques et quantitatifs du mémoire par une approche au plus près des acteurs de terrain.

J'ai ainsi souhaité mener des entretiens qualitatifs semi-directifs auprès de professionnels appartenant à trois catégories d'acteurs de la mise en œuvre des politiques publiques du secteur des EHPAD :

- Les gestionnaires d'EHPAD ou responsables d'organismes gestionnaires d'EHPAD impliqués dans la collaboration avec les tutelles
- Les responsables de la collaboration avec les EHPAD ou organismes gestionnaires d'EHPAD au sein des Conseils Départementaux
- Les responsables de la collaboration avec les EHPAD ou organismes gestionnaires d'EHPAD au sein des ARS

L'objectif de ces entretiens était de récolter des représentations, perceptions, expériences et opinions sur différentes thématiques :

- les aspects du financement, de la gouvernance, de la régulation du secteur des EHPAD
- l'expérience des évolutions récentes des politiques publiques du Grand Âge et de leur mise en œuvre opérationnelle sur le terrain
- les souhaits-projections en termes de transformation du secteur et plus particulièrement sur la question de la fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » telle que proposée dans les rapports de concertation et ses impacts pour les acteurs de la mise en œuvre

La finalité était de pouvoir vérifier la validité des implications supposées de la fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » tels que décrites en partie 1, section 3.3 (p65).²⁰⁰

²⁰⁰ Pour rappel, les implications supposés d'un forfait unique, qu'il soit sous l'égide de l'ARS ou sous celle du département seraient : 1. Supprimer un échelon de mise en œuvre de la politique du Grand Âge pour certaines compétences, et donc retirer des compétences dévolues à l'une de ces administrations pour les transférer à l'autre ; 2. Supprimer la notion de coordination de deux administrations pour tout ce qui concerne le financement, la tarification, la contractualisation, l'autorisation, la régulation et le contrôle, le pilotage territorial pour les aspects « Soins » et « Dépendance », avec la limite que la tarification du forfait « Hébergement » resterait *a priori* sous l'égide du département, donc la simplification resterait partielle ; 3. Transformer le dispositif de collaboration actuel entre EHPAD ou organisations gestionnaire d'EHPAD et leurs autorités de tutelle ; 4. Redéfinir le rôle des administrations régionales et départementales en lien avec celui de

Pour mener ces entretiens j'ai conçu deux guides : un guide de prise de contact (Annexe 9) et un guide d'entretien semi-directif (Annexe 10).

La principale limite rencontrée dans cette approche a été de recruter des personnes acceptant de participer à ce travail de recherche. En effet, ayant moi-même peu de contacts du fait de mon engagement récent dans le secteur, je n'ai pas pu compter sur mon réseau et ai effectué des approches par email ou téléphone en identifiant des contacts sur les sites internet d'ARS, de départements, d'organismes gestionnaires d'EHPAD.

Aussi, bien que j'aie contacté plus d'une trentaine de responsables je n'ai pu mener que 4 entretiens au moment de finaliser la rédaction de ce mémoire²⁰¹.

Le profil des enquêtés permet cependant une certaine représentativité des catégories d'acteurs que j'avais prévu d'interroger :

- une responsable du budget dans une organisation gestionnaire d'EHPAD dans un département considéré comme urbain
- une responsable de la tarification et la collaboration avec les EHPAD dans un Conseil Départemental d'un département considéré comme rural
- un responsable de la tarification et la régulation des EHPAD dans une ARS de petite taille
- un responsable de la tarification et la régulation des EHPAD dans une ARS de grande taille

En pratique, les entretiens ont été menés en visio ou par téléphone et ont tous été enregistrés, les enquêtés ont tous accepté l'enregistrement et leur consentement a été recueilli dans un enregistrement séparé de celui de l'entretien.

Pour l'analyse des entretiens, j'ai élaboré une grille d'analyse des entretiens (Annexe 11). Les entrevues ont été codées grâce à cette grille (une retranscription intégrale d'un entretien est proposée en Annexe 12). J'ai ensuite procédé à une analyse verticale de chaque entretien portant sur les différents thèmes et la cohérence globale, enquêté par enquêté, avant de

l'échelon national en termes de politiques médico-sociales ; 5. Donner une orientation clarifiée au modèle de l'EHPAD de demain.

²⁰¹ D'autres responsables m'ont répondu positivement mais trop tardivement pour mener à bien à la fois les entretiens, leur analyse et en tirer des conclusions dans les délais de finalisation de ce mémoire.

réaliser une analyse transversale, thème par thème, pour l'ensemble des entretiens, dont les résultats seront détaillés dans la section de l'analyse des entretiens (3.2.).

3.2 Analyse des entretiens qualitatifs

3.2.a Des discours différenciés selon les enquêtés et leur institution d'appartenance

Le petit nombre d'entretiens menés ne permet pas de tirer des généralités par profil d'enquêtés ou profils d'institution. Cependant l'analyse verticale de chaque entretien fait ressortir une tendance quant à l'institution d'appartenance de l'enquêté et son expérience dans l'institution ou dans le secteur médico-social. En effet les deux enquêtés appartenant chacun à une direction en charge de l'autonomie dans une ARS ont des discours qui m'ont semblés beaucoup plus en ligne avec les aspects théoriques des politiques publiques des EHPAD. Les deux enquêtés, bien qu'appartenant à des ARS différentes, de tailles différentes et dans des régions géographiquement éloignées, ont porté un discours allant globalement dans le même sens, que ce soit sur le plan de leur analyse des politiques publiques actuelles des EHPAD, du fonctionnement des collaborations entre autorités et gestionnaires d'EHPAD, de leur perception des dysfonctionnements et problèmes à résoudre ou encore des enjeux à porter en priorité au plan national. D'une manière générale, au cours de ces deux entretiens, le ton était franc, avec des prises de position personnelles sur l'orientation à donner à l'évolution des politiques publiques des EHPAD. En parallèle les deux autres entretiens, l'un mené auprès d'une responsable dans une organisation gestionnaire d'EHPAD et l'autre auprès d'une responsable dans un Conseil Départemental ont porté un discours beaucoup plus orienté sur les problématiques de terrain, sur les aspects très spécifiques de leur territoire. Nous le verrons dans le paragraphe suivant, les quatre enquêtés se rejoignent sur les dysfonctionnements, les enjeux et les pistes de solutions. Pour autant leurs points de vue diffèrent sur les orientations à donner et sur les critères de succès d'une réforme, selon cette dichotomie sur l'échelon de leur organisation. Leurs perceptions et leurs expériences professionnelles semblent très teintées de leur parcours dans des structures institutionnelles portant sur des échelons de territoires différents.

L'enquêtée 4 le formule d'ailleurs en parlant des textes faisant évoluer les politiques publiques, intégrant tous les professionnels de terrain par opposition aux décideurs et législateurs au niveau national :

« Mon ressenti à chaque fois qu'il y a des nouveaux textes, c'est qu'il y a quand même un fossé entre les textes de lois, la réglementation, donc la théorie quelque part, et la pratique et donc le terrain. Que les choses soient claires. Et je parle autant pour les professionnels que nous sommes au niveau des départements et des ARS que des gestionnaires des établissements. Dans les réponses apportées par les pouvoirs publics souvent il y a un fossé quand même. Les agents de terrain, les techniciens ne sont pas assez associés aux textes en amont ce qui fait que parfois on a des textes qui sont un peu éloignés des préoccupations du terrain et qu'on nous demande quand même de mettre en place. » Enquêtée 4.

En parallèle les enquêtés appartenant à une ARS portent une vision différente mettant les ARS plutôt du côté des acteurs nationaux, responsables de la décision, au même titre que l'État :

« On est une autorité de contrôle qui décide et qui valide, donc ce qu'on conseille doit être mis en place » Enquêté 2

« On dit que les ARS et l'État sont interventionnistes mais c'est parce qu'on nous le demande ! Les établissements petits le demandent. Ils en ont besoin, surtout en situation de crise. Après, le rôle de l'ARS c'est de donner des orientations, mais là, on est souvent confrontés à des freins du terrain, au niveau des territoires surtout » Enquêté 3

Cet aspect rejoint quelque part la notion du besoin d'adaptation des politiques publiques à un échelon territorial proche des usagers et des préoccupations d'un territoire donné, et la nécessité d'un pouvoir d'adaptation et d'action accordé, en ligne avec les objectifs, (Polton, D. 2004²⁰²) à l'autorité qui doit conduire la mise en œuvre.

3.2.b Un constat commun des problématiques et des enjeux d'une réforme du financement

²⁰² Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*. Revue française des affaires sociales, , 267-299. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfas.044.0267>

Dans une analyse cette fois plus transversale des entretiens, j'ai pu noter que les quatre enquêtés se rejoignent sur ce qui dysfonctionne dans la mise en œuvre des politiques de financement des EHPAD. Les quatre s'accordent sur plusieurs points clés dans leur analyse du fonctionnement actuel des systèmes de financement.

Le premier point est celui de l'efficacité de la collaboration entre les autorités administratives et les gestionnaires d'EHPAD. Pour les quatre enquêtés, la question n'est pas que celle du financement. Cela concerne tout le système puisque tout est lié. Les autorités en charge des enveloppes financières, sont en charge de la tarification, de la régulation des autorisations, du suivi, de l'accompagnement, du suivi de la qualité ou encore des inspections. Dans le cas des EHPAD, les deux autorités administratives ARS et Conseil Départemental sont ainsi co-responsables sur tout le système. Et donc en face, les gestionnaires d'EHPAD ont plusieurs interlocuteurs sur l'ensemble de ces préoccupations.

Au minimum deux, mais en pratique dans la mise en œuvre sur le terrain, cela peut être davantage selon la répartition des missions, sur laquelle alerte l'enquêtée 4 :

« La problématique je trouve c'est la dichotomie entre les ARS siège et les délégations départementales. Je comprends pas comment ils ont pu mettre ça en place. Il faut savoir que la DD s'occupe du suivi et de l'accompagnement des structures. Et l'ARS siège de toute la partie financière. Donc on a dissocié l'accompagnement du financier. Moi je sais pas comment on peut travailler comme ça. » Enquêtée 4.

Ici la question soulevée est celle de la vision globale, permettant de mieux lier financement, régulation, accompagnement.

En lien avec cette répartition des missions, il y a la répartition des ressources, notamment humaines et en termes de temps, pour mener à bien toutes ces missions :

« Le sujet est revenu sur le devant de la scène avec le livre des Fossoyeurs qui disait que les ARS étaient larguées. [...] Le livre notait que les inspections étaient rares et insuffisantes. Mon impression, c'est que la difficulté des ARS avec les EHPAD, c'est que on est embolisés sur des missions administratives pas forcément les plus nécessaires et qu'on n'a pas assez de temps à accorder à des missions plus importantes, comme les inspections » Enquêté 3

« Le temps dégagé doit servir à du stratégique, de l'animation de la filière gériatrique, favoriser les projets et les réseaux avec les professionnels de santé libéraux et faire sortir un peu les équipes de l'établissement. » Enquêté 2

La gouvernance bicéphale avec deux autorités administratives différentes est aussi remontée comme un facteur de complexité et de perte d'efficacité pour tous les acteurs, et reconnu comme tel par les quatre enquêtés.

« Le moindre truc est fait en lien entre ARS et Conseil Départemental, tout est fait ensemble, les deux administrations sont co-responsables et co-signataires de tout. » Enquêté 3

« Moi je dis pourquoi pas, ça simplifierait les choses donc pourquoi pas. Et au niveau de la gouvernance ce serait faire en sorte qu'il n'y ait plus qu'une seule autorité de tarification. Donc ça je suis complètement d'accord avec ça, mais alors à 200% ! » Enquêtée 4

« Tout le temps passé dans le dialogue contradictoire, la production de documents, la recherche de données... même si c'est nécessaire au pilotage, mais il faut trop de données différentes. C'est du temps passé par les directeurs d'établissement qui n'est pas passé dans la gestion d'équipe et le pilotage au quotidien donc pas sur de l'accompagnement des personnes âgées ». Enquêtée 1

Sur cette question de l'efficacité et de la nécessaire simplification, on retrouve l'un des enjeux majeurs de la décentralisation : permettre de simplifier, de lever les complexités pour qu'*in fine*, cela rende du temps de management aux directions d'établissements, afin de favoriser un meilleur accompagnement des personnes âgées.

Sur la question du montant des financements, il y a une perception différente cependant selon les acteurs. Pour les enquêtées de l'organisation gestionnaire d'EHPAD et du Conseil Départemental, les financements sont insuffisants. Les EHPAD manquent de moyens et notamment pour s'aligner avec la réalité des besoins. Mais pas seulement, cela concerne aussi l'alignement avec les orientations politiques données au modèle d'EHPAD. En effet l'équation à résoudre est difficile. Il faut à la fois des EHPAD plus médicalisés, mais qui restent des lieux de vie, et enfin qui s'ouvrent sur leur territoire. Pour mettre en place une plus grande médicalisation, il faut plus de personnels soignants, par exemple pour systématiser les infirmier-ère-s de nuit ou encore créer plus de lien avec l'hôpital, et donc un forfait « Soins » adapté. En parallèle il faut préserver des moyens pour l'animation et le lien social afin que l'EHPAD reste jusqu'au bout un lieu de vie pour les résidents, car c'est la vision portée à la fois par les politiques publiques et les acteurs de terrain.

