



CONSEIL DE L'ÂGE

AVIS SUR
LE PLFSS 2023

**Adopté par le Conseil de l'âge
le 18 octobre 2022**

Préambule

Le Conseil de l'âge considère que seule une loi de programmation d'orientation et de financement, à horizon 2030 par exemple, serait de nature à donner la cohérence et l'ambition nécessaires au développement d'une politique de l'autonomie à la hauteur des besoins et des enjeux démographiques et sociétaux de la révolution de la longévité.

Elle permettrait de couvrir l'ensemble du champ des actions à mener et prestations à mettre en œuvre. Elle donnerait à tous la visibilité nécessaire :

- aux ménages qu'il s'agisse des personnes en perte d'autonomie (qui ont besoin de connaître les prestations qui leur seront proposées et le reste à charge qu'elles supporteraient) ou de leurs proches aidants ;
- aux départements qui ont besoin qu'on leur donne des prévisions « longues » sur le financement par la CNSA de leurs dépenses et qu'on clarifie la gouvernance du système de prise en charge de la perte d'autonomie ;
- aux assureurs qui ont besoin de connaître le dessin des aides publiques envisagées pour concevoir les produits qu'ils seraient à même de mettre en place ;
- aux opérateurs qu'il s'agisse des services prestataires de l'aide à domicile, des gestionnaires d'Ehpad ou des promoteurs de formules d'habitat « tiers ».

L'absence d'une telle loi explique que nombre des membres du Conseil ont voté contre le projet d'avis qui leur était soumis ou ont pris acte de l'avis proposé¹. On trouvera en annexe 1 leurs prises de position.

Des membres du Conseil ayant voté contre le PLFSS dans sa globalité ou en ayant pris acte ont par contre émis un avis favorable sur les articles analysés ci-dessous portant sur la situation des personnes âgées en perte d'autonomie².

Les autres membres du Conseil ont adopté l'avis du HCFEA qui porte sur ce préambule et les mesures du PLFSS que nous examinons ci-après.

Pour autant leur appréciation plutôt positive ne doit pas s'interpréter comme valant approbation de la ligne générale du gouvernement.

Nous détaillons à chaque fois les éventuels avis plus réservés des membres qui ont par ailleurs adopté l'avis du Conseil de l'âge.

Par ailleurs, le Conseil a examiné dix amendements proposés par le Groupe SOS, Madame Anne Caron Déglise, l'UNRPA et le Synerpa. Ils font l'objet de l'annexe 2.

¹ Ont pris position contre le projet de loi : déclaration intersyndicale (CFTC, CGT, CGC, FGR-FP, FSU, FO et UNRPA-Ensemble & Solidaires). Ont pris acte : CFDT ; Synerpa ; Unsa ; FNMF ; Medef ; Korian, Ad-pa. L'annexe 1 regroupe leurs prises de position ainsi que celles d'autres membres du Conseil qui ont voté positivement l'avis du HCFEA (déclarations de l'Unaf et de l'Unccas)

² Unaf, Uniopss ; Fédération nationale des directeurs d'établissements et services pour les personnes âgées.

1) Article 16 : renforcer les actions de prévention en santé

Le Conseil donne un avis positif à l'article 16 sous réserve d'assurer la cohérence de ces actions avec les Rendez-vous prévention des caisses de retraite. Par ailleurs, le Conseil souhaite étendre les dispositifs de prévention aux âges plus élevés (75 ans par exemple). Une partie de ses membres souhaite qu'on étudie l'opportunité d'étendre tout ou partie du dispositif du « temps dédié » à l'accompagnement et au lien social » prévu à l'article 34 du PLFSS aux personnes âgées des GIR 5 et 6.

2) Art 32 : mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux

Le Conseil donne un avis positif sur le fond à ces mesures qui sécurisent la bonne utilisation de l'argent public. Toutefois la portée effective de la mesure dépendra des moyens humains qui y seront affectés par les ARS.

3) Art 33 : conditions de la collecte obligatoire des informations nécessaires à la tarification des services de soins infirmiers à domicile, à la fiabilisation et au contrôle de ces données et sécurisation de la réforme du financement de ces services

Le Conseil de l'âge donne un avis favorable³ pour autant que la fréquence des contrôles (qui fera l'objet d'un décret) soit correcte.

L'article 33 appelle par ailleurs deux commentaires.

1° Pour que les remontées de données prévues soient utiles en termes de robustesse des statistiques publiques et du suivi global des dépenses, il conviendrait qu'elles comprennent :

- ⇒ Le Finess de la structure ;
- ⇒ Le n° RPPS pour les infirmières (il est important de le prévoir dans le cadre d'une montée en qualité du répertoire à venir pour les infirmières) ;
- ⇒ Les données identifiantes des personnes suivies, pour le suivi des trajectoires des individus (soit un NIR, soit des données de l'état civil afin de permettre des appariements, notamment par la Drees avec les remontées individuelles sur l'autonomie ou avec les données de revenus).

2° Plusieurs modèles font actuellement l'objet de simulations pour tester les effets du nouveau système de tarification des Ssiad avant de choisir son paramétrage définitif. À ce stade, nous n'avons pas de commentaire sur la trajectoire budgétaire envisagée pour cette réforme au LFSS 2022. Le Conseil sera attentif à ces éléments, en particulier pendant la période de convergence tarifaire prévue entre la mise en place progressive de la dotation cible (dotation globale de soins issue de la transmission des données des Ssiad) et la dotation actuelle des Ssiad.

Plusieurs membres du Conseil estiment que l'augmentation du nombre de places (4 000 à l'horizon 2023⁴) est insuffisante.

³ Certains membres prennent seulement acte.

⁴ Et 25 000 places à l'horizon 2030.

4) Article 34 : instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile

Le Conseil donne un avis de principe favorable à cet article qui appelle huit commentaires :

a) Le taux de recours retenu dans le projet (50 % pour la grande majorité des allocataires de l'APA) semble particulièrement faible. Il conviendrait d'analyser les raisons qui l'expliqueraient. Retenir par ailleurs un taux de non-consommation des plans notifiés de 15 % (c'est le taux actuel) appelle une analyse spécifique.

b) La mesure est hybride par les deux objectifs qu'elle poursuit : consolider le lien social d'une part, améliorer les conditions de travail des personnels d'autre part. Le Conseil sera attentif à la façon dont le décret à venir les prendra en compte⁵ sur ces deux objectifs complémentaires, en précisant notamment mieux le contenu de ces heures de lien social.

c) Le Conseil s'interroge sur le calendrier de montée en charge de la mesure (2024/2028). Il aimerait connaître les raisons qui expliquent sa lenteur (contrainte de financement qui conduirait à étaler la mesure, difficulté de développer rapidement une offre cohérente, poids pour les équipes départementales de la révision des plans d'aides en cours...).

d) La possibilité de dépasser les plafonds de l'APA lorsque le « plan de base » est saturé est opportune.

e) Dans les hypothèses du gouvernement qui sous-tendent l'article 34 et l'annexe B, la « participation financière » des allocataires nette du crédit d'impôt, qui constitue la part majoritaire du reste à charge, augmenterait en moyenne de 10 €/mois. C'est un effort acceptable⁶.

Si – et c'est le souhait du Conseil – le montant des plans exécutés augmentait du fait d'une montée en charge plus puissante et plus rapide de l'article 34 et/ou du fait d'autres facteurs (l'augmentation du « plan de base »⁷ ou l'évolution du coût des facteurs), l'augmentation de la participation financière qui en résulterait pourrait appeler des ajustements des barème de participation et du crédit d'impôt.

f) Il n'y aurait pas de taux de financement spécifique pour les dépenses constatées au titre de l'article 34 qui seront financées par le concours 1 (ce qui explique la référence de 40 % indiquée). De ce fait les dépenses de l'espèce seront prises en charge selon les règles actuelles de répartition du concours 1. Le Conseil se félicite de cette option.

5) Taux de cofinancement de l'APA par la CNSA

Le Conseil a pris note de l'accroissement substantiel des moyens financiers affectés aux concours de la CNSA avec l'augmentation de 0,9 % des recettes de CSG, CSA et Casa affectées au concours d'une part, l'affectation de 0,13 points de CSG au concours d'autre part.

⁵ Ont été ainsi évoqués le besoin de formation et la définition des personnels qui en seraient chargés.

⁶ Des actions devraient être entreprises pour limiter les autres éléments du « reste à charge ». Le Conseil a en ce sens proposé notamment qu'on institue un tarif plancher pour l'emploi en gré, la pleine application de la disposition qui prévoit que les départements veillent dans les CPOM à contenir l'écart entre les tarifs facturés et les tarifs de prise en charge.

⁷ Rappelons que le plan APA exécuté est de 50 % du plafond.

Selon les administrations⁸, le taux de concours « *lato sensu* » de la CNSA (ratio entre les recettes apportées par la CNSA aux départements et les dépenses d'APA nettes des participations des allocataires) serait en hausse par rapport au taux actuel et pourrait atteindre 48 %.

Cette prévision appelle deux remarques :

- certaines des hypothèses retenues par les administrations sont discutables (c'est le cas notamment de celles portant sur l'évolution des tarifs de prise en charge supposés évoluer comme les prix) ;
- bien entendu, le taux de concours précité se dégraderait si la dépense réelle s'établissait à un niveau supérieur à celui envisagé (12,2 Md€ en 2030 dont 3,1 au titre du coût à cette date des mesures nouvelles décidées ou proposées au PLFSS 2023⁹).

Le Conseil souhaite être tenu au courant de l'évolution des discussions entre l'État et l'Assemblée des départements de France sur ce sujet.

6) Annexe B du PLFSS 2023

Le Conseil prend acte de cette annexe.

Il souligne que si la bonne situation financière prévue pour la branche Autonomie en 2026 (un excédent de 0,5 Md€) s'explique par une augmentation sensible de ses recettes, elle est liée aussi au fait que les mesures améliorant la situation des personnes âgées et en situation de handicap retenues dans l'annexe sont, pour l'essentiel, limitées à celles qui ont été votées dans les précédentes LFSS et qui sont retenues dans l'actuel PLFSS.

Il remarque que, dans cette convention de calcul, on ne prend pas en compte des éléments souhaitables de progrès. Ainsi s'agissant des personnes âgées en perte d'autonomie, on ne prend en compte ni le coût d'éventuelles améliorations des conditions de travail et de salaires des professionnels, ni l'augmentation du plan APA consommé ni des mesures fortes en faveur des aidants.

⁸ Voir annexe 3.

⁹ Mesures citées : « *le tarif plancher, la dotation qualité finançant les CPOM, l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile ; la revalorisation des aides à domicile des CCAS ; les dépenses au titre de l'article 34 du PLFSS pour 2023 ; la compensation intégrale du "Ségur" sur la section dépendance ; l'augmentation du taux d'encadrement a en Ehpad* ».

Annexe 1

DECLARATIONS DES MEMBRES DU CONSEIL SUR LE PLFSS
OU LES MESURES POUR L'AUTONOMIE

1. Intersyndicale : CFTC, CGT, CGC, FGR-FP, FSU, FO et UNRPA-Ensemble & Solidaires



Déclaration des organisations présentes au HCFEA (séance du 11 octobre 2022)

Les organisations CFTC, CGT, CGC, FGR-FP, FSU, FO et UNRPA-Ensemble & Solidaires dénoncent l'abandon de la loi grand âge. Cet abandon est scandaleux eu égard à la situation catastrophique de la prise en charge de la perte d'autonomie. Nous avons besoin d'une loi ambitieuse et non de mesurottes fragmentées, éparses qui ne constituent pas une prise en compte des attentes et des besoins des personnes concernées et des personnels.

