

Juillet 2002

**QUESTIONNAIRE SUR LES SOINS DE
SANTÉ ET LES SOINS DE LONGUE
DURÉE POUR LES PERSONNES ÂGÉES**

Contribution de la France

Au recensement de 1999, plus d'un habitant sur cinq de la métropole a plus de 60 ans et un sur quatre a moins de 20 ans. Comparés aux données des recensements précédents, ces chiffres confirment le vieillissement de la population de la métropole. En effet, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent désormais 21,3% de la population contre 19,9% en 1990 et 18% en 1970. A l'inverse, la part des moins de 20 ans a diminué : elle s'élève maintenant à 24,6% contre 26,5% en 1990. Dans les territoires d'outre-mer, la part des personnes de plus de 60 ans est plus faible : 12, 1% de la population considérée.

EVOLUTION DE LA POPULATION SUR LA PERIODE 1990/1999

	Recensement 1990	Recensement 1999	1999/1990 en %
Population métropolitaine	56 625 000	58 521 000	+ 3,3
Population moins de 20 ans	14 987 000 26,5%	14 381 000 24,6%	- 4
Population 20/39 ans	17 139 000 30,3%	16 468 000 28,1%	- 3,9
Population 40/59 ans	13 200 000 23,3%	15 193 000 26%	+ 15
Population > 60 ans	11 299 000 19,9%	12 479 000 21,3%	+ 10,4
Dont + 75 ans	4 038 000 7,1%	4 505 000 7,7%	+ 11,6

Source INSEE

Toutes les projections confirment l'augmentation inéluctable de la part des plus âgés dans l'ensemble de la population de métropole. Sauf rupture tout à fait imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité, à flux migratoires inchangés, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées est inéluctable car toutes les générations qui atteindront l'âge de 60 ans d'ici 2050 sont d'ores et déjà nées.

Avec le vieillissement des enfants du « baby boom », l'augmentation des personnes âgées de plus de 60 ans progressera de façon continue : ils représenteraient 27% de la population à l'horizon 2020 (17 millions de personnes soit 1,4 fois plus qu'en 2000), tandis que les plus de 75 ans (les premières classes du « baby boom » nées en 1944/1945) et les plus de 85 ans « pèseraient » respectivement 9,5% et 3%. D'ici à 2040, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait augmenter de près de 10 millions par rapport à celui du recensement de 1999, alors que le nombre d'actifs et la population de moins de 20 ans devraient, l'un et l'autre, selon les mêmes projections, baisser respectivement de un million. En 2050, un tiers de la population devrait avoir plus de 60 ans, 15% plus de 75 ans et 7% plus de 85 ans. Toutefois, ce vieillissement n'est pas synonyme d'un accroissement inéluctable des incapacités. Au contraire, il semble à ce jour que le scénario le plus probable pour les dernières années de vie soit celui d'une « compression de la morbidité » : au cours de la décennie 1980, les gains d'espérance de vie sans incapacité ont été supérieurs à ceux de l'espérance de vie, voire un peu supérieurs. Des travaux plus récents confirment cette tendance pour les années 1990.

- ACCES -

1.1 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

1.1.1 Mécanismes de garantie d'accès

Le système français d'assurance maladie obéit à un souci d'universalité et de solidarité selon lequel tous les résidents sont couverts quels que soient leur âge, leurs revenus et leur état de santé, au travers d'un financement socialisé. Une prise en charge intégrale est offerte aux plus modestes (8 % de la population).