Sur ces questions, la structure de financement serait aussi un frein à la mise en œuvre d'un accompagnement qualitatif répondant à tous les enjeux :

« Ce financement par section teinte le profil de l'équipe qu'on va avoir dans l'établissement et est souvent en décalage avec ce que l'on souhaiterait. La structure de financement pose des contraintes et difficultés : à la fois sur le niveau des enveloppes et sur la répartition des enveloppes. » Enquêtée 1

La façon de conduire la tarification pouvait aussi créer des difficultés en termes de financement, notamment au moment de la mise en œuvre de la tarification à la ressource sur la base du point GIR :

« Mais ça veut dire aussi qu'il y a un fossé entre les départements. Nous on a voulu la geler toute la période de la convergence pour que au moins les établissements qui étaient largement en dessous atteignent cette valeur départementale et ceux qui étaient au-dessus on a un peu limité sauf pour le taux directeur. Ils ont du se débrouiller car on n'augmentait plus et tous les ans ça ne couvrirait pas toutes leurs dépenses dépendance. » Enquêtée 4

Cette période de mise en place de la tarification selon le niveau de dépendance, vouée à uniformiser le système, a pu creuser des inégalités entre départements, ou entre établissements au sein d'un même département. Aujourd'hui, ce ne serait plus le cas car l'équation est appliquée à la lettre. Mais en parallèle cela crée un cadre rigide qui ne favorise pas l'adéquation aux besoins des établissements.

« Le financement c'est l'équation tarifaire des EHPAD selon GMP et PATHOS, donc, là-dessus, il n'y a pas de débat » Enquêté 3

« Les discussions sur le financement sont très liées à la coupe PATHOS et la validation GMP. Et même s'il y a des écarts entre le moment des dernières évaluations et les moyens. C'est difficile de combler l'écart car le process est très long. Et en attendant les moyens ne sont pas en adéquation avec les besoins » Enquêtée 1

L'un des enjeux dans une réforme du financement serait aussi d'intégrer une réflexion sur la souplesse à accorder en termes de financements additionnels pour que les établissements puissent travailler sur des aspects qualitatifs de la prise en charge. Aujourd'hui cette marge de manœuvre existe du côté des ARS. Elle semble par contre dépendre de volontés politiques pour ce qui est des Conseils Départementaux.

« Il y a vraiment une politique volontariste pour les secteurs des personnes âgées. On aurait pu ne pas dépenser plus. Mais le département a préféré dépenser plus pour ne pas diminuer les moyens. Et on a eu raison. » Enquêtée 4

Les départements seraient davantage limités en termes de transferts de crédits alors qu'il leur revient de porter attention à l'axe « animation du territoire » dévolu aux EHPAD. L'équation tarifaire limite, de par son cadre strict, la marge de manœuvre tant des autorités que des gestionnaires d'EHPAD bénéficiaires. La marge de manœuvre pour mener des projets de transformations et/ou se rapprocher du modèle d'EHPAD visé pour les politiques, doit alors venir d'ailleurs : de financements provenant d'appels à projets, posant la question de la pérennisation de ces financements pour éviter l'effet temporaire des projets, ou de crédits nouveaux renouvelables, enveloppes sur lesquelles c'est l'ARS qui a la main actuellement.

3.2.c Les implications d'une potentielle fusion des dotations « Soins » et « Dépendance »

Concernant les impacts sur le terrain d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance », les acteurs interrogés partagent dans une certaine mesure les mêmes attentes : simplification du travail à la fois pour les gestionnaires d'EHPAD et des autorités, un gain de temps et d'efficacité dans la mise en œuvre de la tarification, de la contractualisation, l'accompagnement et, dans le cas où la gouvernance ne reviendrait qu'à une tutelle dans les autorisations. La question du contrôle qualité et des inspections pourrait cependant se poser, la qualité étant l'objet d'un cadre normalisé national depuis la parution du référentiel de la HAS en mars 2022²⁰³, elle pourrait être déconnectée des questions de gouvernance et de financement. Seulement, cela irait à l'encontre de la volonté des acteurs administratifs d'avoir une vision globale sur la vie et la gestion des établissements (cf plus haut, citation de l'Enquête 4) et reviendrait à déconnecter la finalité ultime d'un accompagnement dont la qualité est assurée pour les personnes âgées dépendantes accueillies, des moyens que l'on y associe en termes de financement et de pilotage.

Or c'est bien l'hypothèse formulée, ou du moins la question posée : la fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » pourrait-elle améliorer la qualité d'accompagnement ?

On l'a vu précédemment, sur le plan de la simplification, l'impact de la fusion des dotations serait de décomplexifier suffisamment le travail des acteurs de terrain pour leur rendre du temps à consacrer à d'autres activités prioritaires. Dans ce sens les enquêtés étaient unanimes,

²⁰³ Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

avoir plus de temps et des ressources à consacrer à « ce qui compte », favoriserait un meilleur accompagnement des résidents en EHPAD.

A conditions néanmoins ne pas perdre de vue la finalité et les besoins, rappelés par l'une des enquêtés :

« Derrière il y a des usagers, des personnes âgées, vulnérables qui ont besoin d'être accompagnées. » Enquêtée 4.

En effet, les attentes et perceptions sur les implications d'une refonte du système de financement ne semblent pas être identiques d'un acteur à l'autre.

Du côté des ARS, j'ai perçu dans les entretiens l'importance de l'enjeu de rationalisation des ressources, qui dans le discours irait dans le sens d'une politique de regroupement des EHPAD les plus petits pour favoriser la mutualisation des ressources dans une taille critique d'établissement prédéfinie. L'objectif affiché étant de faciliter le travail des gestionnaires et des autorités, l'on peut cependant se demander si la question de la rationalisation financière ne pointe pas également derrière cet objectif. D'autant que sur cet axe les ARS semblent buter sur les préoccupations des collectivités territoriales plus petites et leurs enjeux politiques.

« L'enjeu c'est aussi moins de « balkanisation des EHPAD » » Enquêté 3

« L'ARS cherche à orienter vers le modèle et la taille critique pour aller vers des EHPAD viables, limiter les bâtiments vétustes et inadaptés et justement profiter des rénovations pour encourager à regrouper, faire différemment, reconstruire et éviter de faire des petits EHPAD, mais nous sommes confrontés aux problématiques des politiques locales pour que cela suive sur le terrain »
Enquêté 2

Du côté de l'enquêtée gestionnaire, l'implication la plus importante serait d'obtenir des financements davantage en adéquation avec les besoins effectifs et que l'accent soit mis sur la régulation et le contrôle, perçus comme nécessaires.

Enfin, du côté de l'enquêtée travaillant au département, une question, qu'elle seule évoque dans les entretiens, est soulevée :

« Mais si par défaut c'était les ARS qui avaient en charge la gouvernance des EHPAD, donc le financement des EHPAD et donc tous les crédits. Concrètement on fait quoi pour l'hébergement ? » Enquêtée 4

Ce point est important dans l'orientation vers le « qui ferait quoi » dans une optique de réforme du financement. Car en effet si les dotations « Soins » et « Dépendance » sont confiées à un pilotage par l'ARS, et que la dotation « Hébergement » reste sous le pilotage du département, est-ce que l'on va réellement vers une simplification ? Si l'équation tarifaire pourrait être unique, les implications d'une double tutelle avec un double circuit de décision et tous les inconvénients déjà évoqués n'évolueraient que peu, voire pas du tout. L'objectif de simplification pourrait alors être partiellement atteint, du côté des ARS, rejoignant leur enjeu de rationalisation, mais sans doute pas du côté des EHPAD. Sur ce point qui questionne l'évolution des responsabilités et compétences, les avis des enquêtés divergent.

3.2.d Une approche des solutions qui soulève de nouvelles questions

Si la proposition de fusionner les dotations « Soins » et « Dépendance » rassemble dans la perspective, elle divise dans la manière de faire. Pour les enquêtés des ARS, s'ils affirment d'un état d'esprit plutôt « décentralisateur » dans la philosophie, ils n'ont pas manqué de rappeler que la plupart des fédérations et syndicats du secteur n'étaient pas nécessairement favorables et avaient une préférence pour un pilotage plus recentré au niveau des ARS favorisant une harmonisation et davantage d'équité.

« Oui cela peut créer des inégalités. Le principe de la décentralisation c'est de donner de la légitimité aux inégalités » Enquêté 3

Ils évoquent également les savoir-faire de l'ARS qui s'ils étaient hospitalo-centrés au départ, se sont étoffés et développés vers le médico-social, conférant aux ARS une légitimité et des compétences dans le secteur, leur permettant d'assurer de manière efficace la gouvernance des politiques publiques des EHPAD.

« Ce serait peut-être mieux que l'ARS le fasse car les EHPAD sont très intégrés au milieu sanitaire et c'est nécessaire de travailler en proximité avec l'hôpital et la médecine libérale. Le médical reste très important dans la politique personnes âgées. Sur l'aspect médico-social, on a progressé dans les ARS par rapport au point de départ. » Enquêté 3

« Ce n'est pas normal qu'il y ait un écart d'un département à l'autre parce que la politique départementale n'est pas la même. L'idée de décentraliser n'est pas neuve, mais qu'en est-il de l'égalité d'accès sur le territoire ? Surtout sur des champs pilotés par le national pendant longtemps et par l'assurance maladie. Il y a quand même des canaux nationaux, on souhaiterait travailler sur quelque chose de plus recentralisé que décentralisé sur ce champ-là. » Enquête 2

Du côté de l'enquête gestionnaire d'EHPAD, il n'y a pas de prise de position ou d'avis tranché. Si elle reconnaît que les attentes du public envers les EHPAD vont autant vers le médical que vers des lieux de vie, la priorité est surtout d'assurer la suffisance et la pérennité des financements pour mener à bien les projets conduisant au modèle d'EHPAD idéal.

Enfin pour l'enquête du Conseil Départemental, l'avis est tranché dans l'autre sens, la logique voulant que pour tout rassembler et vraiment simplifier, il faudrait que le département soit le pilote de toute la politique publique des EHPAD.

« Je me dis qu'il n'y a qu'une seule solution alors : c'est que le département reprenne l'ensemble. Non mais c'est vrai, là il n'y a pas de souci, on a déjà l'hébergement. Donc pas de problème. La dépendance on l'a déjà aussi. Donc fusionner dépendance et soins, ça veut dire qu'on récupère les crédits de médicalisation et de soins. Après l'ARS ne veut pas trop entendre parler pour l'instant. Mais s'il y a une ouverture pour que les départements se portent candidats pour reprendre la gouvernance des EHPAD, moi je peux déjà vous l'annoncer en Y on était pour. Et puis ça a du sens. On est favorables parce que ça a du sens aussi. » Enquête 4

Sans permettre de généraliser, ces avis et perceptions peuvent expliquer, ou au moins illustrer, la difficulté à trancher une décision dont les implications en cascade vont impacter toute l'organisation d'un système de financement, de gouvernance et de régulation au travers de deux administrations et de tout un secteur. Les enjeux sont importants dans la mesure où les répercussions pèseront à la fin des fins sur les équipes travaillant en EHPAD et impacteront leur capacité à assurer un accompagnement de qualité des personnes âgées sous leur responsabilité.

3.3 Conclusion sur les implications d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » pour les acteurs de terrain

Consciente des limites de cette approche qualitative modeste, je me garderai de tirer des conclusions sur les aspects qui font dissonance au sein du panel des personnes interrogées.

Cela étant dit, l'analyse de ces entretiens montre que certains des aspects de la mise en œuvre des politiques publiques sur le terrain, tels qu'évoqués dans les rapports Libault, D. (2019) : le manque de fluidité et d'efficacité, le risque d'inégalités entre les établissements et les territoires, sont toujours autant d'actualité quelques années plus tard. Et les acteurs interrogés sont unanimes sur le fait qu'une réforme est nécessaire et qu'elle ne saurait se faire efficacement sans y associer les acteurs de terrain, notamment les territoires (Annexe 11).

Dans une perspective de réponse à l'hypothèse formulée sur les impacts et implications d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance », les entretiens me permettent de montrer la réalité d'implications en chaîne, tant les missions et leur mise en œuvre sont imbriquées dans la réalité. Cette approche qualitative suggère également que les attentes, les perceptions et les opinions sur ce qu'il serait nécessaire de transformer sont relativement divergentes en fonction des institutions. Pour autant, il y a certains des défis de la décentralisation du financement des EHPAD, tel que décrits en Partie II, section 1.3 (p72), sur lesquels les acteurs interrogés ont une vision commune. En effet parmi les impacts positifs, rapprocher les décideurs des besoins, aurait pour vertu de mieux s'adapter aux spécificités des territoires, ou encore simplifier tout le système pour les administratifs et pour les gestionnaires, permettrait de gagner en fluidité, en efficacité et de mieux allouer les ressources humaines et de temps.