Ce n'est pourtant pas faute d'avoir travaillé au sein de ce conseil sur un projet de loi, ni d'avoir étudié les différentes notes ou rapports (Libault, El Khomri, Broussy, Iborre-Fiat etc.) censés préparer la loi ambitieuse promise par les gouvernements successifs.

Nous sommes confrontés à des articles sans cohérence entre eux, alors que la situation exige une réponse globale.

Les 7 organisations protestent aussi contre l'insuffisance de l'ONDAM en augmentation certes, mais en deçà de l'inflation prévue. Conséquences : aucune amélioration pour la médecine de ville, l'hôpital et le service public de santé, mais encore des dégradations à venir, et rien qui permette d'assurer l'accès aux soins pour toutes et tous sur tout le territoire.

Enfin, sans entrer dans le détail des articles concernés par l'avis nous dénonçons la contradiction entre le principe affiché que l'on peut partager et les déclinaisons de mise en œuvre. Faute de moyens financiers, de personnels, d'ambition en termes de qualité de soins et de formation, ces principes ne sont bien souvent que des effets d'annonce qui ne répondent pas aux ambitions affichées

Eléments de l'annexe 1.

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<i>Inflation</i>	1,6	5,4	4,3	3	2,1	1,75
Recettes	32,8	34,9	36,1	40	41	42,2
<i>Ind</i>		106,4	103,4	110,8	102,5	102,9
Dépenses	32,6	35,4	37,3	39,1	40,5	41,7
<i>Ind</i>		108,6	105,4	104,8	103,6	103,0
Solde	0,3	-0,5	-1,2	0,9	0,5	0,5

Nous demandons une loi grand âge, une loi de programmation à 10 – 15 ans, répondant aux besoins présents et futurs. Refus jusqu’à présent.

Pourtant personne ne conteste le caractère inacceptable de la situation faite aux personnes en perte d’autonomie. Les personnels parlent de « maltraitance institutionnelle » ou « non-traitance ». C’est une des sources de leur souffrance au travail.

Tout le monde s’accorde en gros sur les besoins en personnel :

- **Le rapport Libault** (mars 2019) : « entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur d’ici 2030 du fait de la seule démographie ».
- **Le rapport El Khomri** (29 novembre 2019) : « création de 93 000 postes sur 2020-2025, la formation de 260 000 professionnels sur la même période pour pourvoir les postes vacants ».
- **L’AD-PA exige** « la création immédiate de 40 000 postes... et plusieurs centaines de milliers d’embauches d’ici 10 ans ».
- **La FHF** : « 20 000 postes / an jusqu’en 2026 ».
- **Le rapport de M. Broussy** insiste sur l’urgence : « les 75-84 ans » seront 6,1 millions en 2030, soit une hausse vertigineuse de 2 millions de personnes, une croissance de 49 % en à peine une décennie ».
- **Le rapport Iborra – Fiat** demandait en 2018 un doublement du ratio de soignants. Il faut un ratio de 1 pour 1, des médecins et infirmières de nuit.
- **Nos organisations syndicales ne cessent de demander un grand service public de la perte d’autonomie, 200 000 embauches en établissement, 100 000 à domicile.**

Les années passent et le constat d’un médecin coordonnateur est implacable : « pas de changement depuis 2003 ».

Compte tenu du retard accumulé, les 3 000 embauches prévues en 2023 en établissement, les 4 000 à domicile, sont très insuffisantes. Quant à l’objectif de 50 000 embauches, sa réalisation est fort incertaine, puisqu’on nous dit qu’il est impossible de procéder à plus de 3000 embauches en 2023.

	BUDGET BRANCHE MALADIE					
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<i>Inflation</i>	1,6	5,4	4,3	3	2,1	1,75
Recettes	209,4	221,6	231,8	238,6	244,9	252
<i>Ind</i>		105,8	104,6	102,9	102,6	102,9
Dépenses	235,4	241,9	238,3	243,6	249,4	254,6
<i>Ind</i>		102,8	98,5	102,2	102,4	102,1
Solde	-26,1	-20,3	-6,5	-4,9	-4,4	-2,6

La santé est une préoccupation majeure des personnes âgées.

Le budget de la branche maladie de la Sécurité sociale n'augmente que de 3,7 %, hors Covid, pour une inflation prévue à 4,3%. C'est une baisse en volume qui risque de rendre l'accès aux soins, notamment des personnes âgées, encore plus difficile, et une prise en charge en mode de plus en plus dégradé.

2. CFDT



Paris, le 10 Octobre 2022

Avis de la CFDT sur le PLFSS 2023 au Conseil du HCFEA du 11 octobre 2022

Nous ne pouvons cette année encore commencer cette intervention sans souligner l'engagement extraordinaire des différentes branches de la sécurité sociale et de ses personnels au cours de la crise que nous avons traversée. Plus que jamais, les partenaires sociaux comme la représentation nationale se doivent de saluer le haut niveau de protection sociale que nous construisons ensemble, et que nous nous devons donc de financer à la hauteur des enjeux. C'est pour la CFDT la démonstration de la pertinence de cet outil d'investissement social et plus particulièrement en période de crise.

La CFDT juge positive les mesures annoncées dans ce PLFSS concernant la prévention en santé. Toutefois comme nombre de mesures de ce PLFSS, il est difficile de garantir à quelle date elles s'appliqueront... voire si c'est bien dans cet exercice annuel.

La CFDT salue l'élargissement de la subrogation aux IJ maternité, paternité ou accueil de l'enfant. Elle plaide même pour une systématisation de la subrogation à l'ensemble des employeurs associée à une COG de la CNAM garantissant les moyens pour ce service. Plus que d'une garantie théorique, ce sont bien concrètement les moyens de mener à bien ces missions qui devient fondamental.

Le transfert de la part du congé maternité post-natal de la branche maladie vers la branche famille pour un montant de 2 Md€ est comptablement juste. On peut même y trouver de la logique. Mais les besoins en matière de santé sont tels qu'à la CFDT, nous pensons qu'il faut penser plus globalement le financement de la santé. Et en cette période de crise économique et sociale, de possibles retours de branches à une situation excédentaire sont le moment de faire des choix collectifs forts en matière de solidarité et de prévention...et pourquoi pas en direction d'un ambitieux service public de la petite enfance.

Concernant la branche retraite, en annexe, on peut lire que la trajectoire intègre sur un horizon pluriannuel « un objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite » ou encore que « A partir de 2023, le solde de la branche [vieillesse] (...) bénéficierait de l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat ». La CFDT rappelle que l'élévation progressive de l'âge effectif de départ est déjà en cours avec la mise en application progressive de loi Touraine. Cela est le cas depuis 2014, le sera pendant ce quinquennat et même encore au-delà, jusqu'en 2035/2040 environ. Cela plaide pour ne pas déstabiliser par des mesures d'âge injustes un équilibre construit au cours des réformes de 2003 et 2013.

Quant à la perte d'autonomie, la CFDT note avec satisfaction les mesures de renforcement du corps de contrôle des ARS, les mesures concernant le lien social, tout comme le recrutement supplémentaire en direction des Ehpad ; néanmoins

Le déploiement des 2 heures de lien social n'est envisagé qu'en 2024 et il est trop étalé dans le temps jusqu'en 2028 alors que la nécessité est immédiate. Tout comme d'ailleurs la réforme de la tarification des soins à domicile qui elle est étalée jusqu'en 2030 ou la simplification des aides en direction de l'habitat inclusif étalée jusqu'en 2025.

Et avec le recrutement prévu de 3 000 professionnels pour les Ehpad, nous sommes loin des besoins.

Globalement la CFDT juge positives les mesures autonomes positives, néanmoins nous restons toujours en attente d'une grande loi sur le maintien de l'autonomie pour tous. **La CFDT prend acte de ces mesures.**

3. Synerpa



PLFSS 2023

Avis du SYNERPA

En vue de la réunion du HCFEA du 18 octobre 2022

- Positionnement général

Le SYNERPA prend acte du PLFSS 2023

Le SYNERPA note un PLFSS 2023 plutôt ambitieux avec 300M€ de mesures nouvelles ajoutées en 2022 et 700M€ en 2023, et se réjouit notamment de l'extension de la revalorisation des 3.5% au secteur privé, une mesure très attendue.

Ce PLFSS 2023 contient en effet des dispositions satisfaisantes : poursuivre la réforme de la tarification des SSIAD ; financer deux heures de lien social par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées ; financer le développement de l'habitat inclusif à travers l'augmentation de l'aide pour la vie partagée (AVP).

Le SYNERPA attend cependant des précisions nécessaires sur le fléchage des mesures nouvelles, notamment sur les revalorisations salariales ou encore sur le dégel du tarif global. Le secteur demeure par ailleurs en attente des modalités de mise en œuvre du bouclier tarifaire énergie, annoncé pour le Gouvernement, qui ne figure pas à date dans les textes budgétaires.

En outre, il faut aller encore plus loin sur les mesures pour entamer une véritable réforme en l'absence d'un projet de loi « Grand Âge ». Côté Domicile, le SYNERPA propose :

- Octroi de davantage de crédits pour les départements afin d'augmenter le tarif horaire plancher, sans incidence sur les plans d'aide notamment,
- Fin « la tarification à la minute » au profit d'un accompagnement plus global et de meilleure qualité,
- Octroi du forfait coordination à tous les services autonomie, y compris à ceux qui conventionneront avec des infirmiers libéraux,
- Création de places de SSIAD,
- Annualisation des plans d'aide APA.

Enfin, comme détaillé dans les réponses au questionnaire, le SYNERPA appelle à un véritable plan d'urgence pour l'emploi, les mesures du PLFSS étant insuffisantes face aux défis RH. Il alerte également sur l'article 32, qui stigmatise le secteur privé commercial.

- Réaction par rapport à l'article 32

Le SYNERPA est tout à fait favorable à davantage de contrôles et de transparence. **Toutefois, il a été très étonné à la lecture de l'article 32, qui cible uniquement les EHPAD privés commerciaux, en faisant expressément référence aux dispositions de l'article L. 233-3 du Code du Commerce, c'est à dire aux seules personnes morales de droit privé commercial, et ne permet pas de clarifier la tarification des EHPAD, au-delà des contrôles.** C'est la raison pour laquelle le SYNERPA propose trois amendements à l'article 32 :

- **Élargir le champ des contrôles comptables et financiers à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux**, c'est à dire élargir le champ d'application des nouveaux outils mis à disposition de l'État, des ARS de l'IGAS ou de l'IGF à toute forme de groupement quel que soit son statut juridique ;
- **Assurer la non-rétroactivité de la reprise des résultats lors du renouvellement du CPOM** : Afin d'éviter que ces nouvelles dispositions ne viennent fragiliser économiquement les établissements et services, mais également afin d'éviter de nombreux contentieux qui pourraient survenir suite à leur application, il conviendrait :
 - D'une part de préciser que seuls les reports à nouveau et réserves constituées postérieurement à l'application de la présente loi ne puissent être repris (principe constitutionnel de non-rétroactivité des lois et règlements) ;
 - D'autre part, qu'elles feront l'objet de règles d'application précisées par décret.
- **Préciser que dans le cadre du renouvellement du CPOM peuvent être repris les reports à nouveau excédentaires et déficitaires** : L'article 32 prévoit qu'à l'occasion du renouvellement du CPOM, les éventuels reports à nouveau puissent être pris en compte pour fixer le nouveau tarif de l'établissement. Or, un report à nouveau peut être excédentaire mais également déficitaire, conformément aux dispositions de l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles. Dès lors que pourraient être repris les éventuels reports à nouveau excédentaires, et dans un souci d'équité, les reports à nouveau déficitaires doivent également pouvoir être pris en compte lors du renouvellement du CPOM.