- **Une offre de soins à caractère dual et un libre accès aux soins des assurés**

L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé : ainsi, en 1998, 75 % des médecins généralistes et 68 % des spécialistes ont une activité libérale, 65 % des lits relèvent de l'hospitalisation publique et 1/3 des établissements privés sont à but non lucratif. La rémunération des professionnels de santé libéraux est fondée sur le paiement à l'acte selon un tarif déterminé dans le cadre de conventions négociées entre l'assurance maladie et les syndicats professionnels. Le nombre des professionnels de santé en formation est fixé par *numerus clausus*. Les professionnels ont le libre choix de leur lieu d'installation. C'est aussi le cas des pharmacies qui sont libérales mais font l'objet d'autorisations d'ouverture, et les prix des médicaments remboursables sont négociés entre le Comité économique des produits de santé et les laboratoires pharmaceutiques. Les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif sont soumis à un budget annuel global, les établissements à but lucratif sont rémunérés en fonction de leur activité.

Les patients ont le libre choix du prestataire et de l'établissement de soins, et ont directement accès aux soins sans restriction : auxiliaires médicaux, médecins généralistes ou spécialistes, services de consultation externes des hôpitaux et services d'urgence. Les patients paient les soins qu'ils reçoivent, en faisant ainsi l'avance des frais, qui leur sont ensuite remboursés par la caisse d'assurance maladie. Toutefois, dans certains cas, l'assurance maladie verse directement au prestataire de soins la part de la dépense prise en charge. Ce principe du « tiers-payant » s'applique à peu près systématiquement en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou assimilé.

- **Un système d'assurance de type bismarckien et une couverture désormais universelle**

Le système français de santé est à l'origine de type bismarckien, structuré autour de régimes professionnels d'assurance maladie, mais il a progressivement été étendu à l'ensemble de la population résidente.

La population est protégée sur une base prioritairement professionnelle et subsidiairement résidentielle. L'affiliation aux régimes, est obligatoire pour les travailleurs et anciens travailleurs (invalides, retraités, chômeurs...). Les principaux régimes d'assurance maladie sont le *Régime général des travailleurs salariés* qui couvre environ 80 % de la population, les régimes agricoles de salariés et d'exploitants, et le régime des indépendants non agricoles, qui concernent respectivement 9 % et 6 % de la population. Enfin, d'autres

régimes de petite taille couvrent certaines catégories professionnelles (personnel des mines, du chemin de fer, marins...). Depuis 2000 dans le cadre de la *Couverture maladie universelle* (CMU), les personnes qui ne relèvent pas d'un régime professionnel existant (environ 2 % de la population) sont affiliées, également à titre obligatoire, au *Régime général*.

Depuis cette date, et sous réserve des engagements internationaux, toute personne résidant de manière stable et régulière sur le territoire français (résidence de plus de trois mois, en métropole ou dans les départements d'outre-mer) bénéficie donc, à un titre ou à un autre, des prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

- **Un coût des soins principalement pris en charge par l'assurance maladie**

En 2000, l'assurance maladie couvre 75,5 % de la dépense courante des soins et des biens médicaux. Le reste est pris en charge par les organismes assureurs privés dans le cadre de couvertures complémentaires professionnelles ou personnelles (12,3 %), par l'Etat et les collectivités locales (1,1 %) et par les personnes elles-mêmes (11,1 %).

Les différents régimes servent des prestations en nature très proches. Ainsi, dans *le Régime général des travailleurs salariés*, la couverture s'applique à l'ensemble des frais de médecine générale et spécialisée, de soins et de prothèses, de produits pharmaceutiques, de dispositifs médicaux à usage individuel, d'analyses et d'exams de laboratoire, l'ensemble des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et, dans certains cas, les frais de transport.

Les régimes d'assurance maladie laissent une part de la dépense des soins de santé à la charge de l'assuré : les prestations en nature sont remboursées dans la limite du tarif de responsabilité des régimes, auquel est appliqué un pourcentage appelé « ticket modérateur » qui est à la charge de l'assuré. Mis en place à l'origine pour responsabiliser le patient et freiner les dépenses, ce ticket modérateur est de 30 à 40 % pour les soins dispensés par les praticiens et les auxiliaires médicaux, de 35 à 65 % pour la pharmacie, de 40 % pour les analyses et examens de laboratoire, de 0 % à 20 % pour l'hospitalisation et de 35 % pour les dispositifs médicaux. Toutefois des allègements et des exonérations de ce ticket modérateur sont prévus pour certains actes, pour certaines catégories de pensionnés et les personnes atteintes d'affections de longue durée. Les personnes aux faibles revenus bénéficient d'une prise en charge du ticket modérateur par le biais du volet complémentaire de la CMU.