Sur la question des risques, les acteurs se rejoignent sur l'importance de piloter étroitement celui des inégalités d'accès à une offre de qualité et la nécessité de ne pas perdre de vue la finalité pour le bénéfice des usagers.

En parallèle, le fait d'attribuer une autonomie à l'une des autorités, est perçu de manière divergente selon leur institution d'appartenance, et le fait également de modifier le champ de compétences d'une administration semble soulever des questions en termes de faisabilité ou de légitimité, sans doute teintées de notions d'héritage politique et historique.

En synthèse, si cette première approche semble confirmer certaines hypothèses, elle soulève également de nouvelles questions, auxquelles les acteurs font le vœu d'être mieux associés dans une volonté de concertation et de participation.

CONCLUSION GENERALE ET DISCUSSION

Après avoir dressé un état des lieux des politiques du Grand Âge et de la dépendance et avoir re-souligné, s'il en été le besoin, la plupart des grands enjeux d'un secteur en pleine crise semi-silencieuse, il m'est particulièrement difficile de conclure sur une question de recherche qui paraît si petite face à l'ampleur de ce qu'il faudrait accomplir. De façon très simple je reprendrai donc dans cette conclusion générale quelques-uns des apports modestes de ce rapport dans une tentative d'éclairer les nombreuses questions du financement des EHPAD.

Tout d'abord je retiendrai de ce travail de recherche que si les enjeux sont importants, la connaissance de ces enjeux est là, elle s'affine, elle se nourrit de données, de recherches, de rapports et de missions politiques, toujours plus riches. Peut-être est-ce là d'ailleurs une des difficultés à vouloir essayer de synthétiser les données et les connaissances : il y en a beaucoup, souvent renouvelées et mises à jour, et il semble que les enseignements n'en soient pas systématiquement tirés dans une volonté de passage à l'action. En effet, les enjeux sont connus, régulièrement mis à l'agenda des politiques publiques depuis de nombreuses années, avec des propositions et des recommandations plurielles, parfois nouvelles et innovantes, parfois relevant de ce que l'on pourrait appeler le « bon sens », parfois apparaissant comme à mettre en œuvre de manière urgente. Toujours est-il que les problématiques du secteur des EHPAD, loin d'être résolues, semblent s'amplifier ces derniers mois, ces dernières semaines. Mes missions en tant que stagiaire pendant quelques semaines dans un organisme public gérant des EHPAD m'ont permis d'en appréhender certaines avec un regard provenant du terrain, qui m'a confortée dans l'idée que le financement, était l'une des clés. Parce que financer c'est pouvoir agir et agir c'est pouvoir essayer, avancer, améliorer. Dans ce contexte, et maintenant que j'ai pu montrer et comprendre comment la structure de financement des EHPAD impliquait toute une série d'effets, d'impacts sur l'ensemble du système, réfléchir à la réforme du financement m'apparaît encore plus cruciale. Elle m'apparaît aussi, et surtout, encore bien plus complexe que ce à quoi je m'attendais.

Résumée de manière aussi simple la question de recherche telle que posée en début de mémoire ne fait pas transparaître toute la complexité des transformations qu'elle sous-tend

et la mesure des décisions politiques que cela suppose : « **Faut-il décentraliser le financement des EHPAD en fusionnant les dotations « Soins » et « Dépendance » sous le pilotage des Départements pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ?** »

Aussi, un autre intérêt de ce travail de recherche qui ne répond qu'en petite partie à la question posée, a été de remettre en exergue les avantages et les risques de la décentralisation et de les faire émerger dans le contexte spécifique d'une politique du médico-social. Depuis la théorisation de Oates, W.E. (1972)²⁰⁴ beaucoup de pays, notamment occidentaux s'y sont attachés ces dernières décennies et la France avait entamé une démarche en profondeur dès les années 80. Le recul et les connaissances que l'on peut désormais avoir sur la décentralisation, synthétisés par l'OCDE²⁰⁵, montrent qu'une démarche de décentralisation d'une politique publique, de quelque nature qu'elle soit, se doit d'être pensée, réfléchie, complète, programmée, planifiée, avec des finalités et des objectifs clairs, qualifiés et quantifiés et des moyens pour y parvenir. Poser la question de décentraliser le financement des EHPAD pose aussi celle de tout un programme politique à mettre en œuvre. Les essais de décentralisation au niveau territorial en France, notamment sur des problématiques sanitaires ou sociales, ont montré leurs limites dans un contexte où finalement peu de politiques sont complètement décentralisées.

Concernant plus précisément la décentralisation du financement des EHPAD au travers d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance », les défis soulevés (Partie II, section 1.3., p72) sont *a priori* plus nombreux que les avantages potentiels. Pour autant l'intérêt se confirme sur certains aspects, comme j'ai pu le confirmer au travers de ma démarche empirique, en particulier dans la perspective de rapprocher les décideurs des usagers et de mettre ainsi davantage en adéquation l'offre et le financement avec les besoins de la population d'un territoire donné. L'idée se défend aussi du point de vue des acteurs de terrain qui y voient l'opportunité de simplifier les modes de collaboration entre gestionnaires d'EHPAD et autorités de tutelle, de gagner en efficience dans l'utilisation des ressources, de libérer du temps pour travailler à élaborer « l'EHPAD de demain » et à mieux répondre aux besoins des personnes accueillies en termes de qualité d'accompagnement. Par opposition, mon travail n'a pas permis de démontrer d'autres avantages portant sur des éventuelles

²⁰⁴ Oates, W.E. (1972) "Decentralization Theorem" dans son ouvrage *Fiscal Federalism*.

²⁰⁵ OECDilibrary. *Chapitre 4. Avantages et défis associés à la décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b0b3a02-fr/index.html?itemId=/content/component/6b0b3a02-fr>

économies, sur la limitation des certaines inégalités, une meilleure répartition des financements comme impacts positifs d'une décentralisation sous le pilotage du département. Certains aspects ne peuvent être complètement décentralisés, c'est notamment le cas du contrôle de la qualité qui nécessite un cadre normalisé uniforme au plan national. Ces points mériteraient d'être creusés davantage dans d'autres travaux de recherches, plus approfondis, sur des données plus étoffées et par des spécialistes de la question économique et financière.

Par ailleurs, l'approche qualitative menée auprès des metteurs en œuvre de la politique publique des EHPAD (Partie II, section 3.2, p109), bien que modeste dans son ampleur, semble montrer que les acteurs ne se rejoignent pas sur la manière de réformer le financement, ou encore sur l'échelon idéal pour décentraliser. Les enjeux politiques locaux et territoriaux pèsent dans la balance et sont de nature à freiner les ambitions d'uniformisation ou de rationalisation de l'État au travers des ARS. Aussi, donner l'ensemble des compétences au département, reviendrait pour l'État à « perdre la main » sur la mise en œuvre et sur l'orientation données aux politiques nationales par les colorations, enjeux et ambitions politiques locales. Est-ce souhaitable ? Est-ce que le risque ne serait pas de creuser davantage les disparités et inégalités entre les territoires ? C'est là encore une question ouverte qui mérite d'être approfondie.

Enfin, à l'heure de boucler la rédaction de ce mémoire, je m'interroge sur l'idée même de réformer le financement : est-ce la priorité ? Depuis la crise sanitaire Covid-19, le secteur des EHPAD qui a beaucoup souffert, paie les conséquences des efforts consentis et de la mise en exergue de tous les dysfonctionnements. J'ai pu l'observer moi-même au cours de mon stage, les personnes interrogées me l'ont confirmé : beaucoup de directeurs sont épuisés, certains ont jeté l'éponge. La pénurie de personnel se fait sentir partout... Le secteur déjà peu valorisé auparavant²⁰⁶ a subi de plein fouet l'effet Covid, plus celui de l'affaire Orpéa : les métiers de l'humain n'attirent plus, ne sont pas assez considérés, pas assez rémunérés. Aujourd'hui certains EHPAD ne tournent pas à plein du fait d'un manque de personnel, d'autres ne mettent plus en place les projets de transformation, de rénovation pour construire le modèle de « l'EHPAD de demain », d'autres encore craignent les conséquences du manque de personnel en termes de qualité de prise en charge et voient poindre le risque de maltraitance. Entre les ambitions politiques, la vision et les ressources actives sur le

²⁰⁶ C'était l'objectif de travail du rapport El Kohmri de proposer des solutions de revalorisation des métiers

terrain, il y a un gouffre. C'est encore une fois une question d'intérêt à creuser. L'État a mis en place une grande campagne « Métiers du Grand âge, et si c'était fait pour vous ? »²⁰⁷ pour attirer les jeunes et toutes les bonnes volontés vers ces métiers : est-ce que cela va marcher ?

Je terminerai sur une question, qui me semble essentielle : est-ce que la réforme structurelle ne devrait pas d'abord être celle de l'humain et du sens avant d'être celle des finances ? Pour rappel, alors que le secteur subit déjà une pénurie de personnel, le vieillissement projeté de la population nécessiterait 93 000 créations d'emplois supplémentaires d'ici 2024, et 3 fois plus seraient nécessaires d'ici à 2030²⁰⁸. Le défi le plus urgent à relever est peut-être bien celui-là.

²⁰⁷ Ministère de la Santé et de la prévention. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (2021). Métiers du grand âge : les films et le kit de communication. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/metiers-grand-age/article/metiers-du-grand-age-les-films-et-le-kit-de-communication?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000e375a81c31cfaf1de46d7092a2642c0b642cc85c145b7d2883d8f4b14ad7a53908d1f27326143000e06a6de07b75da4ffd87cc3e4c7e32925554ce179af930c5c0f49edcb35c0172b79d424085b79a2e01ff83000f47f5a3

²⁰⁸ El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

Victor Castanet « Les Fossoyeurs – Révélation sur le système qui maltraite nos aînés », Éditions Fayard, paru le 26 janvier 2022.

Dafflon, B. et Madiès, T. (2008). *Décentralisation : quelques principes issus de la théorie du fédéralisme financier*. Université de Fribourg (Suisse) – Agence Française de Développement Département de la Recherche.

Oates, W.E. (1972) “Decentralization Theorem” dans son ouvrage *Fiscal Federalism*.

Contribution à un livre :

Grand, A. (2016). *Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France* dans *Vie sociale*, 15, 13-25 « Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale » Éditeur : Érès <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0013>

Articles de revue :

Barbé, V. (2010). *La péréquation, principe constitutionnel*. *Revue française de droit constitutionnel*, 81, 3-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/rfdc.081.0003>

Braverman, L., Dufour-Kippelen, S. & Fermon, B. (2021). *Un dispositif Ehpad « hors les murs » : l'utilisation par ses bénéficiaires*. *Gérontologie et société*, 43(165), 263-277. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/gsl.165.0263>

Bucolo, E., Eydoux, A., Fraisse, L., Garabige, A., Lima, L., Simha, J., Trabut, L. & Vivés, C. (2019). *Penser global, agir local ? Déssectorisation des politiques sociales et échelles d'action publique*. *Revue française des affaires sociales*, -1, 41-61. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/rfas.190.0041>

Cytermann, L. (2010). *Focus - Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance*. *Informations sociales*, 162, 130-133. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0130>

De Hennezel, É., Calvat, T. & Chatel, T. (2020). Les personnes âgées, ambassadeurs de nos vulnérabilités et gisement de progrès. *Regards*, 57, 53-63. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0053>

Delasalle, B. (2018) *Le vieillissement de la population et ses enjeux*. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017

Duboz, M., Le Gallo, J. & Houser, M. (2021). Aux origines des disparités de dépenses des départements français : une analyse empirique (2006-2016). *Revue d'économie politique*, 131, 223-247. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/redp.312.0055>

Gratieux, L. (2016). Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. *Vie sociale*, 15, 187-200. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/vsoc.163.0187>

Guengant A. [1993], Équité, efficacité et égalisation fiscale territoriale, *Revue Économique*, 44 (4), 835-848.

Helfter, C. (2010). La construction des politiques d'action sociale au sein des départements. *Informations sociales*, 162, 86-91. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/inso.162.0086>

Kuhlmann, S. & Wayenberg, E. (2016). Évaluer l'impact institutionnel dans les systèmes à niveaux multiples : Conceptualisation des effets de la décentralisation dans une approche comparative. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 82, 247-267. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/risa.822.0247>

Le Bouler, S. (2020). La révolution de l'autonomie. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 27, 9-19. <https://doi-org.iepnomade-2.grenet.fr/10.3917/jdsam.203.0009>

Oates, W.E. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. *Int Tax Public Finan* 12, 349–373 (2005). <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.1007/s10797-005-1619-9>

Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*. *Revue française des affaires sociales*, , 267-299. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfas.044.0267>

Pouchadon, M. & Martin, P. (2018). *Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?* *Retraite et société*, 79, 83-103. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rs1.079.0083>

Roy, D. (2016). Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. *Revue française des affaires sociales*, 21-33. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfas.164.0021>

Villez, A. (2007). *EHPAD: La crise des modèles*. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/gs.123.0169>

Xing-Bongioanni, J. (2021). Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD. *Revue Française de Socio-Économie*, 27, 101-120. <https://doi-org.iepnomade-1.grenet.fr/10.3917/rfse.027.0101>

SITOGRAPHIE

Ouvrages et rapports en ligne :

Cour des Comptes (2022) *Le rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD*

Défenseure des Droits (2021) *Rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*

El Khomri, M. (2019) *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge*. Octobre 2019. Remis à Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

Hammerer, V. Valentin, C. et Fiat, C. rapporteuses. Commission des Affaires Sociales. Mission « flash » *L'EHPAD de demain : quels modèles ?*

Haute Autorité de Santé « Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

Inspection Générale de l'Action Sociale (2008) *Rapport Annuel 2007-2008. Les politiques sociales décentralisées*.