Au-delà de ces notions de contrôles et de transparence financière, **la réelle urgence est de déployer au plus vite le dispositif des évaluations élaboré par la HAS.**

4. FNMF

Déclaration FNMF-Conseil HCEFA 18 10 2022- PLFSS 2023

Si la Mutualité Française partage l'ambition exprimée, elle porte sur le PLFSS 2023 à date un regard interrogatif, inquiet et surtout beaucoup de regrets.

Regard interrogatif, car au regard des dépenses d'ores et déjà engagées et du provisionnement des dépenses liées à la crise sanitaire, il est légitime de s'interroger sur les hypothèses budgétaires retenues : comment garantir le retour à l'équilibre des différentes branches de la Sécurité Sociale, alors que les exonérations de cotisations sociales ne sont plus intégralement compensées depuis 2019 ?

Regard inquiet sur le cadrage financier, avec un ONDAM à seulement 3,7% très en deçà du niveau d'inflation ce qui est une première depuis 25 ans, et un taux d'évolution des soins de ville limité à 2,9%, il semble impossible d'engager les réformes structurelles appelées par tous : la refondation de l'accès aux soins de premiers recours et de l'hôpital, une politique ambitieuse du grand âge et le défi de retrouver du sens pour nos professionnels du soin et de l'accompagnement, l'investissement financier est clairement insuffisant..

Et surtout, beaucoup de regrets...

- La Mutualité Française regrette le rendez-vous manqué du virage préventif : pourquoi rejoindre à la seule assurance maladie obligatoire le financement des consultations de prévention aux trois « âges clefs » ? La prévention est l'affaire de tous. Les mutuelles sont déjà fortement engagées sur la prévention et prêtes à en faire plus. Si les mutuelles étaient associées à ces consultations, le « aller-vers », et donc le taux de recours, pourrait être amplifié et contribuerait à réduire les inégalités en santé : nous ne pouvons-nous contenter du taux de recours annoncé de 15% de la population visée en 2023, évoqué dans l'étude d'impact. Cela permettrait aussi d'enclencher des parcours effectifs à l'issue de ces consultations.
- **Article 34 : Temps dédié à l'accompagnement et au lien social des personnes accompagnées à domicile**

La Mutualité Française accueille favorablement cette mesure sous certaines conditions car participe à la lutte contre l'isolement et l'inclusion sociale, d'une part, ajoute de l'intérêt complémentaire aux métiers, par conséquent, d'attractivité, d'autre part.

-Cependant, cette mesure devra être accompagnée d'un plan de formation, et nécessite des précisions sur la nature des prestations.

-Une vigilance devra être apportée au financement de cette mesure par la CNSA dans le cadre des plans APA couverts par les conseils départementaux (CD) et à l'application équitable par les CD. On peut regretter que les bénéficiaires de la PCH ne soient pas éligibles à cette mesure.

- En outre, le délai de 5 ans accordé aux départements pour revoir l'ensemble des plans au dernier délai 31/12/2028, risque de retarder ainsi l'effet de la mesure.

Au-delà de ces dispositions, la Mutualité française soutient la nécessité de revaloriser les salaires et de mettre en place une tarification couvrant les coûts réels des services à domicile notamment en augmentant le montant du tarif socle pour les SAAD, fixé à 22 euros par heure, ce qui n'est pas à hauteur du coût de revient des services. Le modèle économique des SAAD doit être envisagé non plus uniquement dans une logique de tarification horaire mais dans une optique de dotation globale qui tient compte de la réalité budgétaire et comptable des services.

- **La nécessité d'une véritable réforme de l'autonomie avec une programmation pluriannuelle d'engagements**

S'agissant de l'adaptation du système de santé au vieillissement de la population, la Mutualité Française accueille favorablement les mesures visant à renforcer le personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et notamment l'objectif de 50 000 postes supplémentaires (infirmiers et aides-soignants) d'ici la fin du quinquennat.

Cependant, elle s'interroge sur la réalité de la volonté du Gouvernement quand seuls 3 000 postes sont budgétés en 2023, **soit un demi-poste par EHPAD** et alors que des milliers de postes sont actuellement non pourvus. Sans mesures significatives visant à favoriser l'attractivité des métiers de la filière, ces bonnes intentions resteront lettre morte.

La Mutualité Française regrette également que ce projet **de loi ne comporte aucune mesure permettant d'assurer un financement pérenne et suffisant à la 5ème branche** de la sécurité sociale.

-Sur cette question, la Mutualité Française porte, avec France Assureurs, une solution de couverture dépendance mutualisée, adossée à la complémentaire santé, et qui permettrait à la fois de solvabiliser une partie du reste à charge des familles pour les situations de dépendance les plus lourdes, mais également d'assurer le financement du bien vieillir et de la filière autonomie.

L'ensemble de ces éléments conduisent la FNM à prendre acte de ce projet de loi.



PLFSS 2023
Déclaration du MEDEF pour le HCFEA
Séance du 18 octobre 2022

Quelques remarques d'ordre général pour commencer.

S'agissant de la **situation financière globale**, nous pouvons nous féliciter du **redressement des comptes sociaux** dont atteste ce PLFSS, après 3 exercices inédits.

Est annoncée une réduction du déficit social de 11 Mds€, essentiellement portée par la branche maladie, du fait de la sortie de la phase aigüe de la crise sanitaire. Au-delà de cet effet « mécanique », il faut également prendre en compte le rebond de la croissance et donc de la masse salariale, principale assiette des recettes de la Sécurité sociale.

Pour autant, nous ne saurions nous contenter d'un satisfecit : **le risque est grand de stagner sur un « plateau haut » en termes de dépenses**, pouvant à tout moment dériver vers les affres budgétaires que nous connaissons trop souvent. Au niveau de la branche vieillesse notamment le déficit repart à la hausse (3 Mds€ de déficit) avec des perspectives 2026 très dégradées : le déficit de la branche atteindrait 13,7 Md€ à cet horizon.

S'agissant de ce qui figure dans le texte, il faut commencer par dire que **nous partageons plusieurs priorités**, qui répondent à de véritables nécessités : la prévention et l'accès aux soins, le soutien aux familles et aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Nous accueillons par ailleurs très favorablement l'accent mis sur la lutte contre la fraude sociale, dont dépend la crédibilité et la soutenabilité de notre système de protection sociale.

Nous déplorons en revanche un certain décalage entre les mesures annoncées et les enjeux, par exemple dans le secteur de l'aide à domicile, et plus encore du médicament, avec une atteinte sérieuse portée à la capacité d'innovation de ce secteur pourtant stratégique.

3 sujets nous posent difficulté :

- Tout d'abord, un point d'alerte majeur sur le projet de **généralisation de la subrogation des indemnités journalières** au titre de l'accueil du jeune enfant, qui reposerait alors systématiquement sur l'entreprise.
- Une vraie interrogation également quant à pertinence de **l'énième prolongation des « IJ Covid »**, et de ses conséquences sur l'organisation des entreprises et le déficit de la branche maladie.
- Une irritation croissante, enfin, quant au transfert interbranche soi-disant justifié par la **sous-déclaration des ATMP**

*

Sur les mesures qui intéressent directement la branche autonomie :

Le MEDEF accueille favorablement les mesures annoncées sur le volet « établissement » dans la continuité du « Ségur de la santé » (notamment en matière de recrutements). Les mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux étaient attendues par les professionnels du secteur, elles sont nécessaires. Pour une question d'efficacité mais aussi d'équité elles devront s'appliquer à tous quel que soit le statut des structures d'accueil, ce qui ne semble pas être le cas en l'état actuel du texte.

Côté domicile, nous sommes cependant encore loin du grand « virage » annoncé par le Gouvernement. La « seule véritable » mesure impactante du texte concerne la réévaluation des plans d'aide APA (allocation personnalisée d'autonomie) d'en moyenne 2 heures par jour, mais il reste de nombreuses questions en suspens, notamment sur son financement. Nous regrettons particulièrement une montée en charge trop progressive (2024-2028).

Le secteur était dans l'attente de mesures fortes et immédiates, le compte n'y est pas. Les besoins sont pourtant réels et documentés, il faudra y apporter des réponses, et celles-ci devront être solvabilisées. **Il nous apparaît essentiel de ne pas aborder le sujet du financement uniquement au travers celui de l'affectation de cotisations, contributions et taxes, par réallocation entre opérateurs, ou par création de prélèvements obligatoires nouveaux, mais également sous l'angle d'un financement mixte public/privé.**

*

Pour conclure, le MEDEF prend donc acte du PLFSS 2023 avec les réserves et remarques qui viennent d'être dites.

6. AD-PA

PLFSS : L'AD-PA PREND ACTE

Le projet de loi de finances pour la Sécurité Sociale pour 2023 présente incontestablement des éléments positifs comme le bouclier inflation et le bouclier énergie qu'elle a demandés avec force depuis de nombreux mois.

Bien sûr il faudra s'assurer structure par structure que les surcoûts seront bien compensés à l'euro-l'euro pour ne pas diminuer encore les moyens du secteur.

En effet, il ne s'agirait pas à la crise structurelle d'ajouter une crise conjoncturelle dont beaucoup ne se relèverait pas.

Il faudra à cet égard élargir le bouclier énergie aux services à domicile pour lesquels les factures d'essence pèsent lourdement.

Par ailleurs, la création de 2h de convivialité pour les personnes âgées à domicile va dans l'intérêt des personnes aidées et des salariés, même si le financement et la date d'entrée en vigueur de cette disposition demeurent hypothétiques.

La création de 3000 postes est loin des revendications de l'AD-PA et même des engagements du Président mais leur annonce va dans le bon sens.

L'AD-PA ne peut en rien soutenir la politique de contrôles tout azimut qui vise à faire oublier que les difficultés des personnes âgées sont dues à l'inaction de l'État pendant de nombreuses années et non aux établissements ou aux services à domicile.

L'AD-PA a noté avec intérêt l'inscription du Bien vieillir dans le Conseil National de la refondation et l'engagement du Ministre à lutter contre l'âgisme et la promotion de la participation des personnes âgées ce qui peut laisser penser que les regrettables interrogations sur la loi autonomie pourraient être dépassées et déboucher sur une véritable volonté politique.

Pour toutes ces raisons l'AD-PA a pris acte de ce projet de loi de finances au Conseil de la CNSA.

Pascal CHAMPVERT

7. Unaf



Déclaration de l'Unaf au Haut Conseil de l'âge

18 octobre 2022

Le PLFSS 2023 intervient dans un contexte complexe, mêlant le vieillissement de la population (1 personne sur 5 est âgée de plus de 65 ans), une volonté de plus en plus prégnante de vieillir à domicile et une pénurie de professionnels dans les métiers de l'accompagnement et du soin. Les aidants familiaux, 8 à 11 millions de français¹⁰, sont en première ligne pour répondre à ces enjeux-là, souvent au détriment de leur propre santé¹¹ et de leur quotidien.

1. La réponse partielle du PLFSS à ces enjeux

L'article 34 du PLFSS propose « **d'instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile** » pour répondre à un double objectif :

- Renforcer la présence des services à domicile auprès des aînés
- Améliorer les conditions de travail et l'attractivité des métiers du service à domicile.