Certains médecins, pour l'essentiel des spécialistes ainsi que les dentistes pour les activités de soins prothétiques, sont autorisés à dépasser les tarifs de responsabilité. Cette disposition est réservée depuis 1991 à certains médecins hospitaliers qui décident de s'installer en pratique libérale. Les prix d'une partie des dispositifs médicaux (notamment, l'optique, les prothèses dentaires et auditives...) sont libres et peuvent parfois être très supérieurs aux tarifs de responsabilité fixés. Les dépassements sont également à la charge de l'assuré. Cependant les producteurs, distributeurs et prestataires concernés doivent respecter des tarifs maximum pour les bénéficiaires de la CMU qui sont alors intégralement remboursés.

Une très large partie de la population fait appel à des organismes complémentaires mutualistes ou d'assurance privés pour couvrir tout ou partie des dépenses de soins et de biens médicaux qui ne sont pas prises en charge par les régimes d'assurance maladie. Il peut s'agir de la différence entre le tarif de responsabilité du régime et le montant de son remboursement,

d'éventuels dépassements de ce tarif et particulièrement de l'écart entre le prix et le remboursement par les régimes d'assurance maladie de certains biens médicaux comme l'optique, les prothèses dentaires ou auditives. Cette protection complémentaire est volontaire et s'effectue dans un cadre professionnel ou personnel. Ces organismes remboursent tout ou partie de la dépense restant à la charge de l'assuré, ou la prennent en charge directement auprès des prestataires et des établissements de soins selon le principe du « tiers payant ».

La *Couverture maladie universelle* offre également aux personnes dont les revenus sont faibles, une protection complémentaire gratuite et sans avance de frais. Environ 8 % de la population dont les ressources sont inférieures en 2002 à un plafond annuel de 6744 Euros (plafond pour une personne seule, majoré en fonction de la composition du foyer) bénéficient de ce dispositif, auprès de leur *Caisse d'assurance maladie* ou d'un organisme assureur .

- **Les dispositions d'accès aux soins de santé ciblés sur les personnes âgées**

Les dispositions des régimes d'assurance maladie relatives à l'accès aux soins de santé concernant particulièrement les personnes âgées sont principalement :

- la facilitation des déplacements à domicile des professionnels de santé,
- les dispositifs d'exemption du ticket modérateur,(en particulier pour les pathologies recensées dans la liste des affections de longue durée, 55 % des personnes admises à ce titre ont plus de 60 ans),
- la prise en charge spécifique d'une part des soins de santé délivrés par les services de soins infirmiers à domicile et, d'autre part, des soins de santé des personnes hébergées en établissement (maisons de retraite, établissements hospitaliers de longue durée...).

1.1.2 Évaluation

Quel que soit le type de soins, il n'existe pas d'indicateur sur les listes d'attente. En effet, la quantité de l'offre de soins et le principe de la liberté d'accès permettent globalement un accès satisfaisant de l'ensemble de la population aux soins.

De même, les innovations thérapeutiques sont accessibles à l'ensemble de la population sans condition financière, dès lors qu'il existe un remboursement par l'assurance maladie.

Avec la mise en place de la *Couverture Maladie Universelle*, l'ensemble de la population dispose d'une couverture maladie. En revanche, concernant la prise en charge du ticket modérateur, des forfaits journaliers à l'hôpital, des dépassements d'honoraires des professionnels de santé et des dispositifs médicaux (optique, prothèses...), les couvertures sont très inégales selon que les personnes souscrivent ou non à une assurance complémentaire et, le cas échéant, suivant le niveau de prise en charge de cette assurance. Les ménages à revenu modeste (depuis 2000, personnes qui se situent au dessus du seuil de bénéfice de la *CMU* complémentaire gratuite) constituent, à cet égard, la catégorie de population dont la couverture totale est la plus faible. Or, les enquêtes santé ont montré que l'absence de couverture complémentaire était un handicap dans l'accès aux soins de médecins spécialistes et aux soins dentaires.