IGF et IGAS, (2022) *Synthèse de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpée*

IGF (2020), *La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement*

J-P. Laboureux et al. (2021) *Les Comptes de la Sécurité Sociale – RÉSULTATS 2020 - PRÉVISIONS 2021 et 2022*. Septembre 2021

Laroque, P. et al. (1962) *Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque*.

Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

Vachey, L. (2020) Inspection Générale des Finances « La branche Autonomie, périmètre, gouvernance et financement » Septembre 2020. En ligne, accessible ici : https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

Articles en ligne :

Athari, E., Papon S., Robert-Bobée, I. (2019). *Quarante ans d'évolution de démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boom*. France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-26.

Blanpain, N. INSEE. (2018) *Éclairage - Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

Briand et al. (2000). *Autonomie et dépendance chez le sujet âgé*. La revue du praticien. Les Items de la Revue du praticien. Publié le 18 Mars 2020.70(3);e97-105. En ligne, accessible ici : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/autonomie-et-dependance-chez-le-sujet-age>

Brunel, M et Carrère, A (DREES), (2017) *Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 - Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages »*, Numéro 1029

Carrère, A. et Dubist, C-L. INSEE (2018) *État de Santé et dépendance des séniors, dans Éclairage - Les Séniors* dans le Dossier France, portrait social, édition 2018 - Insee Références

DREES, (2019) *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. Etudes et Résultats*, Numéro 1103

DREES, (2020), *L'aide et l'action sociale en France - Fiche 15, L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie*

DREES, (2020), *L'aide et l'action sociale en France - Fiche 17, Les EHPA*

DREES *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*. Numéro 1032. Octobre 2017. En ligne, accessible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>

Études et Résultats, no 730, et Bérardier M. (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Études et Résultats, no 876, février.

Insee (2018). *Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales*. En ligne, accessible ici : <https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

Larbi, K (INSEE) et Roy, D (DREES), (2019) *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. Insee Première, N° 1767, Juillet 2019

Miron de L'Espinay, M. et Roy, D. Drees. (2020) *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030*, *Etudes et Résultats*. Numéro 1172. Décembre 2020. En ligne, accessible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>

Muller M. (2017), *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*, Les Dossiers de la Drees n° 20, septembre 2017

Papon S., Insee (2022) – *Bilan démographique 2021* – Insee Première N°1889 – En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>

Roussel, R. (2017). *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*. Études et Résultats (Drees) (1032)

Sabouné, K. *The Conversation*, « Médico-social : ce que le personnel soignant attend de sa hiérarchie ». En ligne, publié le 13 avril 2022, accessible ici : <https://theconversation.com/medico-social-ce-que-le-personnel-soignant-attend-de-sa-hierarchie-181175>

Suhard, V. IRDES (2022) *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France - Bibliographie thématique*. Mise à jour : Février 2022. Centre de documentation de l'Irdes.

Articles de lois :

Code de l'action sociale et des familles Article L313-3 modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 7 (V). En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA00006142848/#LEGISCTA000006142848

Code de l'action sociale et des familles- Article L314-2 modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 47. En ligne, accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA00006142848/#LEGISCTA000006142848

Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668446>

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. en ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668643>

Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696651>

Dossier législatif - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>

JORF n°0301 du 29 décembre 2015 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

JORF du 3 janvier 2002 LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

JORF n°0301 du 29 décembre 2015 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

Journal Officiel du 24 décembre 2021. Articles 42 à 57 - Chapitre II : Renforcer la politique de soutien à l'autonomie. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000044172241/>

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. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000406361/>

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000622485/>

Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Legifrance. En ligne, accessible ici : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000747703/>

Ordonnance N 2005-1477 du 1er décembre 2005, art, L313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Sites web

ARS. Article *L'adaptation de la société au vieillissement*. Juillet 2019. En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement#:~:text=Promulgu%C3%A9e%20en%20d%C3%A9cembre%202015%2C%20la,%2C%20am%C3%A9nagements%20urbains%2C%20logement%E2%80%A6>.

ARS. (2020). *Les dépenses de santé en région Auvergne-Rhône-Alpes 2020*. En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/les-depenses-de-sante-en-region>

ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2022). *L'essentiel sur le rôle de l'ARS en matière de financement des Ehpad et de prise en charge des résidents*. Février 2022. En ligne, accessible

ici : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/lessentiel-sur-le-role-de-lars-en-matiere-de-financement-des-ehpad-et-de-prise-en-charge-des-0>

Assemblée nationale – Commission des Affaires Sociales – « Situation dans certains établissements du groupe Orpea - Rapport d'information ». En ligne, accessible ici : [https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/\(block\)/114177](https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/(block)/114177)

Caisse des Dépôts – sur data.gouv.fr. 60 ans et plus : aides et revenus par départements. En ligne, accessible ici : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/60-ans-et-plus-revenus-et-aides-financieres-par-departement/>

CNSA. “Budget” publié le 2 février 2015-Mis à jour le : 17 mars 2022. En ligne, accessible ici : Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées : quel budget? | CNSA

CNSA. (2019). *La situation des EHPAD en 2017 - Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents* Avril 2019. En ligne, accessible ici : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf

CNSA. (2019) *Conférence des financeurs*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs>

CNSA (2021). *Les prix en EHPAD en 2019. Diversité des territoires et des politiques tarifaires*

CNSA. (2020). *Le Conseil départemental*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Septembre 2020. En ligne, accessible ici : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-conseil-departemental>

CNSA. *Analyse des tarifs des EHPAD du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019 par département et statut juridique*. Source : Prix-ESMS CNSA au 31 décembre 2019. En ligne, accessible ici : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjz0NDuwqD6AhVKKxoKHUYsDKQQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fanalyse_des_prix_et_tarifs_des_ehpad_2019_par_departement_et_statut.xlsx&usq=A0vVaw1Ht5TFanzinR5X2S_oUXrg

CNSA. (2022). *Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Juillet 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-points-dinformation-locaux-dedies-aux-personnes-agees>

DATAGOUV *PANORAMA STATISTIQUE de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2021*. En ligne, accessible ici : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/panorama-statistique-grand-age-et-autonomie/information/>

DGCL. Critères de répartition des dotations. En ligne, accessible ici : http://www.dotations-dgcl.interieur.gouv.fr/consultation/criteres_repartition.php

Prs Jeandel, C et Guérin, O. (2022) Ministère de la solidarité et de la Santé. *Feuille de route USLD-EHPAD-DGCS-DGOS 2021-2023*. Mars 2022. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_ehpad_usld-vdef-2.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000818795ead4493170678c3245f4b95b3abc9838000e13e9a60cfcdfb6f47bacce089fac5a7b143000a922e220c9844e6e006c19b72562c414c2aadb6f3436f33e8944fa92e931c70145346a8eae72fc409e77919056a3eed3

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. (2022). *Budget et dotations des collectivités territoriales*. Mai 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/budget-et-dotations-des-collectivites-locales>

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie. Dossier de presse « Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement » En ligne, accessible ici : <https://www.ars.sante.fr/media/9154/download?inline>

Ministère de la Santé et de la prévention. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (2021). *Métiers du grand âge : les films et le kit de communication*. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/metiers-grand-age/article/metiers-du-grand-age-les-films-et-le-kit-de-communication?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000e375a81c31cfaf1de46d7092a2642c0b642cc85c145b7d2883d8f4b14ad7a53908d1f27326143000e06a6de07b75da4ffd87cc3e4c7e32925554ce179af930c5c0f49edcb35c0172b79d424085b79a2e01ff83000f47f5a3

Observatoire des finances et de la gestion publique locales. *Comptes consolidés des départements 2012-2021*. En ligne, accessible ici : <https://data.ofgl.fr/>

OECDilibrary. *Chapitre 2. Comprendre les systèmes de décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/25464790-fr/index.html?itemId=/content/component/25464790-fr>

OECDilibrary. *Chapitre 4. Avantages et défis associés à la décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b0b3a02-fr/index.html?itemId=/content/component/6b0b3a02-fr>

Sécurité Sociale. Éclairage - Fiche 31 « Financement d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes » Les Comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2020. En ligne, accessible ici : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUIN_2020%20-%20Financement%20des%20établissements%20d'hébergement%20pour%20les%20personnes%20âgées%20dépendantes.pdf

Vie Publique. « Déclaration de Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées

dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea, à l'Assemblée nationale le 8 mars 2022. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/discours/284802-brigitte-bourguignon-29032022-ehpad-groupe-orpea>

Vie publique (2019) *Les lois Defferre, premières lois de décentralisation*. Éclairage. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38438-les-lois-defferre-premieres-lois-de-decentralisation>

Vie publique (2019) *Le bilan des actes I et II de la décentralisation*. Éclairage. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38502-le-bilan-des-actes-i-et-ii-de-la-decentralisation>

Vie publique. *Qu'est-ce que la décentralisation*. En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20168-quest-ce-que-la-decentralisation>

Sénat. Travaux parlementaires Rapport d'information. Exposé général « Sur le financement de la dépendance ». En ligne, accessible ici : <http://www.senat.fr/rap/r18-428/r18-4283.html>

Vie publique, Loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

Vie publique « Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie » En ligne, accessible ici : <https://www.vie-publique.fr/loi/274394-lois-7-aout-2020-dette-sociale-et-autonomie-5e-risque-dependance>

Vie publique. “Ordonnance du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale relative à l'autonomie” En ligne, accessible ici : [Ordonnance 1er décembre 2021 création cinquième branche Sécurité sociale | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr/ordonnance/2021-12-01-ordonnance-1er-decembre-2021-creation-cinquieme-branche-secu-autonomie)

Article de presse

Journal L'express – « Dépendance : la grande loi abandonnée, les mesures annoncées sont-elles suffisantes ? » article de Nathalie Samson du 23 septembre 2021. En ligne, accessible ici : https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/dependance-la-grande-loi-abandonnee-les-mesures-annoncees-sont-elles-suffisantes_2159037.html

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>TABEAU 1 : STRUCTURE ET MODALITES DE FINANCEMENTS DES EHPAD CONÇU A PARTIR DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES ET DE L'ENCADRE 1 DE L'ARTICLE DE XING-BONGIOANNI, J. (2021).....</i>	28
<i>TABEAU 2 : REPARTITION DE LA POPULATION DE 65 ANS OU PLUS PAR AGE ET SEXE SELON LE LIEU DE VIE EN 2008 ET 2015 A PARTIR DES DONNEES DE CARRERE, A. ET DUBIST, C-L. INSEE (2018).....</i>	52
<i>TABEAU 3 : SYNTHESE DES AVANTAGES ET DEFIS DE LA DECENTRALISATION ADAPTEE A PARTIR DE OCDE - CHAPITRE 4. AVANTAGES ET DEFIS ASSOCIES A LA DECENTRALISATION</i>	71
<i>TABEAU 4 : DESCRIPTION STATISTIQUE DES CRITERES DE CLASSEMENT : LA PROPORTION DE PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS EN 2013, LA PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS PROJETEE POUR 2050 ET LA PREVALENCE DU SCORE GALI (INDICATEUR DE PERTE D'AUTONOMIE) CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS VIVANT A DOMICILE, SELON UNE ETUDE MENE EN 2014. SOURCES : CAISSE DES DEPOTS (2013) ET DREES (2014). DONNEES EN POURCENTAGES.</i>	81
<i>TABEAU 5 : NOMBRE DE DEPARTEMENTS SELON LEURS BESOINS ET LEUR EVOLUTION PROJETEE</i>	82
<i>TABEAU 6 : COMPARAISON STATISTIQUE DES DEUX ECHANTILLONS SUR LA BASE DES TROIS CRITERES D'ANALYSE DES BESOINS</i>	83
<i>TABEAU 7 : COMPARAISON STATISTIQUE DES DEUX GROUPES POUR LE CRITERE DE LA PREVALENCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE.</i>	84
<i>TABEAU 8 : COMPARAISON DES DEUX GROUPES SUR LES VARIABLES DE PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS EN 2013 ET DE PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS PROJETEE EN 2050.....</i>	84
<i>TABEAU 9 : ANALYSE STATISTIQUE ET ANALYSE DE DISPERSION ENTRE LES DEUX GROUPES DE L'ECHANTILLON SUR LE TAUX DE CROISSANCE DE LA PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS ENTRE 2013 ET 2050</i>	85
<i>TABEAU 10 : ANALYSE STATISTIQUE DU TAUX D'EQUIPEMENT EN PLACES DANS LES EHPAD POUR 1 000 PERSONNES AGEES DE 75 ANS.</i>	86
<i>GRAPHIQUE 1 : NUAGE DE POINTS DES DEPARTEMENTS SELON LEUR TAUX D'EQUIPEMENT EN PLACES DANS LES EHPAD POUR 1 000 PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS, PAR RAPPORT A LA MOYENNE NATIONALE.....</i>	86
<i>TABEAU 11 : COMPARAISON STATISTIQUE DES DEUX GROUPES POUR LE CRITERE DU TAUX D'EQUIPEMENT EN PLACES DANS LES EHPAD POUR 1 000 PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS</i>	87
<i>TABEAU 12 : COMPARAISON DES DEUX GROUPES SUR LES VARIABLES DE PRIX MENSUEL HEBERGEMENT EN EHPAD, TARIF DEPENDANCE GIR 1-2, TARIF DEPENDANCE GIR 3-4. ...</i>	88
<i>TABEAU 13 : COMPARAISON DES ECHANTILLONS A ET B SUR LES MONTANTS DE DEPENSES EN ALLOCATION APA ET SUR LES MONTANTS DES DOTATIONS CNSA EN 2021. .</i>	90
<i>TABEAU 14 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE SIMPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X1 SUR Y1.....</i>	95
<i>TABEAU 15 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE EVALUANT LA POUVOIR EXPLICATIF DE X1 ET X2 SUR Y1.....</i>	96