L'Unaf est favorable à cette mesure mais s'interroge sur son impact réel et suffisant quant au renforcement du lien social auprès de nos aînés. De même, instaurer deux heures de plus sera-t'il suffisant pour rendre plus attractifs les métiers du domicile ?

2. Les compléments à apporter au PLFSS 2023 pour un meilleur accompagnement des aidants

Les aidants sont les grands absents de ce PLFSS 2023 en dépit de leurs besoins grandissant lié notamment à la pénurie de professionnels. Au titre du Collectif Inter-Associatif des Aidants Familiaux co-animé par l'Unaf et APF France Handicap et avec l'Association Française des Aidants et l'association Jeunes Aidants Ensemble (JADE), l'Unaf a proposé plusieurs ajouts ou évolutions du texte actuel du PLFSS 2023, dont voici les éléments principaux¹².

¹⁰ Baromètre 2019, Fondation April et BVA

¹¹ Baromètre BVA APRIL 2018

¹² Le détail des amendements proposés se trouvent en Annexe 1.

1. Le Congé Proche Aidant :

Le constat sur ce congé proche aidants, mis en place en octobre 2020, est un faible taux de recours et une sous consommation de l'enveloppe budgétaire dédiée. C'est pourquoi l'Unaf demande :

- **L'élargissement du Congé Proches Aidants aux aidants accompagnant un proche en situation de handicap évalué à un taux d'incapacité à partir de 50 %.**
- Ces dispositifs ne sont toujours pas accessibles aux proches qui accompagnent une personne avec une reconnaissance de handicap égale ou supérieure à 50 %.

Le Congé Proche Aidants est pour le moment limité aux aidants accompagnant un proche ayant un taux d'incapacité à partir de 80 %.

- **L'extension de la durée d'éligibilité à l'Allocation Journalière de Proche aidant sur la totalité de la durée du Congé Proche Aidant**

Le code de la sécurité sociale prévoit depuis octobre 2020 la possibilité du versement d'une allocation journalière de proche aidant (AJPA) pendant 66 jours fractionnables sur l'ensemble de la carrière professionnelle (article L. 168-9). Ainsi, pour inciter le recours au congé proche aidant, il semble primordial d'aligner la durée de versement de l'AJPA sur la durée du congé proche aidant (jusqu'à un an).

Du fait du peu de mesures concernant les aidants et l'autonomie dans le PLFSS 2023, nous proposons une prise d'actes de l'Unaf.

8. UNCCAS



Contribution de l'Unccas

Relative au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023,
Conseil de l'âge (HCFEA)

Mme Isabel Madrid, adjointe au Maire de Talence, membre du conseil d'administration de l'Unccas,
représentante de l'association au HCFEA

Mme Elodie Bacoup, conseillère technique en charge des personnes âgées

Octobre 2022

Table des matières

Le renforcement inachevé de la politique de soutien à l'autonomie	23
Contexte.....	28
Rappel de quelques éléments sur l'accélération du vieillissement aujourd'hui	28
Les principales difficultés rencontrées par les CCAS gestionnaires de SAD aujourd'hui	29
Les difficultés rencontrées par les CCAS gestionnaires d'EHPAD	30
Les principaux constats dressés par les CCAS en tant qu'établissements publics.....	30
Les principaux points d'attention du Livre blanc Autonomie de l'UNCCAS	33

Le renforcement inachevé de la politique de soutien à l'autonomie

Un financement en hausse mais sans doute insuffisant

La branche Autonomie prend corps, ce qui est à saluer.

En 2022, la branche Autonomie gérée, depuis le 1^{er} janvier 2021 par la CNSA, a consacré **plus de 35 milliards d'euros** au soutien à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap¹³.

La progression du financement de la politique de soutien à l'autonomie est également à souligner.

En 2023, l'Objectif global de dépenses (OGD) connaîtra une hausse respective de 5,1 % et 5,2 % concernant la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour atteindre **30 milliards d'euros**.

Entre 2012 et 2021, l'Objectif global de dépenses personnes âgées a progressé de plus de 61 %, avec une hausse de 9,2 % en 2021 par rapport à 2020. Sur la même période, l'Objectif global de dépenses personnes en situation de handicap a augmenté de plus de 65 %, avec une hausse de 1,7 % en 2021 par rapport à 2020.

En 2023, **près d'1,5 milliards d'euros de financements supplémentaires** seront consacrés au secteur médico-social.

Mais est-ce bien suffisant dans le contexte que nous connaissons actuellement ?

La trajectoire présentée, qui traduit, certes, la poursuite de l'engagement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, risque de **se révéler insuffisante**, tant par **le contexte sanitaire actuel de la covid-19** (la 8^{ème} vague laissant augurer le retour accru des dépenses de crise), que par **le contexte inflationniste**, ainsi que **les effets démographiques du vieillissement et de la longévité...**

La réforme de financement des services autonomie à domicile : si elle répond à une volonté de simplification pour l'utilisateur, sa mise en œuvre suscite des questionnements légitimes sur le terrain en termes de mise en œuvre

La réforme de la tarification des soins à domicile constitue **un élément essentiel du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie**.

Au cours des deux dernières décennies, les services de soins à domicile ont été fortement développés, les pouvoirs publics ayant régulièrement affirmé donner la priorité au maintien à domicile et au libre choix des personnes. Toutefois, **la réalité de l'offre de soins continue d'être marquée par la prégnance de l'accueil en établissement**, même si la part des services de soins à domicile a progressé, notamment pour les personnes âgées dépendantes et les jeunes en situation de handicap.

¹³ Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2022 de la CNSA.

La clientèle des SSIAD est composée à **95 % de personnes de plus de 60 ans, 80 % des patients ont plus de 75 ans**¹⁴, **les deux tiers des patients étant classés en GIR 1 à 3** donnant à certains SSIAD un GMP de l'ordre de 650, comparable à celui de certains EHPAD¹⁵.

Une enquête de la Cour des comptes réalisée en 2021 a souligné l'apport des services de soins à domicile tout **en se montrant très critique sur le « virage domiciliaire » peu abouti**.

Au cours de son enquête, la Cour des Comptes a échangé avec l'UNCCAS et des services de soins à domicile gérés par des CCAS/CIAS, échanges ayant abouti à **des constats insatisfaisants** alors même que **les CCAS/CIAS ont pour particularité d'accompagner des personnes vulnérables avec un fort besoin en soins et en accompagnement social et médico-social...**

L'ouverture de places nouvelles n'a permis, ni de concrétiser le « virage domiciliaire » annoncé, ni d'harmoniser les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux.

L'action des services de soins à domicile est un élément important de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. L'accompagnement en SSIAD ou SPASAD constitue une alternative efficace à l'EHPAD pour des personnes dépendantes qui bénéficient d'un entourage social aidant.

Pour faire tomber, de manière effective, le cloisonnement entre domicile et hébergement collectif, l'organisation de ces nouveaux modes de prise en charge doit s'inscrire, selon la Cour, **dans une programmation de l'offre qui doit être réalisée au plus près des bassins de vie des usagers, et qui doit être accompagnée par les autorités de contrôle et de tarification pour créer les conditions d'un parcours de soins des personnes âgées dépendantes et en situation de handicap.**

Le choc démographique lié au vieillissement de la population nécessitera la création d'un nombre important de places de services à domicile.

La réforme du financement, longtemps repoussée, doit donc désormais aboutir rapidement.

Rapprochement des services de soins à domicile (SSIAD) et d'aides à domicile (SAAD) : le décret se fait attendre ce qui permet d'y intégrer une obligation territoriale pour que des déserts de l'autonomie ne viennent d'ajouter aux déserts médicaux.

Les prémices de la lutte contre l'isolement... en 2024

Dans l'objectif de garantir un temps de travail suffisant pour que le professionnel puisse exercer son rôle en dehors des heures où des gestes professionnels sont requis (lever, coucher, repas, etc.) et de limiter les temps partiels subis, ainsi que réduire les temps d'intervention fractionnés, une mesure de ce PLFSS pour 2023 vise à consacrer **un temps dédié à l'accompagnement et au lien social** au double bénéfice des personnes âgées et des professionnels intervenant à leur domicile. Ce temps supplémentaire pourra aller **jusqu'à deux heures par semaine**.

¹⁴ BERTRAND D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008, *Etudes et Résultats*, Drees, n°739.

¹⁵ *Etude CNSA sur les Ehpad : des résidents de plus en plus dépendants avec un GMP à 717 et un PMP à 198.*

Cet accompagnement au lien social pourra contribuer à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées, repérer les fragilités et lutter contre l'isolement social des personnes les plus vulnérables.

Cette mesure à saluer au même titre que celle prévoyant une consultation de prévention pour les adultes de 60-65 ans afin de repérer les premières fragilités ou de la perte d'autonomie par une approche globale et promouvant l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée.

Pour mémoire, **7,4 % de la population de 60 ans et plus est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** au 31 décembre 2020, soit **1,3 million de personnes**, dont 781 921 à domicile.

De fortes variations des plans personnalisés sont notables entre départements, comme le relève notamment le HCFEA¹⁶.

Cette variabilité entre départements s'avère importante et porte sur pratiquement tous les éléments de gestion de la prestation d'APA (l'éligibilité, notamment en GIR 4 ; les modes de gestion ; les règles de tarification et les montants des plans d'aide). Elle tient à **la différence de niveau de perte d'autonomie de la population d'un département à l'autre** mais également aussi **au fait d'être le pendant de la décentralisation**. Le HCFEA note qu'il est possible qu'elle soit **influencée par la situation financière des départements**. Le système d'information (SI) APA permettra de mieux connaître les pratiques au niveau local.

Au nom de l'égalité sur le territoire, il conviendrait de réduire ces écarts départementaux, d'accroître la personnalisation des plans (ces deux heures de convivialité y concourront) et les références opposables notamment par une convention sociale entre l'Etat et les départements afin de mieux évaluer cette politique de lutte contre la perte de l'autonomie et de lutte contre l'isolement.

Le renforcement des études sur les pratiques des départements et l'élaboration de référentiels seront de nature à réduire cette hétérogénéité entre les allocataires de l'APA.

Il est fondamental de renforcer le maintien du lien social en partant du lieu de vie de la personne et de prioriser les politiques de prévention dans une approche globale : santé, habitat, mobilité, accès aux outils numériques, etc.

La prévention et la lutte contre l'isolement des personnes âgées sont deux axes majeurs d'une politique du bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie. La dimension sociale du « prendre soin » ou du « care » est fondamentale aux côtés du soin.

Fort de ce constat, de nombreux CCAS/CIAS ont mis en place **des actions de maintien du lien social** en vue de renforcer ce besoin légitime des personnes âgées isolées, tout en respectant les choix de vie des personnes.

Durant le cœur de la crise sanitaire de la covid-19, en complément **des appels de convivialité**, des CCAS ont créés **des ateliers par téléphone** (sophrologie, pensée positive, relaxation, mémoire, entretiens pour préparer une exposition sur l'immigration...).

¹⁶ HCFEA, Rapport sur « *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants* », décembre 2017.

Dans ces modalités de mise en œuvre, cette politique de lutte contre l'isolement doit **s'appuyer sur les initiatives et actions de lutte contre l'isolement et de mobilisation bénévole et citoyenne** menées localement par les acteurs publics (CCAS/CIAS, caisses de retraite, conseils départementaux...) et le monde associatif.

Afin de la sécuriser, il conviendra de prévoir les indicateurs et conditions d'évaluation des actions menées en matière de lutte contre l'isolement.