Les comptes de la santé permettent d'avoir une indication sur le reste à charge des ménages sur leurs dépenses courantes de santé : celui-ci est estimé à 11,1% en 2000. Par ailleurs, l'enquête « Santé, Soins et Protection Sociale » réalisée tous les deux ans par le *Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES)* donne des indications sur la part des personnes disposant d'une couverture complémentaire (90 % en 2000, y compris les bénéficiaires de la *CMU* complémentaire dont 89,2 % pour les personnes de plus de 60 ans et 86,1 % pour les personnes de plus de 75 ans), et sur la qualité de ces couvertures complémentaires (en 1998, 40 % des contrats souscrits proposaient pour les prothèses dentaires un niveau de prise en charge inférieur à celui fixé, en 2000, pour les bénéficiaires de la *CMU* complémentaire).

Quel que soit leur lieu de résidence, les assurés disposent de la même couverture par l'assurance maladie obligatoire. Certes, on observe des disparités géographiques de l'offre de soins. Elles ne traduisent pas une insuffisance à l'échelle d'une région ou d'un département mais il peut exister localement des zones où l'offre de soins est insuffisante. Des mesures spécifiques, dont récemment les primes facilitant l'installation des médecins généralistes dans de telles zones, devraient permettre de rétablir une offre de soins satisfaisante sur l'ensemble du territoire.

1.1.3 Difficultés

La France considère qu'avec la *loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU)*, elle a supprimé, à partir du 1^{er} janvier 2000, les obstacles et les difficultés que rencontraient jusque là un certain nombre de personnes pour bénéficier d'une couverture maladie. Avant cette date, les personnes sans couverture étaient en effet estimées à 0,25 % de la population. Il reste maintenant à s'assurer que les personnes les plus défavorisées accèdent effectivement aux soins dont elles ont besoin.

Par ailleurs, en matière de soins, il n'existe pas de difficultés majeures, puisque les patients ne sont soumis à aucun rationnement des soins, y compris les personnes âgées.

1.1.4 Changements prévus

Dans le souci de garantir à toutes les personnes qui le souhaitent un accès effectif aux soins, une attention particulière sera portée à ce que l'ensemble de la population dispose, au delà de la couverture universelle de base, d'une couverture complémentaire satisfaisante

Par ailleurs, une réflexion est en cours sur les conséquences pour l'Assurance maladie de la libre circulation des patients dans le cadre communautaire. En outre, l'éventuel impact de l'élargissement de l'Union européenne sur la circulation des professionnels de santé devra également être étudié.

Du point de vue de l'offre de soins, les préoccupations d'aménagement du territoire et de l'organisation des services publics pour répondre aux besoins de la population font l'objet d'interventions ciblées. Des dispositifs se mettent en place :

- Les aides pour les professionnels libéraux (médecins, infirmiers etc...) qui s'installent dans des zones rencontrant des difficultés d'accès aux soins, une réflexion a permis de faire émerger deux voies pour répondre à ces difficultés :

- .aider les professionnels à s'installer en donnant un levier financier pour leur installation dans ces zones identifiées.
- .améliorer les conditions d'exercice des professionnels afin de rompre l'isolement, mutualiser les moyens et améliorer les pratiques par des exercices plus partagés (maison médicale).

Ces dispositifs s'ils visent dans un premier temps plutôt les zones rurales devraient concerner aussi des zones sensibles telles les quartiers périurbains.