<i>TABLEAU 16 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE SIMPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X3 SUR Y1.....</i>	97
<i>TABLEAU 17 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X4 ET X5 SUR Y1.....</i>	98
<i>TABLEAU 18 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE SIMPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X1, X2, X3 SUR Y1</i>	99
<i>TABLEAU 19 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X6, X7, X8, X9, X10 SUR Y2.....</i>	100
<i>TABLEAU 20 : TEST LINEAIRE SIMPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE LA VARIABLE X6 SUR Y2</i>	101
<i>TABLEAU 21 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DE X3, X4, X5 SUR Y2</i>	102
<i>TABLEAU 22 : TEST DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE EVALUANT LE POUVOIR EXPLICATIF DU NIVEAU DE BESOIN (X1 ET X2) SUR Y2.....</i>	103

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : SIGNIFICATION DU CLASSEMENT GIR – TABLEAU RETRANSCRIT A PARTIR DE CELUI DU RAPPORT LIBAULT, D (2019) (PAGE 188).....	135
ANNEXE 2 : TEST D’EGALITE DES ESPERANCES SUR LA PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS EN 2013 ET EN 2050.	136
ANNEXE 3 : CLASSEMENT DES DEPARTEMENTS EN FONCTION DE LEURS BESOINS ET DE L’EVOLUTION DE LEURS BESOINS	137
ANNEXE 4 : COMPARAISON DES DEUX GROUPES DE L’ECHANTILLON TELS QUE DEFINIS SUR LA BASE DES DE LA COMBINAISON DES TROIS CRITERES DE BESOINS PRE-DEFINIS	139
ANNEXE 5 : NOUVEAU CLASSEMENT DE L’ECHANTILLON EN DEUX GROUPES SUR LA BASE DU CRITERE DE LA PREVALENCE DE LA PERTE D’AUTONOMIE	141
ANNEXE 6 : COMPARAISON DES GROUPES A ET B DE L’ECHANTILLON SUR LES VARIABLES DE PRIX DE L’HEBERGEMENT EN EHPAD (PRIX MENSUEL, TARIF JOUR GIR1-2, TARIF JOUR GIR 3-4), DONNEES DE 2019. SOURCE : CNSA.	142
ANNEXE 7 : SOUS-ANALYSE DES INDICATEURS DE DEPENSES ET DE DOTATION DEDIES A L’AUTONOMIE SELON LE CARACTERE URBAIN OU RURAL DES DEPARTEMENTS.....	144
ANNEXE 8 : DISPERSION DES DOTATIONS CNSA	146
ANNEXE 9 : GUIDE PRISE DE CONTACT POUR LES ENTRETIENS QUALITATIFS	147
ANNEXE 10 : GUIDE ENTRETIEN QUALITATIF SEMI-DIRECTIF	148
ANNEXE 11 : GRILLE DE CODAGE ET D’ANALYSE DES ENTRETIENS - <i>NON DISPONIBLE DANS CETTE VERSION</i>	151
ANNEXE 12 : RETRANSCRIPTION D’UN ENTRETIEN QUALITATIF SEMI-DIRECTIF - <i>NON DISPONIBLE DANS CETTE VERSION</i>.....	152

ANNEXE 1 : Signification du classement GIR – tableau retranscrit à partir de celui du rapport Libault, D (2019) (page 188)

Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR auquel il est rattaché	
GIR	Degré de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Annexe 2-1 CASF – issu de page 188 Libault, D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*. Mars 2019. En ligne, accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

ANNEXE 2 : Test d'égalité des espérances sur la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 et en 2050.

	<i>Proportion personnes âgées de 75 ans et + en 2013</i>	<i>Proportion personnes âgées de 75 ans et + en 2050</i>
Moyenne	10,011	18,442
Variance	5,704827273	14,31882424
Observations	100	100
Variance pondérée	10,01182576	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	198	
Statistique t	-18,84115187	
P(T<=t) unilatéral	2,44342E-46	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,652585784	
P(T<=t) bilatéral	4,88684E-46	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,972017478	

ANNEXE 3 : Classement des départements en fonction de leurs besoins et de l'évolution de leurs besoins

Score de classement à 5 niveaux : 0 = besoins faibles actuellement et stables en projection, 1 = besoins moyens actuellement et stables en projection, 2 = besoins moyens actuellement et en augmentation dans le futur, 3 = besoins forts actuellement mais stables en projection, 4 = besoins forts actuellement et en augmentation dans le futur.

Nom Officiel Département Majuscule	Nom Officiel Région	Code Officiel Région	code_dep	POPULATION TOTALE	proportion 2013_75_ans_ et_plus	codage critère proportion 75 ans et + 2013	proportion 2050_75_ans_ et_plus	croissance proportion 75 ans et +	codage critère proportion 75 ans et + 2050	Prévalence GALI	codage critère prévalence GALI	combinaison critères 2013-2014	classement selon besoins et leur évolution
AIN	Auvergne-Rhône-Alpes	84	01	624613	7,7	0	14,7	91%	1	18,06	0	1	2
AISNE	Hauts-de-France	32	02	525611	9	0	17,1	90%	1	25,21	1	1	2
ALLIER	Auvergne-Rhône-Alpes	84	03	329032	13,2	1	20,7	57%	0	21,59	1	1	1
ALPES DE HAUTE SAVOIE	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	04	158721	11,5	1	22,3	94%	1	20,55	1	2	4
HAUTES ALPES	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	05	136944	10,7	1	23,1	116%	1	17,15	0	2	4
ALPES MARITIMES	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	06	1057745	12	1	19,8	65%	0	18,49	0	1	1
ARDECHE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	07	316419	11	1	21,5	95%	1	19,68	0	2	4
ARDENNES	Grand Est	44	08	270089	9,3	0	17,7	90%	1	20,66	1	1	2
ARIEGE	Occitanie	76	09	148792	12,7	1	21,6	70%	0	26,30	1	1	1
AUBE	Grand Est	44	10	301291	9,9	0	17,3	75%	0	22,00	1	0	0
AUDE	Occitanie	76	11	359758	11,8	1	21,7	84%	1	21,44	1	2	4
AVEYRON	Occitanie	76	12	270040	13,8	1	22,6	64%	0	16,97	0	1	1
BOUCHES DU RHÔNE	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	13	1966946	9,2	0	16,4	78%	0	22,46	1	0	0
CALVADOS	Normandie	28	14	675952	9,5	0	18,4	94%	1	22,78	1	1	2
CANTAL	Auvergne-Rhône-Alpes	84	15	141059	13,9	1	24,6	77%	0	20,45	1	1	1
CHARENTE	Nouvelle-Aquitaine	75	16	343951	12	1	21,6	80%	0	21,49	1	1	1
CHARENTE MARITIME	Nouvelle-Aquitaine	75	17	626839	12,2	1	22,5	84%	1	19,52	0	2	4
CHER	Centre-Val de Loire	24	18	298832	11,7	1	21,5	84%	1	22,99	1	2	4
CORREZE	Nouvelle-Aquitaine	75	19	232851	13,9	1	22,7	63%	0	26,14	1	1	1
COTE D'OR	Bourgogne-Franche-Comté	27	21	517606	9,4	0	16,8	79%	0	17,15	0	0	0
COTES D'ARMOR	Bretagne	53	22	583974	12,1	1	21	74%	0	19,79	0	1	1
CREUSE	Nouvelle-Aquitaine	75	23	115571	15,7	1	25,5	62%	0	23,80	1	1	1
DORDOGNE	Nouvelle-Aquitaine	75	24	402568	13,5	1	23,9	77%	0	22,94	1	1	1
DOUBS	Bourgogne-Franche-Comté	27	25	526708	8,7	0	15,2	75%	0	25,02	1	0	0
DROME	Auvergne-Rhône-Alpes	84	26	498191	9,6	0	17,8	85%	1	20,41	1	1	2
EURE	Normandie	28	27	590340	7,8	0	16,2	108%	1	16,67	0	1	2
EURE ET LOIR	Centre-Val de Loire	24	28	424753	9	0	17,1	90%	1	18,67	0	1	2
FINISTERE	Bretagne	53	29	883805	10,7	1	18,8	76%	0	21,76	1	1	1
CORSE DU SUD	Corse	94	2A	151867	10,4	1	23,2	123%	1	18,93	0	2	4
HAUTE CORSE	Corse	94	2B	172211	10,3	1	20	94%	1	22,82	1	2	4
GARD	Occitanie	76	30	726580	10,1	0	20,2	100%	1	20,86	1	2	4
HAUTE GARONNE	Occitanie	76	31	1321842	7,7	0	12,4	61%	0	18,91	0	0	0
GERS	Occitanie	76	32	185852	13,5	1	21,8	61%	0	21,57	1	1	1
GIRONDE	Nouvelle-Aquitaine	75	33	1537237	8,9	0	15,1	70%	0	19,78	0	0	0
HERAULT	Occitanie	76	34	1108152	9,6	0	16,9	76%	0	18,37	0	0	0
ILLE ET VILAINE	Bretagne	53	35	1023650	8,4	0	14,4	71%	0	14,87	0	0	0
INDRE	Centre-Val de Loire	24	36	216811	13,5	1	22,5	67%	0	17,19	0	1	1
INDRE ET LOIRE	Centre-Val de Loire	24	37	590546	10,2	0	17,5	72%	0	20,21	1	0	0
ISERE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	38	1228997	7,9	0	14,7	86%	1	19,56	0	1	2
JURA	Bourgogne-Franche-Comté	27	39	254856	10,7	1	20,1	88%	1	19,74	0	2	4
LANDES	Nouvelle-Aquitaine	75	40	395396	11,2	1	20,3	81%	1	18,61	0	2	4
LOIR ET CHER	Centre-Val de Loire	24	41	323056	11,9	1	20,8	75%	0	16,85	0	1	1
LOIRE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	42	743799	10,7	1	16,7	56%	0	20,35	1	1	1
HAUTE LOIRE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	43	221324	11,2	1	20,7	85%	1	22,60	1	2	4
LOIRE ATLANTIQUE	Pays de la Loire	52	44	1350595	8,4	0	14,8	76%	0	18,55	0	0	0
LOIRET	Centre-Val de Loire	24	45	659364	9,2	0	16,4	78%	0	18,31	0	0	0
LOT	Occitanie	76	46	168957	14	1	24,9	78%	0	25,89	1	1	1
LOT ET GARONNE	Nouvelle-Aquitaine	75	47	324173	12,7	1	20,7	63%	0	20,67	1	1	1
LOZERE	Occitanie	76	48	72272	12	1	21,7	81%	0	20,16	0	1	1
MAINE ET LOIRE	Pays de la Loire	52	49	789637	9,3	0	15,8	70%	0	16,41	0	0	0
MANCHE	Normandie	28	50	486865	11,9	1	22,1	86%	1	20,32	1	2	4
MARNE	Grand Est	44	51	557064	8,4	0	15,3	82%	1	19,21	0	1	2
HAUTE MARNE	Grand Est	44	52	172964	11,3	1	20,1	78%	0	24,37	1	1	1
MAYENNE	Pays de la Loire	52	53	300177	10,7	1	18,6	74%	0	20,05	0	1	1
MEURTHE ET MOSELLE	Grand Est	44	54	714762	8,8	0	14,7	67%	0	21,65	1	0	0
MEUSE	Grand Est	44	55	183728	10,3	1	19,3	87%	1	21,94	1	2	4
MORBIHAN	Bretagne	53	56	729907	10,8	1	21,1	95%	1	15,63	0	2	4
MOSELLE	Grand Est	44	57	1021171	8,6	0	17,4	102%	1	24,94	1	1	2
NIEVRE	Bourgogne-Franche-Comté	27	58	202595	13,7	1	23,2	69%	0	17,39	0	1	1
NORD	Hauts-de-France	32	59	2551801	7,5	0	13,3	77%	0	23,24	1	0	0
OISE	Hauts-de-France	32	60	804164	6,8	0	14,8	118%	1	16,74	0	1	2
ORNE	Normandie	28	61	276198	12,1	1	21,9	81%	0	21,19	1	1	1
PAS DE CALAIS	Hauts-de-France	32	62	1443504	8,2	0	15,6	90%	1	26,52	1	1	2
PUY DE DOME	Auvergne-Rhône-Alpes	84	63	632320	9,8	0	15,1	54%	0	24,68	1	0	0
PYRENEES ATLANTIQUES	Nouvelle-Aquitaine	75	64	656925	11,6	1	19,7	70%	1	20,39	1	1	1
HAUTES PYRENEES	Occitanie	76	65	220751	13,3	1	21,3	60%	0	20,63	1	1	1
PYRENEES ORIENTALES	Occitanie	76	66	464442	12	1	20,7	73%	0	19,76	0	1	1
BAS RHIN	Grand Est	44	67	1097507	7,9	0	15,7	99%	1	18,70	0	1	2
HAUT RHIN	Grand Est	44	68	746683	8,5	0	17,5	106%	1	18,83	0	1	2
RHONE ALPES	Auvergne-Rhône-Alpes	84	69	1792673	8	0	12,1	51%	0	19,61	0	0	0
HAUTE SAONE	Bourgogne-Franche-Comté	27	70	232183	9,8	0	20	104%	1	19,62	0	1	2
SAONE ET LOIRE	Bourgogne-Franche-Comté	27	71	540518	12	1	21,5	79%	0	21,74	1	1	1
SARTHE	Pays de la Loire	52	72	553359	10,3	1	18,6	81%	0	19,16	0	1	1
SAVOIE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	73	420876	9,1	0	18,3	101%	1	19,97	0	1	2
HAUTE SAVOIE	Auvergne-Rhône-Alpes	84	74	788078	7,1	0	14,2	100%	1	16,13	0	1	2
PARIS	Île-de-France	11	75	2146742	7,5	0	12,5	67%	0	17,46	0	0	0
SEINE MARITIME	Normandie	28	76	1231440	8,9	0	16,5	85%	1	19,76	0	1	2
SEINE ET MARNE	Île-de-France	11	77	1374316	5,8	0	12,9	122%	1	15,86	0	1	2
YVELINES	Île-de-France	11	78	1404334	7	0	13,7	96%	1	18,63	0	1	2
DEUX SEVRES	Nouvelle-Aquitaine	75	79	364975	11,4	1	19,5	71%	0	18,90	0	1	1
SOMME	Hauts-de-France	32	80	560746	8,8	0	16,2	84%	1	22,77	1	1	2
TARN	Occitanie	76	81	376579	12,5	1	19,6	57%	0	21,26	1	1	1
TARN ET GARONNE	Occitanie	76	82	250557	10,8	1	18,3	69%	0	18,72	0	1	1
VAR	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	83	1030811	11,6	1	20,9	80%	0	21,20	1	1	1
VAUCLUSE	Provence-Alpes-Côte d'Azur	93	84	548080	9,6	0	19	98%	1	21,56	1	1	2
VENDEE	Pays de la Loire	52	85	654340	10,7	1	21,8	104%	1	16,20	0	2	4
VIENNE	Nouvelle-Aquitaine	75	86	423642	10,4	1	16,6	60%	0	19,02	0	1	1
HAUTE VIENNE	Nouvelle-Aquitaine	75	87	366929	11,8	1	18,5	57%	0	24,05	1	1	1
VOSGES	Grand Est	44	88	360268	10,7	1	22	106%	1	17,29	0	2	4
YONNE	Bourgogne-Franche-Comté	27	89	330001	11,1	1	20,1	81%	1	20,58	1	2	4
TERRITOIRE DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	Bourgogne-Franche-Comté	27	90	140695	8,5	0	14,8	74%	0	21,71	1	0	0
ESSONNE	Île-de-France	11	91	1255659	6,4	0	13	103%	1	14,10	0	1	2
HAUTS DE SEINE	Île-de-France	11	92	1575735	7,2	0	12,8	78%	0	18,07	0	0	0
SEINE SAINT DENIS	Île-de-France	11	93	1578589	5,4	0	11	104%	1	16,93	0	1	2
VAL DE MARNE	Île-de-France	11	94	1353170	6,9	0	13,1	90%	1	21,28	1	1	2
VAL D'OISE	Île-de-France	11	95	1199969	5,7	0	12,5	119%	1	19,53	0	1	2
GUADELOUPE	Guadeloupe	01	971	389997	6,9	0	25,1	264%	1	29,94	1	1	2
MARTINIQUE	Martinique	02	972	370291	8,2	0	29,3	257%	1	28,00	1	1	2
GUYANE	Guyane	03	973	266577	1,6	0	8,3	419%	1	26,08	1	1	2
LA REUNION	La Réunion	04	974	845713	3,9	0	12,4	218%	1	27,09	1	1	2