2h de convivialité : une excellente promesse du président de la République qui valorisait en prime les aidants professionnels se transforme en une usine à gaz qui la réduit à peu de chagrin pour 2024 voire 2028 > **expérimentons le dispositif sur 10 départements volontaires dès 2023 a minima.**

La simplification apparente du financement de l'habitat inclusif

A l'heure où l'habitat partagé existait déjà partout sur le territoire sous des formes variées, Monsieur Denis Piveteau avait rendu un rapport issu de la mission qui lui a été confiée avec Monsieur Jacques Wolfrom, consistant à proposer une « **stratégie nationale pour le déploiement à grande échelle de l'habitat inclusif** ».

L'habitat « **Accompagné, Partagé et Inséré dans la vie locale** » (API), a pour projet de **permettre de « vivre chez soi sans être seul »**, en organisant, dans des logements ordinaires aménagés à cette fin, regroupés en unités de petite taille, une solidarité de type familial, sécurisées en services, et ouvertes sur l'extérieur.

Néanmoins, l'habitat inclusif est composé, actuellement, de **deux aides** : le forfait pour l'habitat inclusif (FHI), octroyé par l'ARS et l'aide à la vie partagée (AVP) financée par les départements sur concours de la CNSA.

Ces deux aides génèrent une gestion très complexe et illisible pour les acteurs.

A compter de 2025, l'aide à la vie partagée (AVP) deviendra le seul mode de financement de l'habitat inclusif directement versé par le département, avec concours de la CNSA.

Prévoir la suppression du forfait pour l'habitat inclusif apportera une plus grande clarification et simplicité pour les acteurs.

Habitat partagé et inclusif : pour un appel à projet facile et engageant afin de multiplier partout les formes d'habitat qui mutualisent les soins et les aides à domicile. Tout ce qui peut favoriser le petit collectif accompagné va dans le bon sens.

L'amélioration satisfaisante du contrôle et de la transparence financière des EHPAD

Des mesures de ce PLFSS pour 2023 ont également pour but de compléter les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services médico-sociaux, à la suite de l'affaire Orpéa, qui a mis

en lumière **la nécessité de compléter l'arsenal d'outils à la disposition de l'Etat, et notamment des ARS pour mieux contrôler les EHPAD sur le plan comptable et financier.**

Afin d'éviter un détournement de fonds publics, et sans remettre en cause le principe de libre affectation des résultats, une mesure de responsabilité des gestionnaires prévoit qu'il pourrait être désormais possible de reprendre les financements publics au terme de la durée du CPOM s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif des établissements et services, quel que soit leur statut.

La poursuite de ce « choc de transparence » ne peut qu'être salubre pour redonner confiance aux résidents et aux familles et de mieux réguler les pratiques.

Le renforcement de la présence des soignants auprès des résidents à accentuer

La trajectoire de ce PLFSS pour 2023 intègre **un plan de recrutement d'aides-soignants et d'infirmiers en EHPAD.**

Près d'un EHPAD sur deux est confronté à **des difficultés de recrutement**¹⁷. Les CCAS gestionnaires d'EHPAD rencontrent ces mêmes difficultés, auxquelles s'ajoutent **une instabilité des équipes, une pénurie de personnels et le manque d'attractivité en parallèle de la croissance de la charge de travail** concourant à **l'usure et à l'épuisement professionnels.**

38% des établissements du secteur public peinent à attirer des candidats¹⁸. **Les difficultés se concentrent surtout sur les aides-soignants.** 9% en moyenne des EHPAD ont des postes non pourvus¹⁹.

3 000 créations de postes en EHPAD sont prévues par la trajectoire de ce PLFSS pour 2023 alors même que le rapport El Khomri, fruit de 150 auditions dont celle de l'UNCCAS, et de 80 heures de visite de terrain, en préconisait **18 500 par an pendant 5 ans**, de 2019 à fin 2024...

Issu d'une intense concertation entre octobre 2018 et janvier 2019, à laquelle l'UNCCAS avait pris pleinement part, le rapport de Dominique Libault, remis fin mars 2019, recommandait **l'augmentation de 25 % des effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024.** En son temps, l'UNCCAS avait salué l'ambition de ce texte proposant des réformes structurantes pour une nouvelle politique du grand âge aux niveaux national et local, qui aurait dû faire l'objet d'une traduction efficace et concrète dans une loi à venir... **loi grand âge, qui n'est jamais venu**, fort de son abandon en septembre 2021.

Avant d'annoncer 3 000 postes dans les EHPAD : garantissons d'abord le plein emploi dans les EHPAD et les SAAD qui sont en manque cruel de personnels. Il est temps que le gouvernement sonne la mobilisation de tous les acteurs pour un grand plan d'actions de recrutement.

Les constats sont bien connus de tous, de forts besoins en recrutement, des métiers du grand âge peu attractifs, des conditions d'emploi à améliorer, une priorité forte à donner à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail, une modernisation à apporter aux formations et à l'image des métiers, une nécessité d'innover pour transformer les organisations...

¹⁷ Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015, Les Dossiers de la Drees, n°20, septembre 2017.

¹⁸ Drees (2018), *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD*, Etudes & Résultats, n°1067.

¹⁹ *Ibidem.*

La nécessité d'une politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ambitieuse et source de progrès en termes d'équité dans l'accès aux services et aux prestations, de réduction de la complexité des prestations et des organisations, de cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social, de diversification des réponses et de décloisonnement de l'offre, ressort de tous ces travaux et de bien d'autres avant eux...

A l'heure où le débat parlementaire va reprendre, peut-on esquisser le vif souhait que la loi Autonomie tant abandonnée rejaillisse dans l'ambition qui doit être la nôtre.

Changer le regard de la société sur le vieillissement est nécessaire.

Mais cela ne doit **pas se faire au détriment de toutes les préconisations des acteurs du secteur et des personnes accompagnées.**

Acteurs du secteur et personnes âgées doivent avancer de concert pour **mener à bien la route de la prévention de la perte d'autonomie.**

Contexte

Rappel de quelques éléments sur l'accélération du vieillissement aujourd'hui

- Selon les projections de l'INSEE, **en 2030, près de 16,5 millions de personnes seront âgées de 65 ans et plus, soit 23,5% de la population française, et 18,9 millions en 2040 (26,1%).**
- A l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera de près de 412 000, grâce au **gain de longévité.**
- Ensuite, le vieillissement ira en s'accélération. Les personnes âgées d'au moins 85 ans augmenteront de près de 1 387 000 entre 2030 et 2040, ce qui représente une hausse de 54%.
- **L'entrée en situation de perte d'autonomie sera en moyenne plus tardive, mais pour des durées en moyenne plus longues.** L'augmentation de l'espérance de vie fera qu'une part croissante de la population atteindra des âges où la prévalence de la perte d'autonomie est élevée.
- **En 2050, dans la plupart des régions, la part des 75 ans et plus dans la population va presque doubler²⁰. Les évolutions seront encore plus frappantes outre-mer. A l'horizon 2030, il faudrait créer 110 000 places en EHPAD et plus de 250 000 places en 2040.**
- **D'ici 2030, il faudrait créer vraisemblablement entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur du fait de la seule démographie.**

²⁰ INSEE, Omphale 2017, scénario central.

- Dans le pays européen comptant la proportion la plus élevée de personnes âgées en Ehpad, 8,8% des 75 ans et plus²¹, en France, **les Ehpad représentent 70% des structures d'hébergement pour les personnes âgées et totalisent 80% des places disponibles**²².
- **En 2020, un peu plus de 600 000 personnes âgées dépendantes étaient accueillies dans l'un des 7 502 EHPAD, soit une personne de plus de 75 ans sur dix et une sur trois de plus de 90 ans**²³. Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes de février 2022²⁴, cette population se caractérise par sa très grande fragilité. L'âge moyen des résidents est de 85 ans et 9 mois.

Les principales difficultés rencontrées par les CCAS gestionnaires de SAD aujourd'hui ²⁵

- **Une offre fragile économiquement révélant des difficultés de gestion** : En dépit d'un coût de revient horaire moyen évalué à **24€**²⁶, les SAAD habilités à l'aide sociale (75% de l'offre) ont un tarif moyen s'élevant à **21, 67€** pour l'APA.
- **Une offre atomisée ne favorisant pas les économies d'échelle** : 7 000 services autorisés en France dont 1600 tarifés.
- **Des disparités territoriales fortes tant sur l'offre que sur le montant des prestations** : Les disparités territoriales s'avèrent fortes, aussi bien pour les soins pourtant financés au niveau national, que pour la mise en œuvre de l'APA. Les soins à domicile pâtissent également de **taux d'équipement inégaux sur le territoire**, ce qui révèle par là-même un accès inégal aux soins sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
- **Des prestations peu lisibles** : La prise en charge de la perte d'autonomie est complexe de par **les multiples financeurs** (Assurance Maladie, conseils départementaux, CNSA, Etat, caisses de retraite), **les différentes natures de dépenses** (soins, dépendance, aide à la vie quotidienne...) et **les opérateurs de statuts divers** (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs). La complexité des prestations se traduit également par des difficultés d'accès aux droits.
- **Des réponses professionnelles trop cloisonnées et peu coordonnées** : Depuis une vingtaine d'années, les réponses aux principaux besoins des personnes âgées sont devenues complexes, cloisonnées et **de moins en moins lisibles**, tant au niveau local que national. Les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie souffrent **d'isolement social** et de **multiples problèmes de santé** (polyopathologies).
- **Une pénurie de personnel aggravée par de fortes difficultés de recrutement** : L'ensemble des acteurs de l'aide à domicile rencontrent des difficultés (89% de temps partiel²⁷) concernant **l'ensemble des métiers** (agents à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants). Tous les territoires sont confrontés à des difficultés de recrutement du fait d'un déficit d'attractivité.
- **Un temps professionnel insuffisant auprès de la personne âgée** : La présence des professionnels au domicile semble **globalement en hausse**. Entre 2008 et 2016, le nombre de places en SSIAD a crû de **27%** alors que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté de seulement **12%** : la part des bénéficiaires de l'APA à domicile pouvant bénéficier d'une place en SSIAD est ainsi passée de 15% en 2008 à 17% en 2016.

²¹ Rapport du Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*, avril 2021.

²² Marianne Muller, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », *Les Dossiers de la Drees*, n°20, Drees, septembre 2017.

²³ Drees, *Etudes et résultats*, n°1015, juillet 2017.

²⁴ Rapport de la Cour des comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, Un nouveau modèle à construire*, février 2022.

²⁵ Concertation grand âge et autonomie : remise du rapport de Dominique Libault : <https://www.unccas.org/concertation-grand-age-et-autonomie-remise-du-rapport-de-dominique-libault#.YN6fMEw682w>

²⁶ Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, DGCS-CNSA, mai 2016.

²⁷ Rapport de la branche de l'aide à domicile pour 2017.