- Une organisation de la permanence des soins à partir d'une sectorisation départementale, la permanence des soins est le deuxième volet des mesures destinées à améliorer l'accès aux soins et les conditions d'exercice des médecins. . Un groupe de travail au plan national doit dégager pour la fin de l'année 2002 les lignes d'un accord qui a fait jusqu'ici défaut pour régler le problème.

Par ailleurs des expérimentations de maisons médicales seront encouragées dans de nombreux sites urbains, périurbains et ruraux pour assurer une permanence des soins, les patients se rendant sur ce site de la maison médicale et limitant ainsi les déplacements des professionnels.

- Une collaboration plus importante entre la ville et l'hôpital en particulier par un rôle mieux reconnu des hôpitaux locaux et des médecins qui y travaillent qui sont des médecins libéraux et des salariés de l'hôpital. La spécificité des 355 hôpitaux locaux en France par rapport aux autres catégories d'hôpitaux est en effet qu'ils permettent l'intervention de médecins libéraux auprès de leurs patients dans un environnement hospitalier. Situés le plus souvent en zone rurale, ils accueillent à ce titre une très grande majorité de personnes âgées en services de médecine, de soins de suite et de longue durée. Les hôpitaux locaux ont ainsi une double vocation à la fois sanitaire et sociale et sont le lieu d'un exercice partagé entre les professions de santé. L'hôpital local est une structure de proximité qui répond dans de nombreux cas à une étape majeure dans une prise en charge graduée soit au début de la prise en charge soit au retour d'une structure hospitalière lourde.

Le développement des réseaux de santé est enfin apparu comme un moyen efficace et nouveau d'assurer une prise en charge globale, coordonnée, personnalisée, particulièrement adaptée aux besoins des personnes âgées.

Le réseau permet en effet de décloisonner la prise en charge puisqu'il est constitué d'un ensemble de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, ainsi que d'organismes à vocation sanitaire ou sociale, regroupés autour du patient. Auprès des personnes âgées, il permet au médecin généraliste et à une assistante sociale de coordonner l'ensemble des interventions, sanitaire, sociale, hospitalière ou ambulatoire, d'assurer un meilleur suivi en évitant les hospitalisations inutiles et en prenant en compte l'environnement social et familial des personnes.

Les réseaux de santé, et notamment les réseaux gérontologiques ont, après avoir montré leur intérêt de manière expérimentale, fait l'objet de modifications législatives de nature à en assurer le développement. Ainsi, les règles relatives à la création et au développement des

réseaux viennent d'être profondément modifiées. Reconnus et définis désormais par la loi, les réseaux de santé sont insérés dans les priorités de santé publique, susceptibles de compléter l'offre de soins et d'en améliorer la qualité. Pour en permettre le déploiement nécessaire et en assurer, le cas échéant, la pérennité, les procédures administratives et financières qui leur étaient applicables et se sont avérées contraignantes, sont simplifiées et assouplies par la création d'une enveloppe fongible gérée et attribuée à l'échelon régional.

1.2 ACCES AUX SOINS DE LONGUE DUREE

1.2.1 Accès aux soins de longue durée

I - Les principaux dispositifs de prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées peut se faire dans un éventail large et continu de structures qui va du domicile, où une aide et des soins peuvent être dispensés, aux établissements de santé, en passant par les institutions sociales ou médico-sociales comme les maisons de retraite.

Les prestations d'aide ménagère à domicile ont pour mission d'aider les personnes âgées de soixante ans ou plus à réaliser les activités de la vie quotidienne et de contribuer ainsi à leur maintien à domicile. Elles sont financées, en tout ou partie en fonction des revenus de la personne, par les régimes de retraite (à hauteur de 75% des dépenses d'aide ménagère en 2000) et par l'aide sociale départementale.

Les services d'aide ménagère et de soutien à domicile qui emploient 85 000 salariés (soit 38 000 équivalents temps plein) sont confrontés à une triple exigence. Il leur appartient de structurer et diversifier leur offre de services (gardes de nuit, permanence du service les week-ends et jours fériés), d'améliorer la qualification des salariés déjà en fonctions et, dans une optique d'emplois de proximité et de développement local, de favoriser les embauches nouvelles.