ANNEXE 4 : Comparaison des deux groupes de l'échantillon tels que définis sur la base des de la combinaison des trois critères de besoins pré-définis

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Groupe Faibles besoins</i>	<i>Groupe Forts besoins</i>
Moyenne	11,03	8,91
Variance	4,34	4,92
Observations	52	48
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	96	
Statistique t	4,917	
P(T<=t) unilatéral	0,000	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,661	
P(T<=t) bilatéral	0,000	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,985	

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	<i>Groupe Faibles besoins</i>	<i>Groupe Forts besoins</i>
Moyenne	18,75	18,10
Variance	12,38	16,50
Observations	52	48
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	93	

Statistique t	0,85
P(T<=t) unilatéral	0,20
Valeur critique de t (unilatéral)	1,66
P(T<=t) bilatéral	0,40
Valeur critique de t (bilatéral)	1,99

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes

	Groupe	Groupe
	<i>Faibles besoins</i>	<i>Forts besoins</i>
Moyenne	20,55	20,44
Variance	6,95	11,67
Observations	52	48
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	88	
Statistique t	0,18	
P(T<=t) unilatéral	0,43	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,66	
P(T<=t) bilatéral	0,86	
Valeur critique de t (bilatéral)	1,99	

ANNEXE 5 : Nouveau classement de l'échantillon en deux groupes sur la base du critère de la prévalence de la perte d'autonomie

Nom Officiel Dépar	Nom Officiel Code Offici	code_dep	POPULATI	proportion	proportion	croissance	évalence	G	échantillon
ESSONNE	Île-de-Franc	11	91	1255659	6,4	13	103%	14,10	0
ILLE ET VILAINE	Bretagne	53	35	1023650	8,4	14,4	71%	14,87	0
MORBIHAN	Bretagne	53	56	729907	10,8	21,1	95%	15,63	0
SEINE ET MARNE	Île-de-Franc	11	77	1374316	5,8	12,9	122%	15,86	0
HAUTE SAVOIE	Auvergne-Rh	84	74	788078	7,1	14,2	100%	16,13	0
VENDEE	Pays de la Lc	52	85	654340	10,7	21,8	104%	16,20	0
MAINE ET LOIRE	Pays de la Lc	52	49	789637	9,3	15,8	70%	16,41	0
EURE	Normandie	28	27	590340	7,8	16,2	108%	16,67	0
OISE	Hauts-de-Fr	32	60	804164	6,8	14,8	118%	16,74	0
LOIR ET CHER	Centre-Val d	24	41	323056	11,9	20,8	75%	16,85	0
SEINE SAINT DENIS	Île-de-Franc	11	93	1578589	5,4	11	104%	16,93	0
AUEYRON	Occitanie	76	12	270040	13,8	22,6	64%	16,97	0
HAUTES ALPES	Provence-Alp	93	05	136944	10,7	23,1	116%	17,15	0
COTE D'OR	Bourgogne-F	27	21	517606	9,4	16,8	79%	17,15	0
INDRE	Centre-Val d	24	36	216811	13,5	22,5	67%	17,19	0
VOSGES	Grand Est	44	88	360268	10,7	22	106%	17,29	0
NIEVRE	Bourgogne-F	27	58	202595	13,7	23,2	69%	17,39	0
PARIS	Île-de-Franc	11	75	2146742	7,5	12,5	67%	17,46	0
AIN	Auvergne-Rh	84	01	624613	7,7	14,7	91%	18,06	0
HAUTS DE SEINE	Île-de-Franc	11	92	1575735	7,2	12,8	78%	18,07	0
LOIRET	Centre-Val d	24	45	659364	9,2	16,4	78%	18,31	0
HERAULT	Occitanie	76	34	1108152	9,6	16,9	76%	18,37	0
ALPES MARITIMES	Provence-Alp	93	06	1057745	12	19,8	65%	18,49	0
LOIRE ATLANTIQUE	Pays de la Lc	52	44	1350595	8,4	14,8	76%	18,55	0
LANDES	Nouvelle-Aq	75	40	395396	11,2	20,3	81%	18,61	0
YVELINES	Île-de-Franc	11	78	1404334	7	13,7	96%	18,63	0
EURE ET LOIR	Centre-Val d	24	28	424753	9	17,1	90%	18,67	0
BAS RHIN	Grand Est	44	67	1097507	7,9	15,7	99%	18,70	0
TARN ET GARONNE	Occitanie	76	82	250557	10,8	18,3	69%	18,72	0
HAUT RHIN	Grand Est	44	68	746683	8,5	17,5	106%	18,83	0
DEUX SEVRES	Nouvelle-Aq	75	79	364975	11,4	19,5	71%	18,90	0
HAUTE GARONNE	Occitanie	76	31	1321842	7,7	12,4	61%	18,91	0
CORSE DU SUD	Corse	94	2A	151867	10,4	23,2	123%	18,93	0
VIENNE	Nouvelle-Aq	75	86	423642	10,4	16,6	60%	19,02	0
SARTHE	Pays de la Lc	52	72	553359	10,3	18,6	81%	19,16	0
MARNE	Grand Est	44	51	557064	8,4	15,3	82%	19,21	0
CHARENTE MARITIME	Nouvelle-Aq	75	17	626839	12,2	22,5	84%	19,52	0
VAL D'OISE	Île-de-Franc	11	95	1199969	5,7	12,5	119%	19,53	0
ISERE	Auvergne-Rh	84	38	1228997	7,9	14,7	86%	19,56	0
RHONE	Auvergne-Rh	84	69	1792673	8	12,1	51%	19,61	0
HAUTE SAONE	Bourgogne-F	27	70	232183	9,8	20	104%	19,62	0
ARDECHE	Auvergne-Rh	84	07	316419	11	21,5	95%	19,68	0
JURA	Bourgogne-F	27	39	254856	10,7	20,1	88%	19,74	0
PYRENEES ORIENTALES	Occitanie	76	66	464442	12	20,7	73%	19,76	0
SEINE MARITIME	Normandie	28	76	1231440	8,9	16,5	85%	19,76	0
GIRONDE	Nouvelle-Aq	75	33	1537237	8,9	15,1	70%	19,78	0
COTES D'ARMOR	Bretagne	53	22	583974	12,1	21	74%	19,79	0
SAVOIE	Auvergne-Rh	84	73	420876	9,1	18,3	101%	19,87	0
MAYENNE	Pays de la Lc	52	53	300177	10,7	18,6	74%	20,05	0
LOZERE	Occitanie	76	48	72272	12	21,7	81%	20,16	0
INDRE ET LOIRE	Centre-Val d	24	37	590546	10,2	17,5	72%	20,21	1
MANCHE	Normandie	28	50	486865	11,9	22,1	86%	20,32	1
LOIRE	Auvergne-Rh	84	42	743799	10,7	16,7	56%	20,35	1
PYRENEES ATLANTIQUES	Nouvelle-Aq	75	64	656925	11,6	19,7	70%	20,39	1
DROME	Auvergne-Rh	84	26	498191	9,6	17,8	85%	20,41	1
CANTAL	Auvergne-Rh	84	15	141059	13,9	24,6	77%	20,45	1
ALPES DE HAUTE PROVENCE	Provence-Alp	93	04	158721	11,5	22,3	94%	20,55	1
YONNE	Bourgogne-F	27	89	330001	11,1	20,1	81%	20,58	1
HAUTES PYRENEES	Occitanie	76	65	220751	13,3	21,3	60%	20,63	1
ARDENNES	Grand Est	44	08	270089	9,3	17,7	90%	20,66	1
LOT ET GARONNE	Nouvelle-Aq	75	47	324173	12,7	20,7	63%	20,67	1
GARD	Occitanie	76	30	726580	10,1	20,2	100%	20,86	1
ORNE	Normandie	28	61	276198	12,1	21,9	81%	21,19	1
VAR	Provence-Alp	93	83	1030811	11,6	20,9	80%	21,20	1
TARN	Occitanie	76	81	376579	12,5	19,6	57%	21,26	1
VAL DE MARNE	Île-de-Franc	11	94	1353170	6,9	13,1	90%	21,28	1
AUDE	Occitanie	76	11	359758	11,8	21,7	84%	21,44	1
CHARENTE	Nouvelle-Aq	75	16	343951	12	21,6	80%	21,49	1
VAUCLUSE	Provence-Alp	93	84	548080	9,6	19	98%	21,56	1
GERS	Occitanie	76	32	185852	13,5	21,8	61%	21,57	1
ALLIER	Auvergne-Rh	84	03	329032	13,2	20,7	57%	21,59	1
MEURTHE ET MOSELLE	Grand Est	44	54	714762	8,8	14,7	67%	21,65	1
TERRITOIRE DE BELFORT	Bourgogne-F	27	90	140695	8,5	14,8	74%	21,71	1
SAONE ET LOIRE	Bourgogne-F	27	71	540518	12	21,5	79%	21,74	1
FINISTERE	Bretagne	53	29	883805	10,7	18,8	76%	21,76	1
MEUSE	Grand Est	44	55	183728	10,3	19,3	87%	21,94	1
AUBE	Grand Est	44	10	301291	9,9	17,3	75%	22,00	1
BOUCHES DU RHONE	Provence-Alp	93	13	1966946	9,2	16,4	78%	22,46	1
HAUTE LOIRE	Auvergne-Rh	84	43	221324	11,2	20,7	85%	22,60	1
SOMME	Hauts-de-Fr	32	80	560746	8,8	16,2	84%	22,77	1
CALVADOS	Normandie	28	14	673952	9,5	18,4	94%	22,78	1
HAUTE CORSE	Corse	94	28	172211	10,3	20	94%	22,82	1
DORDOGNE	Nouvelle-Aq	75	54	402568	13,5	23,9	77%	22,94	1
CHER	Centre-Val d	24	18	298832	11,7	21,5	84%	22,99	1
NORD	Hauts-de-Fr	32	59	2551801	7,5	13,3	77%	23,24	1
CREUSE	Nouvelle-Aq	75	23	115571	15,7	25,5	62%	23,80	1
HAUTE VIENNE	Nouvelle-Aq	75	87	366929	11,8	18,5	57%	24,05	1
HAUTE MARNE	Grand Est	44	52	172964	11,3	20,1	78%	24,37	1
PUY DE DOME	Auvergne-Rh	84	63	632320	9,8	15,1	54%	24,68	1
MOSELLE	Grand Est	44	57	1021171	8,6	17,4	102%	24,94	1
DOUBS	Bourgogne-F	27	25	526708	8,7	15,2	75%	25,02	1
AISNE	Hauts-de-Fr	32	02	525611	9	17,1	90%	25,21	1
LOT	Occitanie	76	46	168957	14	24,9	78%	25,89	1
GUYANE	Guyane	93	973	266577	1,6	8,3	419%	26,08	1
CORREZE	Nouvelle-Aq	75	19	232851	13,9	22,7	63%	26,14	1
ARIEGE	Occitanie	76	09	148792	12,7	21,6	90%	26,30	1
PAS DE CALAIS	Hauts-de-Fr	32	52	1443504	8,2	15,6	90%	26,52	1
LA REUNION	La Réunion	94	574	845713	3,9	12,4	218%	27,09	1
MARTINIQUE	Martinique	92	572	370291	8,2	29,3	257%	28,00	1
GUADELOUPE	Guadeloupe	91	571	389997	6,9	25,1	264%	29,94	1