- **Une dégradation des conditions de travail** : La dégradation des conditions de travail est en partie liée au **manque d'effectif** et aux **difficultés de recrutement et de fidélisation**. Elle s'explique également par **les pratiques d'organisation et de management**, très hétérogènes dans un secteur du domicile marqué par une forte variabilité de taille des structures. **La réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail, la transformation des publics** pris en charge transforment les conditions d'exercice des métiers du domicile. Le secteur du domicile est particulièrement touché par **les accidents du travail**²⁸, qui augmentent depuis plusieurs années. Dernier signe de la dégradation des conditions de travail, le secteur est confronté à **un important turn-over** (13,6 pour les SPASAD, 9,6 pour les SSIAD, contre 8,3 pour l'ensemble du médico-social).
- **Un manque d'attractivité des métiers du grand âge** : Les difficultés de recrutement, le manque de temps professionnel utile en proximité de la personne et la forte dégradation des conditions de travail contribuent à **dégrader la qualité de l'accompagnement et du soin** fourni aux personnes âgées et à **dévaloriser les métiers**. **Le manque de reconnaissance des professionnels** fait écho à **une vision globalement négative du grand âge** et de la place assignée à la personne âgée. **La formation insuffisante actuelle des professionnels**, à tous les niveaux hiérarchiques, ne permet pas de répondre à l'évolution des besoins des personnes. Les rémunérations sont modestes et se cumulent souvent à domicile, avec une fréquence élevée de temps partiels plus ou moins subis. Les perspectives de carrière sont réduites et les métiers restent cloisonnés.

Les difficultés rencontrées par les CCAS gestionnaires d'EHPAD

Les principaux constats dressés par les CCAS en tant qu'établissements publics

1. L'aggravation du niveau de dépendance et du besoin en soins des résidents

- **La transformation est profonde avec une arrivée en EHPAD de plus en plus retardée** à mesure que la politique de maintien à domicile progresse et du fait d'un niveau de dépendance et de besoins de soins aggravé. Fin 2015, moins de 11% des entrées en EHPAD concernaient des résidents en GIR 5 et 6 avec un niveau d'autonomie significatif²⁹.
- **La prévention devrait être pleinement intégrée au financement des EHPAD**. Il est, d'ailleurs, plus facile pour les établissements offrant une mixité de l'offre d'hébergement de travailler sur la prévention en coordination avec les partenaires extérieurs, acteurs de la coordination gériatrique locale.
- **Le recours à des professionnels de santé libéraux se révèle souvent être un « casse-tête » pour les EHPAD gérés par des CCAS**, ce qui a un impact non négligeable sur la qualité de la prise en charge des résidents. **La répartition inégale des médecins généralistes** est particulièrement marquée pour les plus jeunes d'entre eux³⁰. Une réticence des médecins à s'installer dans des zones rurales et semi-urbaines ainsi que dans les zones urbaines dites « difficiles » transparaît également. Les médecins libéraux sont de moins en moins disponibles. Il s'avère également **difficile de recruter des kinésithérapeutes libéraux** entraînant un recours à des animateurs d'activités physiques adaptées ayant une formation en Sciences techniques des activités physiques et sportives (STAPS).
- Les EHPAD sont **amenés à gérer un nombre croissant de résidents atteints de pathologies psychiatriques** sans être à même de répondre à cette demande de plus en plus forte. Ils ne sont

²⁸ Avec un indice de fréquence s'établissant à 95 en 2016, contre 79 en 2012, selon un nombre d'accidents du travail donnant lieu à un arrêt de travail pour 1000 salariés, d'après les chiffres fournis par la Caisse nationale d'assurance maladie en 2016.

²⁹ Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre, résultats de l'enquête EHPA 2015, Dossier n°20, septembre 2017.

³⁰ DREES-IRDES, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux généralistes libéraux », Questions d'économie de la santé, n°174, mars 2012.

majoritairement pas en mesure de gérer la prise en charge de la démence et des troubles du comportement, qui appellent **des compétences spécifiques et un suivi régulier**.

- Un enjeu non négligeable réside **dans le soutien psychiatrique et une meilleure connaissance des pathologies gériatriques**.
- Autour du cœur de l'accompagnement en soins des résidents en EHPAD, existe **une tension continue entre les besoins et les moyens**, qu'il conviendrait de résoudre afin de conduire à **des situations d'organisation de soins plus satisfaisantes dotées d'une équipe médicale et paramédicale renforcée** (infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, psychologues...).

2. L'augmentation des résidents atteints de maladies neurodégénératives :

- Les EHPAD gérés par des CCAS sont confrontés à **d'importantes problématiques de fonctionnement** inhérents au pourcentage de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.
- Fin 2015, environ 260 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées souffrent de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA). En EHPA, environ 36% des résidents sont atteints d'une MAMA³¹. Ce chiffre croît à 40% pour les EHPAD publics à la différence des résidences autonomie (2,5%). La maladie d'Alzheimer représenterait entre 60% et 70% des démences.
- Le nombre de démences liées aux MAMA devrait **augmenter** proportionnellement au nombre de personnes âgées, le principal facteur de risque des MAMA étant l'âge. Selon l'INSERM, les projections en 2030 atteindraient 1,75 million de cas contre 1 million de cas en 2010.
- Les CCAS gestionnaires d'EHPAD en viennent à se demander si, à terme, ils ne feront plus que cela.

3. La prise en charge de publics en situation de vulnérabilité sociale et financière :

- Du fait de la création et de l'attractivité des résidences services, **un changement du public des EHPAD** gérés par des CCAS/CIAS est notable ces dernières années.
- Les CCAS ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge de ces publics en situation de plus grande fragilité financière, qui peuvent, parfois, **subir la double peine de résider dans des zones plus rurales ou moins bien pourvues**. L'acuité de cette question n'ira pas en s'amointrissant.
- Dans les dix à vingt prochaines années, les personnes retraitées pourraient connaître **de plus grandes difficultés financières** à la différence d'aujourd'hui où elles sont, en moyenne, dans les classes sociales les plus aisées³². L'âge de validation du premier trimestre pour la retraite augmente au fil des générations, du fait de l'allongement de la durée des études et de la montée du chômage des jeunes³³. Le début de carrière est plus tardif, quel que soit le niveau de diplôme. La reconstitution des carrières et la validation des trimestres pour la retraite sont plus ardues qu'auparavant.
- Les CCAS prendront en charge ce public alors même qu'ils ont, dans le même temps, **les contraintes les plus fortes**. Ils vont **subir un « effet ciseaux »** alors que leurs principaux financeurs, les départements, subissent eux-mêmes déjà cet effet du fait de ressources de plus en plus faibles et de dépenses sociales de plus en plus importantes.

4. La complexité de la gouvernance :

- La difficulté tient dans **la complexité de la négociation avec deux autorités de tarification**.
- Les négociations doivent s'effectuer très en amont avec l'ARS, sans quoi le Conseil Départemental ne donne pas son quitus.

³¹ DREES, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Etudes et Résultats n°1015, juillet 2017.

³² *Ibidem*.

³³ DREES, Etude sur la participation des résidents au financement des dépenses liées à la perte d'autonomie en établissement, Etude et recherches n°1095, novembre 2018.

- Si les orientations de l'ARS et du Département doivent converger, dans la pratique, **les contraintes financières** ne se ressentent pas de la même manière. Des marges de manœuvre existent en soins alors qu'elles sont impossibles en dépendance et très rares en hébergement.
- Les CCAS gestionnaires d'EHPAD sont demandeurs d'une évolution du rôle des tutelles (ARS et Conseils Départementaux) vers **un véritable accompagnement et soutien**.
- Ils ont le sentiment qu'au travers de la **convergence tarifaire**, l'on a voulu tirer vers le bas en s'appliquant à prendre modèle sur le secteur privé alors même que ce ne sont ni les mêmes résidents ni le même prix de journée.
- La réforme de la contractualisation a créé **un sentiment de subordination et une position déséquilibrée entre les parties contractantes**. Les exigences de la part des financeurs ont augmenté. Les procédures et les indicateurs sont plus prégnants. Autant de limites à noter, même si les CPOM donnent plus de souplesse dans l'utilisation des ressources et permettent de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre.

5. Les difficultés de recrutement et l'instabilité des équipes :

- **Près d'un EHPAD sur deux est confronté à des difficultés de recrutement**³⁴. 38% des établissements du secteur public peinent à attirer des candidats. 9% en moyenne des EHPAD ont des postes non pourvus.
- Les CCAS gestionnaires d'EHPAD ne font pas exception. Ils sont confrontés à des difficultés de recrutement et **des conditions de travail difficiles**, ainsi qu'à une sous dotation en soignants en raison de politiques tarifaires basses et de l'incapacité de compléter le déficit de dotation par d'autres ressources.
- Les dépenses de personnel en EHPAD représentent **le premier poste budgétaire** mobilisant 89% du budget³⁵ des établissements. Le maintien de l'autonomie des résidents exige du temps d'agents.

6. La nécessité d'une évolution de l'offre :

- Les structures publiques territoriales sont plutôt présentes sur des EHPAD de soixante places et moins (voire quarante-cinq places) de par son intervention interstitielle dans des zones où bien souvent plus personne d'autre n'intervient. Les CCAS gèrent environ 8% des places. Si les CCAS des villes en gèrent généralement plusieurs, près de 40% de ces établissements sont néanmoins des territoires de moins de 10 000 habitants sachant que les EHPAD ruraux affichent des Gir Moyen Pondéré (GMP) et Pathos Moyen Pondéré (PMP) moins élevés que les autres.
- **Les contraintes normatives, de management, foncières et économiques ont contribué à pousser à la création d'EHPAD de grande taille**, souvent implantés **en périphérie**, ce qui rend plus difficile les coopérations entre professionnels.
- A l'horizon 2030, la priorité pour les EHPAD ne doit pas être un accroissement du nombre de places mais bel et bien **un renforcement de l'accompagnement**, qui leur permettra **une meilleure prise en charge de leurs résidents et de faire face aux situations de plus en plus lourdes**.

³⁴ DREES, L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015, Les Dossiers de la Drees, n°20, septembre 2017.

³⁵ Circulaire du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des ESSMS.

Les principaux points d'attention du Livre blanc Autonomie de l'UNCCAS

Sur fond d'abandon de la loi grand âge, et donc au détriment d'un vrai débat parlementaire que l'UNCCAS appelait de ses vœux sur cette question de société, le Livre blanc formule des préconisations fondées sur les pratiques de terrain des CCAS et CIAS.

Aux côtés de Véronique Besse, vice-présidente de l'UNCCAS en charge des seniors, et Isabelle Le Callennec, vice-présidente sur les questions de logement, Luc Carvounas, Président de l'UNCCAS a présenté mercredi 17 novembre le Livre Blanc sur l'autonomie. Une présentation faite de manière symbolique au moment de l'édition 2021 du Congrès des maires de France tandis qu'en écho, des conférences de presse locales étaient organisées dans le réseau des UDCCAS, elles aussi mobilisées.