Les services de soins infirmiers à domicile (68 000 places installées au 31/12/2001) assurent aux personnes âgées des soins infirmiers et d'hygiène générale et leur procurent les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ils ont pour mission de prévenir, différer ou raccourcir l'entrée et le séjour à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement. La prise en charge par les services de soins infirmiers à domicile est entièrement financée par l'assurance maladie.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont au nombre de 10 300 environ et accueillent près de 650 000 personnes de plus de 60 ans. Il s'agit de structures de nature, de statut juridique et de taille (moins de 10 places à plus de 600) très variés, qui n'ont pas été conçues initialement pour recevoir des personnes dépendantes nécessitant des soins importants, alors que l'entrée en institution est désormais fréquemment liée à l'aggravation de la perte d'autonomie. Les modalités et leur taux de médicalisation sont très disparates.

Au titre des établissements d'hébergement pour personnes âgées, on peut distinguer :

- Les maisons de retraite et les logements foyers : ce sont des établissements sociaux et médico-sociaux qui, à titre principal et d'une manière permanente, hébergent des personnes

âgées. Les logements foyers sont constitués de logements autonomes, avec des locaux d'espaces communs permettant de bénéficier de services collectifs (restauration, blanchisserie,...). Les aides à domicile (aide ménagère) peuvent intervenir auprès des résidents, comme dans un domicile privatif, le logement foyer étant considéré comme un substitut du domicile particulier.

- Les unités de soins de longue durée : ce sont des services d'établissements de santé assurant l'hébergement et les soins de personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ces services accueillent essentiellement des malades âgés lourdement dépendants, 90 à 95 % des personnes prises en charge dans ces services ont 65 ans ou plus. En termes de fonctionnement, ils s'inscrivent dans la filière hospitalière de soins et ne peuvent être isolés de l'ensemble de l'organisation des soins gériatriques.

Les soins dispensés par les services ou unités de soins de longue durée sont de trois types :

- soins d'entretien de la vie : c'est la réponse à la dépendance ;
- soins médicaux et techniques : préventifs, curatifs, adaptatifs et, dans les situations de fin de vie, palliatifs ;
- soins relationnels : on soigne des personnes souvent diminuées, fragiles, perturbées, pour qui la relation a une importance extrême. L'écoute, le respect et l'attention, y compris aux choix des personnes, complètent le contenu technique des soins.

II - La mise en œuvre de réformes récentes devrait améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) modifie le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Cette prestation, qui est une allocation de solidarité nationale, devrait permettre aux personnes âgées d'assurer convenablement les charges financières, découlant de la couverture des besoins d'aide liés à leur perte d'autonomie, qu'elles vivent à domicile ou en établissement. Destinée à financer les aides à la personne, humaines et/ou techniques, l'APA n'intervient pas dans la sphère des soins dont les prestations relèvent d'une prise en charge par l'assurance maladie.

On en rappellera brièvement les principes :

- l'ouverture d'un droit à la compensation de la perte d'autonomie, fondé sur l'évaluation personnalisée des besoins de la personne en fonction de son degré de dépendance et de son environnement mais encadré par des barèmes nationaux garants de l'égalité de traitement ;
- l'accès à ce droit sans condition de ressources, le montant de l'aide étant toutefois modulé par une participation financière du bénéficiaire calculée en fonction de ses ressources ;
- l'absence de prélèvement ultérieur sur la succession du bénéficiaire ;
- la gestion et l'attribution de l'allocation confiées au président du conseil général (assemblée départementale élue) ;
- une répartition de la charge entre les départements, qui en sont les principaux financeurs, et le *Fonds de financement de l'APA*, alimenté par 0,1 point de CSG ;
- un rendez-vous législatif fixé après un bilan global à établir à la mi-2003.