ANNEXE 6 : Comparaison des groupes A et B de l'échantillon sur les variables de prix de l'hébergement en EHPAD (prix mensuel, tarif jour GIR1-2, tarif jour GIR 3-4), données de 2019. Source : CNSA.

Prix par mois (en €) en hébergement permanent - chambre seule + tarif dépendance GIR 5-6 - 2019 Médiane			
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes			
		<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>
Moyenne		2129,56	2044,76
Variance		142573,39	87961,21
Observations		50	50
Différence hypothétique des moyennes		0	
Degré de liberté		93	
Statistique t		1,25	
P(T<=t) unilatéral		0,11	
Valeur critique de t (unilatéral)		1,66	
P(T<=t) bilatéral		0,21	
Valeur critique de t (bilatéral)		1,99	
tarif dépendance jour GIR1_2 2019 Médiane			
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes			
		<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>
Moyenne		20,72	21,37
Variance		2,45	10,38
Observations		50	50
Différence hypothétique des moyennes		0	
Degré de liberté		71	
Statistique t		-1,28	

	P(T<=t) unilatéral	0,10		
	Valeur critique de t (unilatéral)	1,67		
	P(T<=t) bilatéral	0,20		
	Valeur critique de t (bilatéral)	1,99		
	tarif dépendance jour GIR3_4 2019 - Médiane			
	Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes			
		<i>Groupe A Départements faibles besoins</i>	<i>Groupe B Départements forts besoins</i>	
	Moyenne	13,15	13,56	
	Variance	0,98	4,19	
	Observations	50	50	
	Différence hypothétique des moyennes	0		
	Degré de liberté	71		
	Statistique t	-1,27		
	P(T<=t) unilatéral	0,10		
	Valeur critique de t (unilatéral)	1,67		
	P(T<=t) bilatéral	0,21		
	Valeur critique de t (bilatéral)	1,99		

**ANNEXE 7 : Sous-analyse des indicateurs de dépenses et de dotation
dédiés à l'autonomie selon le caractère urbain ou rural des départements.**

Dépenses Allocations APA (en millions d'euros)		
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	<i>groupe des départements ruraux</i>	<i>groupe des départements urbains</i>
Moyenne	44,96	107,58
Variance	365,31	2963,94
Observations	47	27
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	30	
Statistique t	-5,78	
P(T<=t) unilatéral	0,00	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,70	
P(T<=t) bilatéral	0,00	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,04	
Dotations CNSA (en millions d'euros)		
Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	<i>groupe des départements ruraux</i>	<i>groupe des départements urbains</i>
Moyenne	25,58	57,22
Variance	119,36	808,85
Observations	47	27
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	30	
Statistique t	-5,55	
P(T<=t) unilatéral	0,00	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,70	
P(T<=t) bilatéral	0,00	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,04	

Nom 2021	D Rural / Urbain	Population t	Allocations A	CNSA en millions d'euros	Nom 2021	D Rural / Urbain	Population t	Allocations A	CNSA en mill
Ain	rural	663720	49,8209002	25,2028984	Alpes-Mariti	urbain	1100444	109,255467	51,0081136
Charente-Ma	rural	662799	67,1712676	43,2830061	Alsace	urbain	1928967	149,130708	87,013794
Côte-d'Or	rural	545283	44,5306343	26,5017497	Essonne	urbain	1311028	67,5524373	43,4784742
Côtes-d'Arm	rural	617921	74,282118	37,4908876	Gironde	urbain	1626287	149,944988	84,5137605
Deux-Sèvres	rural	385029	38,4157074	23,3468936	Haute-Savoie	urbain	838044	59,465402	29,113714
Eure	rural	613320	41,5652703	29,9104474	Hérault	urbain	1177177	149,294479	81,1576436
Eure-et-Loir	rural	442378	33,270499	22,0715571	Loire	urbain	777897	88,8364623	43,8917414
Haute-Vienne	rural	380092	42,5936705	25,544086	Meurthe-et-l	urbain	745199	77,864117	39,1966414
Hautes-Pyré	rural	235322	46,6257404	20,1069469	Moselle	urbain	1062362	80,0674427	49,7187512
Indre	rural	226338	26,3672349	15,6844237	Nord	urbain	2636884	261,933007	135,754341
Jura	rural	268874	23,9387475	15,181475	Pas-de-Calai	urbain	1488821	195,76433	91,1236789
Loir-et-Cher	rural	338835	37,9425895	21,7518718	Seine-et-Ma	urbain	1428970	68,0474156	42,6187803
Lot	rural	179604	34,9381686	16,8165379	Seine-Mariti	urbain	1276877	130,582567	70,1084129
Maine-et-Loi	rural	835856	65,0636787	42,1849107	Seine-Saint-l	urbain	1639416	135,676763	54,1556961
Manche	rural	511983	50,3798467	30,1788333	Territoire de	urbain	144992	16,2606039	7,9239971
Orne	rural	289734	38,0728504	19,9858211	Val-de-Marn	urbain	1405700	81,8924391	48,8719182
Saône-et-Loi	rural	568023	71,0706005	39,8326434	Bouches-du-	urbain	2058818	177,488243	112,056129
Somme	rural	580719	59,8723965	34,3994852	Haute-Garor	urbain	1403685	125,821487	72,1997812
Vienne	rural	447895	45,1105661	24,3455185	Hauts-de-Se	urbain	1635499	65,4879001	21,4582881
Vosges	rural	377569	36,8974581	20,8490262	Isère	urbain	1288406	143,52055	66,6003003
Yonne	rural	345991	35,5590827	21,1220751	Loire-Atlanti	urbain	1441302	109,4872	58,4092304
Ardèche	rural	335571	45,6521088	21,8872467	Pyrénées-Or	urbain	484215	52,1925856	34,5306047
Ariège	rural	157120	19,4105	10,9938912	Val-d'Oise	urbain	1248901	61,6253556	39,69056
Aube	rural	317139	37,700078	19,3795907	Var	urbain	1084710	106,990187	65,8802692
Calvados	rural	708236	72,085403	41,1017524	Vaucluse	urbain	570962	47,8438988	29,946048
Corrèze	rural	248339	27,8176316	17,3350976	La Réunion	urbain/rural	865507	146,85173	55,5535943
Doubs	rural	555190	51,4017577	28,7669329	Guadeloupe	urbain/rural	393401	45,6900946	28,9477021
Drôme	rural	528015	61,8937608	29,2824103					
Finistère	rural	936959	96,2785254	53,836425					
Gers	rural	198043	32,2583583	16,8414398					
Haute-Marn	rural	179062	19,4617146	11,0278544					
Haute-Saône	rural	242280	20,5925956	13,4966234					
Hautes-Alpe	rural	145309	16,4931765	8,99983999					
Landes	rural	422602	53,5293612	26,5985379					
Lot-et-Garon	rural	340356	41,3238077	25,1706229					
Lozère	rural	80227	10,5014921	5,7613491					
Mayenne	rural	316608	27,5894409	16,6572166					
Meuse	rural	190802	19,2138035	10,7124384					
Morbihan	rural	776176	84,653401	44,2946281					
Nièvre	rural	211256	28,7593388	16,4006098					
Oise	rural	844905	55,7150963	38,3866009					
Puy-de-Dôm	rural	673671	54,5526365	36,4408149					
Pyrénées-At	rural	698710	75,4600526	42,8960919					
Sarthe	rural	579120	51,9997122	29,4018892					
Tarn	rural	399108	49,9882524	28,2032344					
Tarn-et-Garc	rural	264910	31,2542057	16,8416344					
Vendée	rural	698731	63,9825459	35,7776608					

ANNEXE 8 : Dispersion des dotations CNSA

Mediane dotations CNSA en millions d'euros	29,030708
Moyenne dotations CNSA en millions d'euros	34,9116161
Min dotations CNSA en millions d'euros	5,76134910
Max dotations CNSA en millions d'euros	135,754341
Écart-type dotations CNSA en millions d'euros	22,6219792

ANNEXE 9 : guide prise de contact pour les entretiens qualitatifs

PRISE DE CONTACT

Bonjour, je m'appelle Virginie Saracino et je suis étudiante en formation continue de reconversion au sein Master 2 Politiques Publiques de Santé à Sciences Po Grenoble.

Aujourd'hui je m'adresse à vous avec ma casquette d'étudiante. Dans le cadre du master, nous devons réaliser un mémoire de recherche. J'ai choisi de m'intéresser au fonctionnement du financement, des tutelles et de la régulation des EHPAD. Pour ce faire, je mène une recherche bibliographique et une analyse de données quantitatives que je souhaite compléter par des entretiens auprès de professionnels impliqués à différents titres soit de par leur mission au sein d'autorités de tutelle, soit de par leur position dans des EHPAD ou organisations gestionnaires d'EHPAD. C'est pour cela que je me permets de vous solliciter,

Si vous acceptez de participer, l'entretien se tiendra sous la forme d'une discussion libre à partir de quelques thématiques et questions. Elles porteront sur votre rôle au sein de votre organisation, votre expérience, votre vécu du fonctionnement et des modes de collaboration entre votre organisation et les autres parties prenantes, votre perception sur les évolutions du secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier concernant les EHPAD.

Nous en aurons pour 45 minutes à 1 heure maximum.

Obtention du consentement à répondre à l'entretien

Est-ce que vous acceptez de participer ?

Si oui => *prendre rendez-vous ou proposer de le faire immédiatement selon situation + envoyer formulaire accord*

Si non => vous ne souhaitez pas participer à cette enquête. Puis-je juste demander pourquoi ?

Merci de m'avoir écoutée !