Les 6 points d'attention du [Livre blanc Autonomie](#) :

- **Le service public de proximité a répondu présent pendant la crise sanitaire, quelles que soient les configurations territoriales. Il s'agit aujourd'hui d'en tirer tous les enseignements en matière de veille, d'analyse des besoins, d'aller vers, de coordination, de mobilisation et donc de besoin légitime de reconnaissance des agents pleinement investis dans leur mission.**
- **Faire enfin de la lutte contre l'isolement et des démarches préventives une priorité.**
- **Sortir des logiques cloisonnées et binaires entre le domicile et l'établissement et soutenir le développement d'offres d'hébergement alternatives et parmi elles, les résidences autonomie, dont il s'agit de soutenir et d'accompagner la modernisation.**
- **Promouvoir une politique d'accompagnement du grand âge qui inclut les questions d'adaptation du logement, de mobilités, d'inclusion numérique, de lien social, d'aménagements urbains.**
- **Envisager le secteur de l'accompagnement des personnes âgées non pas sous le seul angle réducteur des coûts et de la charge financière qu'il représente, mais aussi comme une opportunité d'expérimentations, d'innovation et de progrès social.**
- **Prendre en compte l'augmentation de la précarité des publics âgés accompagnés par les CCAS, mais aussi des personnes handicapées vieillissantes et de leurs aidants.**

Annexe 2

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE CERTAINS MEMBRES ET POSITIONS DU CONSEIL

1. Anne CARON-DEGLISE, personnalité qualifiée

Dans le cadre de la discussion l'article 32 (chapitre « renforcer la politique de soutien à l'autonomie ») I, 4°, et I, 7°, Casf, proposition d'ajouter :

- à la fin de l'article L. 313-13-2 du Casf : *« Elle en informe le représentant de l'Etat dans le département ainsi que le procureur de la République dans le cas des établissements et services accueillant des majeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique ».*
- à l'article L. 313-14-3 du Casf, un 3^e alinéa : *« Lorsqu'un contrôle révèle ou laisse apparaître des dysfonctionnements graves dans la gestion comptable ou financière, l'autorité compétente en vertu de l'article L. 313-3 doit en informer le représentant de l'Etat dans le département ainsi que le procureur de la République. »*

Motifs : La mission IGAS-IGF sur la gestion des EHPAD du groupe Orpéa a mis en lumière la nécessité de compléter et de renforcer non seulement l'arsenal des outils à la disposition de l'Etat, et notamment des ARS, pour mieux contrôler les EHPAD mais également l'effectivité des contrôles dans un objectif de meilleure prise en charge et de respect des droits des personnes hébergées. Les articles L. 313-13-2 et L. 313-14-3 se trouvent dans la partie « Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (art. L. 313-1 à L. 313-27) et, plus particulièrement, dans la section 4 « contrôle administratif et mesures de police administrative (art. L. 313-13 à L. 313-20). Plusieurs rapports, dont le rapport de la Commission Casagrande de lutte contre la maltraitance et le rapport de la Défenseure des droits sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, ont souligné l'importance des liens opérationnels à mettre en place entre les contrôles administratifs et les autorités judiciaires lorsque les dysfonctionnements constatés présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies, qui sont toutes particulièrement vulnérables, dans le respect de leurs droits et de leur dignité. Ces ajouts visent à répondre à prévenir et à répondre aux conséquences que peuvent avoir les dysfonctionnements graves dans la gestion comptable ou financière des établissements et s'inscrivent dans le prolongement de la définition de la maltraitance figurant désormais à l'article L. 119-1 du Casf (loi n° 2022-140, 7 février 2022).

Commentaire

Le champ de ces propositions ne relève pas directement d'un PLFSS, mais le Conseil de l'âge souhaiterait qu'en parallèle de la mise en œuvre de l'article 32, soient examinées ces propositions de modifications législatives, qui sont cohérentes avec les travaux de la commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance et méritent instruction.

2. Groupe SOS



Propositions d'amendement au PLFSS 2023

Proposition d'amendement n°1 :

Les établissements publics et associatifs ne doivent pas être les victimes du scandale ORPEA en matière de reversements d'excédents et de réserves

Au b du 1° et au 2° de l'article 33 du PLFSS ; la phrase : *« A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer le tarif de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. »*

Est remplacée par la phrase :

« A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer les tarifs des établissements ou des services, de la récupération totale ou partielle en application de l'article L313-14-2 du montant des comptes mentionnés à l'article L.313-19, selon des règles et des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

L'écriture du gouvernement est étonnante puisque les reports à nouveau (on vise certainement les reports à nouveau excédentaires pas les déficitaires) et les réserves (elles sont diverses et nombreuses avec les provisions réglementées dans le plan de comptes des établissements et des services sociaux et médicosociaux) ne sont pas dans son budget mais dans son bilan. Plus exactement, pour les CPOM dans son bilan financier dont le modèle a été fixé par un arrêté ministériel avec une batterie de ratios financiers institués en 1989. Parmi ces ratios financiers, il y a la « Capacité d'autofinancement » (CAF) qui est plafonnée à 10% des produits d'exploitation encaissables.

Les dispositions prévues par le Gouvernement sont inapplicables et impraticables pour les EHPAD commerciaux. Les victimes collatérales de l'affaire ORPEA vont donc être les établissements publics et associatifs qui risquent de subir des razzias sur leurs réserves d'investissement et leurs provisions pour faciliter la gestion des enveloppes limitatives de crédits des ARS et des départements.

L'amendement vise à mieux encadrer cette dispositions en précisant son périmètre d'application et en renvoyant sur un décret en Conseil d'Etat.

Proposition d'amendement n°2 :

Simplifier la procédure des frais de siège association des associations ayant conclu des CPOM avec les ARS et les conseils départementaux

A l'article 33 du PLFSS, il est inséré un 10° ainsi rédigé

10° Il est ajouté au VI de l'article L.314-7 du code de l'action sociale et des familles, un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes gestionnaires ayant conclu plusieurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens différents mentionnés à l'alinéa précédent, peuvent prélever des quoteparts de frais de siège dans le respect des équilibres budgétaires pluriannuels desdits contrats. En application de l'article L.313-14-2, les prélèvements jugés injustifiés ou excessifs au regard des indicateurs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social sur les fonctions « administrer – gérer – manager - communiquer » peuvent être récupérés par les autorités administratives compétentes.

Exposé des motifs

Aujourd'hui, le maintien d'un taux de prélèvement unique sur tous les établissements sur la base des dépenses, va à l'encontre de la philosophie des CPOM : mutualisation, économies d'échelle, sanctuarisation et redéploiement des gains de productivité, recomposition de l'offre de services... Par exemple, centraliser des prestations « supports », comme la gestion comptable au siège, va entraîner une réduction des dépenses (personnels, consommables, prestations de service) dans les établissements et majorer en partie les dépenses du siège social. Aussi, le siège est soumis à une double peine : plus de dépenses et moins de produits, si le taux de prélèvement a pour assiette les dépenses diminuées des établissements. Autant dire que cela pousse à l'inertie, au conservatisme, à l'inefficacité et à l'inefficience.

L'arrêté du 10 avril 2019 vient de généraliser les tableaux de bord de la performance dans le secteur médico-social, ce qui permet d'avoir un référentiel national des coûts sur les prestations « Gérer Manager Coopérer Communiquer », incluant les frais de siège. Ce référentiel devrait servir de boussole pour les gestionnaires et les autorités de contrôle.

Rappelons que dans le cadre d'un CPOM, les montants annuels des quoteparts de frais de siège des ESSMS sous CPOM ne sont plus approuvés. Le gestionnaire a donc une liberté de prélèvement qui devrait plus se baser sur les produits que sur les dépenses. Les prélèvements injustifiés ou excessifs peuvent faire l'objet d'une récupération en application de l'article L.313-14-2. Les autorités de contrôle ont bien les outils pour maintenir les gestionnaires dans la « tempérance ». Par exemple, l'article R.314-61 du CASF, relatif aux études « coûts avantages », permet de d'imposer les meilleurs coûts entre la gestion mutualisée au niveau du siège, la gestion dispersée dans les établissements ou la sous-traitance externalisée.

Cet amendement vise à concilier responsabilisation du gestionnaires, maîtrise des coûts et équité. Il vise enfin à rendre plus transparent le financement des frais de siège que l'affaire ORPEA a interrogé et complète donc les nombreuses dispositions de cet article 33 sur le contrôle et l'inspection.

Proposition d'amendement n°3 :

Simplifier la tarification de l'aide sociale à l'hébergement par les départements dans les EHPAD pour mettre fin aux transferts de charges sur l'assurance maladie.

Après l'article 35 du PLFSS, il est inséré un article 35 bis ainsi rédigé :

Article 35 bis : Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles un article L.342-3-2, ainsi rédigé :

« Article L.342-3-2

Les établissements pour personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 fixent les tarifs relatifs à l'hébergement pour les personnes ne relevant pas de l'aide sociale à l'hébergement. Ces tarifs sont précisés dans le contrat de séjour prévu à l'article L.342-2. Ces tarifs sont revalorisés chaque année pendant la durée de séjour du taux d'évolution prévu à l'article L.342-3.

Les tarifs de l'aide sociale à l'hébergement fixés par le président du conseil départemental pour l'année en cours sont opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale lors de leur entrée dans l'établissement. Ils sont revalorisés chaque année pendant la durée de séjour des résidents du taux d'évolution prévu à l'article L.342-3.

Exposé des motifs

Il y a dans les établissements habilités à l'aide sociale moins de 20% de bénéficiaires de l'aide sociale en moyenne nationale mais avec des variations territoriales. Les recettes provenant de l'aide sociale à l'hébergement des conseils départementaux ne constituent que 12% de l'ensemble des recettes relatives à l'hébergement.

Or et compte tenu de leurs difficultés financières, nombre de départements gèlent les tarifs « aide sociale à l'hébergement », voire les baissent, ce qui pèse alors sur 100 % des tarifs hébergement lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale en totalité. La qualité des services de même que la capacité d'investir dans les rénovations ou les mises en conformité nécessaires s'en ressentent.

Il est demandé aux EHPAD concernés par ces gels ou ces baisses, de financer plus d'aides-soignantes sur les « soins » afin de réduire leur prise en charge sur la « dépendance » et de transférer plus d'agents de service sur la « dépendance » afin de réduire leur prise en charge sur l'hébergement. Ce phénomène de « vases communicants » aboutit à anéantir l'amélioration des taux d'encadrement soignant qui résultent des efforts d'augmentation des crédits de l'assurance-maladie. Il convient donc de sécuriser une évolution annuelle des tarifs hébergement habilités, sur des bases objectives.

Ce sont les raisons pour lesquelles il est proposé un dispositif organisant, pour les établissements habilités en totalité à l'aide sociale en totalité :

- Une évolution régulière du tarif hébergement sur la base du taux annuel d'évolution arrêté par les ministres des personnes âgées et l'économie, mécanisme déjà présent au deuxième alinéa de l'article L.342-3 CASF.

La possibilité pour les établissements publics et privés non lucratifs habilités en totalité à l'aide sociale de fixer les tarifs des résidents payants, qui ne relèvent pas de l'aide sociale à l'hébergement. Cette modalité permet d'éviter des démarches de dés-habilitation de structures publiques et privées non lucratives, démarches aux effets complexes et délétères.

Proposition d'amendement n°4 :

Revalorisation des valeurs du Point GIR dépendance départemental

Après l'article 35 du PLFSS, il est inséré un article 35 ter ainsi rédigé :

Article 35 ter : Il est inséré au 2° de l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« La valeur du point GIR départementale fixée chaque année par le président du conseil départemental pour déterminer le forfait global relatif à la dépendance, est à minima revalorisée du taux d'évolution de la valeur nationale du point GIR « soins » des EHPAD en tarifs partiels sans pharmacie à usage intérieur »

Exposé des motifs

La faible, voire l'absence, de revalorisation de la valeur départementale du point GIR dépendance que le président du conseil départemental doit fixer chaque année (valeur qui varie déjà de façon importante d'un département à un autre) ne permet pas de financer les revalorisations des métiers et des carrières du grand âge et l'accord « Ségur de la santé ».

Cela a même pour conséquence de « détourner » les revalorisations concédées par les ARS sur les aides-soignantes vers des financements majoritairement de l'assurance maladie alors que la compensation par la CNSA de l'APA en établissement augmente.

Au lieu de venir renforcer les moyens humains dans les EHPAD, les renforcements de moyens par les ARS compensent les désengagements financiers des départements sur la dépendance et l'hébergement.

Commentaire

Le Conseil de l'âge n'a pas délibéré sur ces amendements et les transmet pour examen aux administrations compétentes.