ANNEXE 10 : guide entretien qualitatif semi-directif

Obtention du consentement sur la finalité et les conditions de l'enquête

(Mise en route enregistrement)

Comme je vous le disais lors de notre prise de contact, les entretiens que je mène pour mon mémoire de recherche s'adressent à des professionnels parties-prenantes des collaborations entre établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou organismes gestionnaires et leurs tutelles. Je ne recherche rien de confidentiel dans ma démarche. L'objectif est de recueillir des éléments de votre expérience, de votre vécu et également de votre perception de la façon dont se déroule le dialogue entre parties-prenantes, des transformations qui se jouent, de ce qui fonctionne bien ou moins bien. Je cherche ainsi à comprendre le rôle réel de chaque acteur dans les fonctionnements actuels des collaborations entre acteurs et leurs enjeux.

L'échange se fera sous forme d'une discussion, au cours de laquelle je poserai quelques questions auxquelles vous pourrez répondre librement.

Est-ce que je viens d'expliquer sur la finalité de l'enquête est clair pour vous ?

OUI / NON *(réexpliquer si besoin)*

Pour ne rien perdre de notre conversation et pour recueillir votre accord de participation, je vais enregistrer cet entretien. Cet enregistrement ne sera ni réutilisé ni conservé après la fin de mes recherches et ne serviront qu'à mon travail de recherche pour mon mémoire. L'enregistrement de votre consentement sera séparé et déconnecté de l'enregistrement de l'entretien en lui-même afin de ne pas relier directement vos propos à votre identité. Est-ce que vous êtes d'accord pour participer dans ces conditions énoncées à cet entretien ?

OUI / NON *(si NON, fin de l'entretien)*

SI 2 OUI sont recueillis. Très bien nous allons maintenant pouvoir démarrer l'enquête.

(Arrêter enregistrement consentement)

Entretien

(Mise en route enregistrement entretien)

Thèmes	Questions / Relances
Mise en contexte	<p>Pouvez-vous me parler rapidement de votre parcours professionnel ? Comment êtes-vous arrivé dans votre institution ?</p> <p><i>(Relance : Depuis quand travaillez vous en lien avec/dans le secteur médico-social ? en lien avec le grand âge ?)</i></p>
Les acteurs institutionnels et leurs rôles	<p>Pouvez-me décrire le rôle de votre institution et votre rôle au sein de l'institution ?</p> <p><i>(Relance : Par rapport à votre fonction, quelles sont vos parties-prenantes ? De quelle nature sont vos interactions, avec quels objectifs, selon quelles modalités ?)</i></p>
Modes de collaboration et fonctionnement financement / tutelle / régulation	<p>Pourriez-vous me décrire comment se passe la collaboration ? ce qui a évolué dans le fonctionnement, ce qui fonctionne bien ou dysfonctionne ?</p> <p><i>(Relance : sur quels aspects constatez-vous des dysfonctionnements ? qu'est-ce qui au contraire est efficient ?)</i></p>
Vécu / expérience du fonctionnement	<p>Pouvez-vous me parler de votre vécu ?</p> <p><i>(Relance : Avez-vous des expériences / anecdotes particulières à me rapporter concernant la collaboration entre institutions ?)</i></p>
Marge de manœuvre décision / mise en œuvre	<p>Pouvez-vous me donner votre perception sur les processus de décision et de mise en œuvre des politiques publiques ?</p> <p><i>(Relance : Quelle est votre perception de la marge de manœuvre des uns et des autres ?)</i></p>
Les enjeux des dispositifs actuels de financement/tutelle/régulation	<p>Pouvez-vous me décrire, selon votre point de vue, les principaux enjeux actuellement ? <i>(financement / tutelle / régulation)</i></p> <p><i>(Relance : Quels sont les principaux problèmes à résoudre ? les priorités ? Quelle est votre perception de la complexité du fonctionnement et dispositifs actuels ? Pourrait-on simplifier ?)</i></p>

Lien avec actualité	Réaction sur l'actualité des EHPAD / Orpéa : pensez-vous que le fonctionnement actuel / la complexité des dispositifs soient au moins partiellement en cause ? pourquoi ?
Projection simplification	Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous ? Comment ? Pourquoi ?
Évolution du financement, des tutelles et régulations	Les pouvoirs publics parlent de transformer les dispositifs de financement en fusionnant les dotations « Soins » et « dépendance » et, in fine de tutelle et de régulation. Avez-vous un avis sur la direction à donner à cette fusion ? <i>(Relance : Pourquoi ? Quel serait selon vous le bon échelon ?)</i> Quelles seraient les implications pour vous ? Qu'est-ce que cela pourrait simplifier ?
Impact sur la qualité d'accompagnement	Que faudrait-il transformer dans les modes de collaboration entre EHPAD / gestionnaires et les tutelles pour que cela bénéficie à un meilleur accompagnement des personnes âgées en EHPAD ? Selon vous, ces transformations pourraient-elles être de nature à améliorer la qualité d'accompagnement des personnes âgées ? <i>(Relance : en quoi ? pourquoi ?)</i>
Conclusion	Nous en avons maintenant terminé. Auriez-vous quelque chose à ajouter ? un commentaire ? une suggestion ? Pensez-vous à des contacts dans votre réseaux qui accepteraient de répondre à mes questions ?

Transition vers fin d'entretien : Je vous remercie beaucoup pour cet échange très intéressant. Je vous rappelle que les réponses seront pseudonymisées. Je vous souhaite bonne continuation dans vos projets.

(éteindre l'enregistrement)

ANNEXE 11 : grille de codage et d'analyse des entretiens - *Non disponible dans cette version*

ANNEXE 12 : retranscription d'un entretien qualitatif semi-directif -

Non disponible dans cette version

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
PARTIE I : ÉVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES DU GRAND ÂGE ET DE LA DEPENDANCE	11
CHAPITRE 1. LES ACTEURS ET LE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN FRANCE	11
1.1 <i>La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France</i>	11
1.1.a Quelques données démographiques et définitions de la dépendance	11
1.1.b Quels sont les enjeux de prise en charge ?	13
1.2 <i>Les acteurs de la dépendance</i>	16
1.2.a Qui assure la gouvernance ? Quelles sont les tutelles ?	16
1.2.b Qui assure l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?	19
1.3 <i>Qui finance la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de quelle manière ?</i>	20
1.3.a Qui assure le financement ?	20
1.3.b D'où proviennent les financements et à quoi servent-ils ?	22
1.3.c Quelles sont les modalités de financement des ESMS ?	25
CHAPITRE 2. LES POLITIQUES PUBLIQUES DU GRAND ÂGE ET DE LA DEPENDANCE EN FRANCE	29
2.1 <i>La législation en vigueur et son application via la branche autonomie</i>	30
2.1.a Petite histoire des politiques publiques du Grand Âge et de la dépendance	30
2.1.b Lois et politiques publiques qui guident l'action médico-sociale actuelle	33
2.1.c Application des politiques publiques du Grand Âge : la feuille de route de la branche autonomie	35
2.2 <i>Les évolutions politiques envisagées : des recommandations rattrapées par l'actualité récente des EHPAD</i>	39
2.2.a Les recommandations des concertations « Grand Âge et autonomie » et des rapports de missions	39
2.2.b L'actualité et ses impacts politiques : mise en exergue des facteurs de complexité et volonté de transparence	45
2.2.c Vers quel modèle d'EHPAD les politiques publiques sont-elles orientées ?	49
2.3 <i>Comment les politiques répondent-elles aux besoins sociaux nationaux en termes de Grand Âge et dépendance ?</i>	50
2.3.a Évolution démographique : la population vieillit avec de plus en plus de « vieux séniors »	51
2.3.b Degré de dépendance des séniors et impact sur le lieu de vie	51
2.3.c Évolution des besoins en accompagnement médico-social	53
2.3.d L'offre en termes d'accompagnement et d'hébergement	54
CHAPITRE 3. QUELLES PISTES POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE ET RESOUDRE L'EQUATION QUALITE-QUANTITE-COUT ?	56
3.1 <i>Combien coûte la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ?</i>	57
3.1.a Le coût global de la dépendance en France	57
3.1.b Projection d'évolution du coût de la dépendance	58
3.1.c Focus sur les dépenses publiques spécifiques au financement des EHPAD	60
3.2 <i>Décentralisation et disparités entre les territoires</i>	61
3.2.a Conséquences de la décentralisation des politiques sociales	62
3.2.b Les sources de disparités et d'inégalités entre les territoires	63
3.3 <i>Faut-il décentraliser davantage pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?</i>	65
PARTIE II : OPPORTUNITES ET LIMITES DE LA DECENTRALISATION DU FINANCEMENT DES EHPAD	67
CHAPITRE 1. HYPOTHESES DE RECHERCHE : UNE DECENTRALISATION DU FINANCEMENT A L'ECHELON DU DEPARTEMENT AMELIORERAIT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN EHPAD	67
1.1 <i>Qu'est-ce que la décentralisation ?</i>	67
1.2 <i>Les effets de la décentralisation : avantages et limites</i>	69

1.3 Hypothèses de recherche redéfinies et précisées	72
CHAPITRE 2. LA DECENTRALISATION A L'ECHELON DU DEPARTEMENT EST-ELLE PERTINENTE POUR METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE GRAND AGE ET DEPENDANCE ?	75
2.1 Quelques réponses apportées par la recherche	75
2.1.a Conséquences de décentralisations en santé et dans le social	75
2.1.b Impact de la décentralisation au niveau du département : quelles conditions de succès ?	76
2.2 Une approche statistique des départements.....	79
2.2.a Analyse des besoins par département.....	79
2.2.b Analyse de l'offre par département.....	85
2.2.c Analyse du financement de l'autonomie par département	88
2.2.d Synthèse des premières analyses de disparités entre les départements	91
2.3 Analyse économétrique de l'offre dans les départements : une tentative de modèles explicatifs.....	93
2.3.a Modèle explicatif du ratio en nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	94
2.3.b Modèle explicatif du prix de l'hébergement en EHPAD	99
2.3.c Synthèse de l'analyse économétrique	103
2.4 Conclusion sur l'hypothèse du département comme échelon de décentralisation pertinent.....	104
CHAPITRE 3. QUELS IMPACTS ET IMPLICATIONS D'UNE FUSION DES DOTATIONS « SOINS » ET « DEPENDANCE » POUR LES METTEURS EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES ?	106
3.1 Méthodologie et limites de l'enquête qualitative	107
3.2 Analyse des entretiens qualitatifs.....	109
3.2.a Des discours différenciés selon les enquêtés et leur institution d'appartenance	109
3.2.b Un constat commun des problématiques et des enjeux d'une réforme du financement.....	110
3.2.c Les implications d'une potentielle fusion des dotations « Soins » et « Dépendance ».....	114
3.2.d Une approche des solutions qui soulève de nouvelles questions	116
3.3 Conclusion sur les implications d'une fusion des dotations « Soins » et « Dépendance » pour les acteurs de terrain.....	117
CONCLUSION GENERALE ET DISCUSSION.....	119
BIBLIOGRAPHIE	123
SITOGRAFIE.....	125
TABLE DES ILLUSTRATIONS	132
TABLE DES ANNEXES	134
TABLE DES MATIERES	153

MOTS-CLÉS : EHPAD, Financement, Grand Âge, Dépendance, Décentralisation

RÉSUMÉ

Transformer le secteur du Grand Âge pour mieux accompagner le vieillissement de la population est un sujet d'actualité. Depuis le début des années 2000 émerge la nécessité de mieux préparer la société au vieillissement de la population. Si des évolutions ont eu lieu, progressivement, la transformation structurelle attendue n'est pas encore advenue. Le contexte du secteur du Grand Âge et de la dépendance, bouge, en particulier celui des EHPAD, impliquant des changements à venir avec leur lot d'incertitudes pour les professionnels et un niveau d'exigence en termes de qualité et de contrôle qui tend à croître plus vite que les moyens alloués. Face à ces préoccupations qui gagnent en importance, le besoin de réforme se fait sentir pointant tout une série de questionnements sur le fameux « nerf de la guerre » : le financement. Le fonctionnement actuel, avec une structure de financement triple et une tutelle bicéphale, est questionné depuis quelques années par les pouvoirs publics. Une proposition de simplification de la structure de financement serait de fusionner les dotations : « Soins » et « Dépendance » et soulève la question du pilotage. Partant de cette proposition, ce mémoire s'intéresse à cette question du financement. Faut-il le repenser ? Et si oui comment ? L'hypothèse de départ est celle de la simplification comme source de plus d'efficacité au bénéfice d'une meilleure qualité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes en EHPAD : faut-il décentraliser le financement des EHPAD en fusionnant les dotations « Soins » et « Dépendance » sous le pilotage des Départements pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ? Et quels seraient les impacts et implications sur la mise en œuvre des politiques publiques des EHPAD et *in fine* sur l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ? Au travers de ces questions, au-delà d'éclairer la nécessité de réformer le financement et l'une des manières de le faire, ce travail s'intéresse également à la manière dont cela pourrait « teinter » la mise en œuvre des politiques publiques du Grand Âge par les acteurs de terrain.