3. UNRPA

Proposition d'amendement relatif à l'Art 35

L'Article 35 porte sur les suites de l'Habitat partagé le rapport PIVETEAU WOLFROM.

Il est proposé de plafonner le nombre de personnes hébergées et de n'accorder l'Aide de Vie Partagée qu'aux institutions publiques.

EXPOSÉ DES MOTIFS

« Le rapport PIVETEAU WOLFROM recherche une solution pour rompre l'isolement des personnes âgées et la co-location dans un logement au sein de la ville, nous paraît une bonne initiative.

Cependant, certaines entreprises privées s'engouffrent sur cette niche et construisent des villages avec des dizaines de logements, notamment dans le JURA et dans d'autres régions d'ailleurs.

Nous ne souhaitons pas, sous prétexte de « rompre l'isolement », mettre les personnes âgées dans des ghettos.

De plus nous souhaitons, dans le cadre de la sauvegarde des services publics, ne pas attribuer l'Aide à la Vie Partagée à des entreprises commerciales, intéressées uniquement par des retours sur investissements immédiats. La CNSA dispose d'un budget de 25 M€ pour l'attribution de l'AVP. Il appartient donc aux Conseils départementaux de ne pas conventionner les entreprises privées ».

Commentaires

- S'agissant du risque de ghetto le Conseil a pris note de ce souci. Il en instruira les éléments dans les travaux qu'il mènera en 2024 en 2023³⁶
- le Conseil ne retient pas la proposition d'exclure les entreprises privées du conventionnement.

³⁶ une note sur l'accessibilité financière en Ehpad sera publiée d'ici fin 2022

4. SYNERPA

Proposition d'amendements relatif à l'Art 32

Le SYNERPA est tout à fait favorable à davantage de contrôles et de transparence. Toutefois, il a été très étonné à la lecture de l'article 32, qui cible uniquement les EHPAD privés commerciaux, en faisant expressément référence aux dispositions de l'article L. 233-3 du Code du Commerce, c'est à dire aux seules personnes morales de droit privé commercial, et ne permet pas de clarifier la tarification des EHPAD, au-delà des contrôles. C'est la raison pour laquelle le SYNERPA propose trois amendements à l'article 32 :

- **Élargir le champ des contrôles comptables et financiers à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux**, c'est à dire élargir le champ d'application des nouveaux outils mis à disposition de l'État, des ARS de l'IGAS ou de l'IGF à toute forme de groupement quel que soit son statut juridique ;
- **Assurer la non-rétroactivité de la reprise des résultats lors du renouvellement du CPOM** : Afin d'éviter que ces nouvelles dispositions ne viennent fragiliser économiquement les établissements et services, mais également afin d'éviter de nombreux contentieux qui pourraient survenir suite à leur application, il conviendrait :
 - D'une part de préciser que seuls les reports à nouveau et réserves constituées postérieurement à l'application de la présente loi ne puissent être repris (principe constitutionnel de non-rétroactivité des lois et règlements) ;
 - D'autre part, qu'elles feront l'objet de règles d'application précisées par décret.
- **Préciser que dans le cadre du renouvellement du CPOM peuvent être repris les reports à nouveau excédentaires et déficitaires** : L'article 32 prévoit qu'à l'occasion du renouvellement du CPOM, les éventuels reports à nouveau puissent être pris en compte pour fixer le nouveau tarif de l'établissement. Or, un report à nouveau peut être excédentaire mais également déficitaire, conformément aux dispositions de l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles. Dès lors que pourraient être repris les éventuels reports à nouveau excédentaires, et dans un souci d'équité, les reports à nouveau déficitaires doivent également pouvoir être pris en compte lors du renouvellement du CPOM.

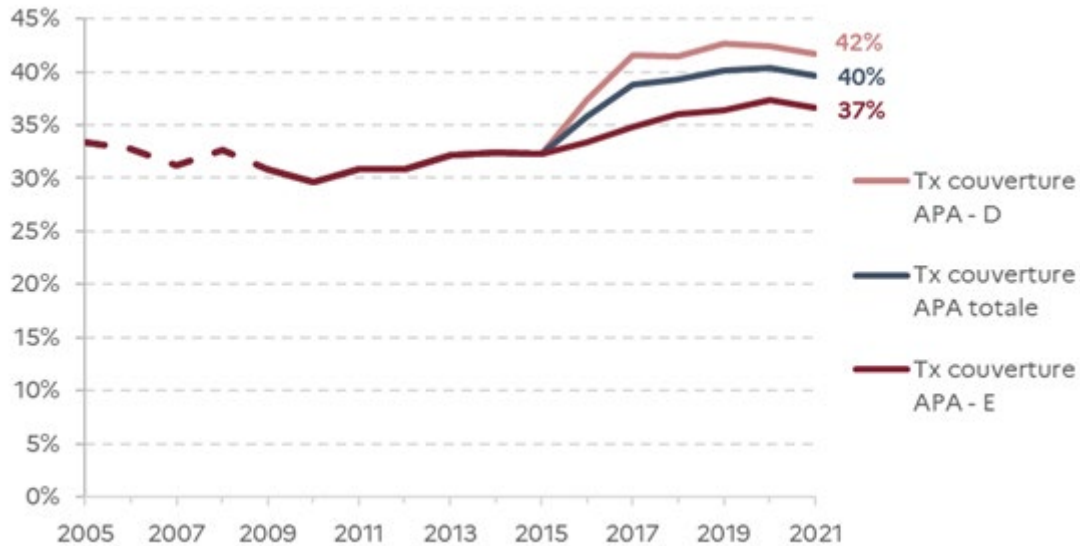
Commentaire

- Le périmètre de renforcement des contrôles des Ehpads est en passe d'être révisé dans le sens souhaité par le PLFSS.
- S'agissant des règles relatives aux reports à nouveau, le Conseil est favorable à ce que ces propositions soient examinées.

Annexe 3

ÉLÉMENTS FINANCIERS TRANSMIS PAR LA DSS

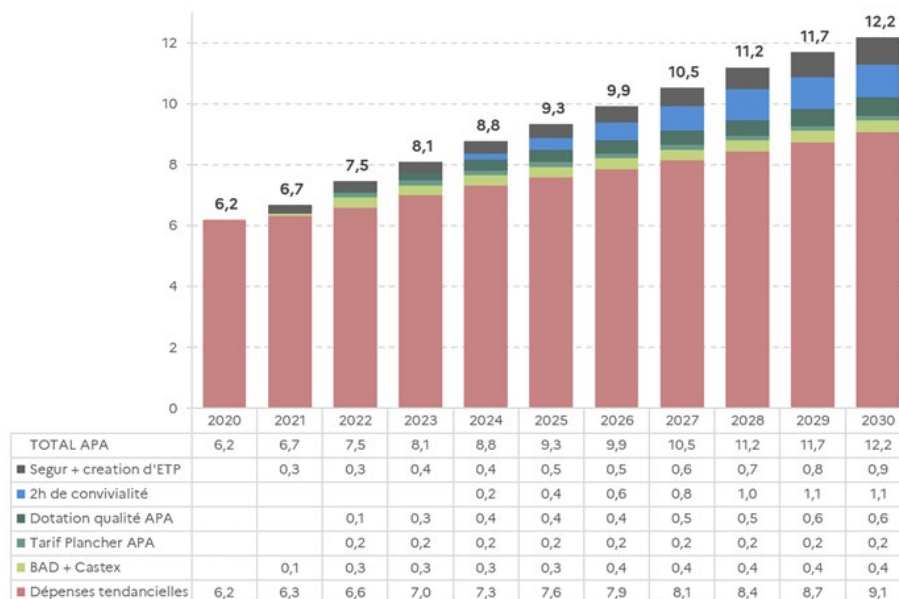
Taux de couverture constaté des dépenses d'APA par les concours de la CNSA



Source : 2005-2009 – DSS pour les concours CNSA, DREES AS pour l'APA totale
2009-2021 - Repss Autonomie – indicateur 1.3 – MAJ septembre 2022, répartition d'après données DGFIP

L'écart entre domicile et établissement résulte de l'affectation de l'ensemble du concours APA-2 au domicile.

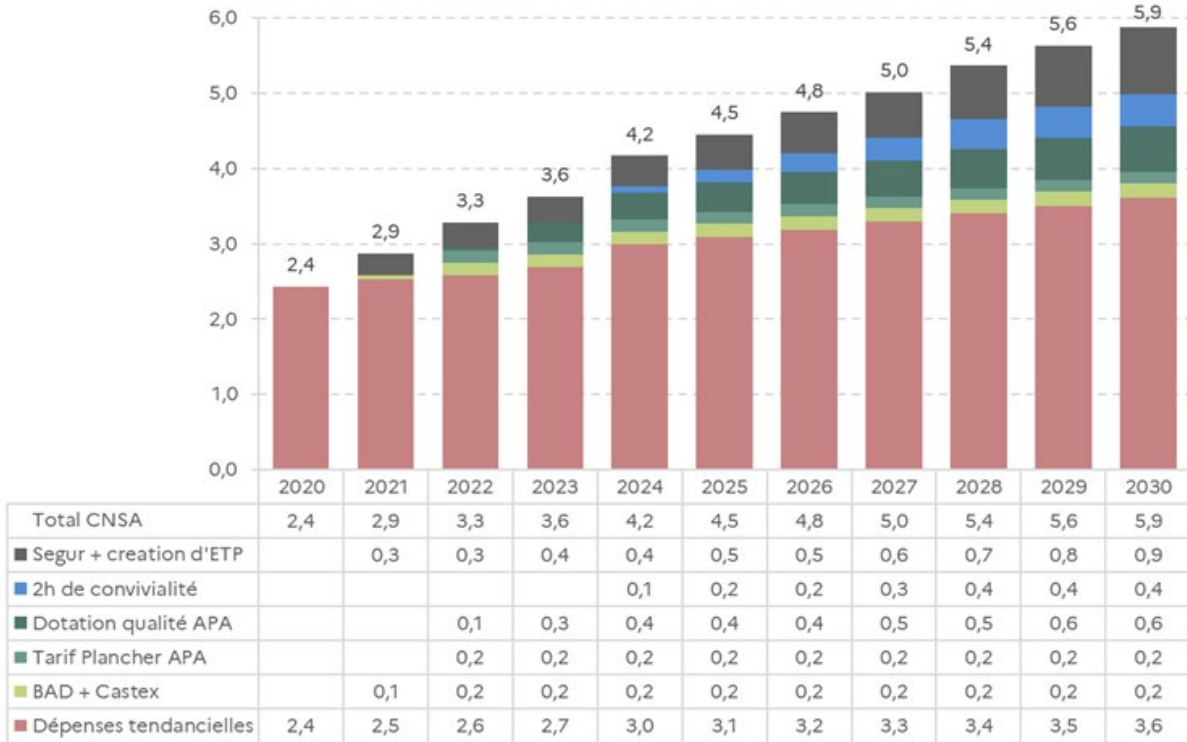
Projection tendancielle des dépenses d'APA y compris mesures nouvelles (en Md€)



Note de lecture : pour l'APA à domicile, projection tenant compte d'un effet volume et d'un effet prix. Pour les mesures Ségur et créations d'ETP en EHPAD, sont représentées à titre conventionnel les

dépenses supplémentaires d'APA qui en auraient résulté si l'on avait appliqué la répartition historique des financements entre sécurité sociale et départements des sections soins et dépendance des EHPAD (ces mesures ont in fine été intégralement financées par la branche autonomie).

Projection tendancielle des financements CNSA au titre de l'APA y compris mesures nouvelles (en Md€)





Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