L'allocation devrait concerner 800.000 personnes fortement ou moyennement dépendantes (groupes iso-ressources «GIR» 1 à 4, voir annexes 1 et 2), soit 6,4% des personnes de plus de 60 ans, dont 520.000 à domicile. La montée en charge, prévue pour s'étaler sur 2 ans, devrait être plus rapide si l'on en juge par le nombre élevé de demandes d'APA à domicile déposées. 173.000 allocations sont déjà attribuées fin avril 2002.

La mise en place de l'APA est indissociable de la **réforme de la tarification des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**. Prévue en 1997, la réforme de la tarification des EHPAD a mis beaucoup de temps à être élaborée et acceptée par les nombreux acteurs concernés.

La réforme met en œuvre cinq principes :

- la vérité des coûts et leur imputation sur trois sections tarifaires du budget des établissements : soins, dépendance, hébergement ;
- la modulation du tarif dépendance en trois niveaux selon le degré de perte d'autonomie, et la couverture par l'APA des frais exposés à ce titre par les résidents en GIR 1 à 4 (voir annexes 1 et 2), sous réserve de leur éventuelle participation financière en fonction de leurs ressources ;
- le renforcement des moyens des établissements les plus mal dotés par l'assurance maladie ;
- le développement programmé de la qualité des prestations offertes aux résidents ;
- la mise en œuvre par négociation locale débouchant, avant la fin 2003 au plus tard, sur des conventions tripartites (établissement, Etat, collectivité départementale).

En complément de ces réformes, le développement de coordinations gérontologiques de proximité constitue un axe stratégique important car il vise à garantir la continuité, la lisibilité, l'ancrage territorial et la cohérence des politiques publiques en direction des personnes âgées.

A ce titre, 25 *Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)* ont été créés en 2000 sur le principe suivant : il s'agit d'une équipe de trois professionnels couvrant le secteur social et médical et positionnée pour coordonner à l'échelle du territoire « local » les réponses aux personnes âgées en difficulté après avoir évalué leur situation tant du point de vue médical que social.

Cette équipe doit être également apte à donner toutes informations utiles concernant les services dont peuvent bénéficier l'ensemble des personnes âgées. Une évaluation de cinq de ces nouvelles structures, confiée à l'unité 500 de *l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM)* se termine ; c'est à partir de ces travaux que le Gouvernement se prononcera sur les orientations à prendre afin de favoriser la coordination locale indispensable pour assurer des services de qualité aux personnes âgées, notamment celles souffrant de processus chroniques invalidants.

III - Les partenaires institutionnels de la politique gérontologique

La France a un système complexe de prise en charge de la dépendance qui suppose un partenariat entre l'Etat, les collectivités locales (départements et communes), les organismes de sécurité sociale et le secteur associatif.

L'Etat a pour rôle de définir et d'impulser la politique en faveur des personnes âgées et d'assurer sur l'ensemble du territoire l'égalité de traitement de celles-ci. Il cofinance le dispositif des CLIC dont il assume la responsabilité partagée avec les départements. Il prend en charge le coût de l'aide sociale au bénéfice des personnes sans domicile fixe. Il exerce par ailleurs la tutelle des organismes de sécurité sociale et participe au financement de l'amélioration de l'habitat.

Les départements ont une large compétence dans le domaine de l'aide sociale en faveur des personnes âgées. Ils autorisent la création des établissements d'hébergement pour personnes âgées, fixent leurs tarifs et les autorisent à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale dont ils supportent majoritairement le coût. Ils ont toute latitude pour mener une politique gériatrique et sont responsables de la planification (mise en place d'un « schéma ») des établissements et services au niveau de chaque département. Ils ont la responsabilité de la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie qu'ils financent de façon importante.

Les communes ont un rôle essentiel à jouer avec la mise en place de services de proximité qui contribuent au maintien à domicile des personnes âgées.

Les organismes de sécurité sociale participent à la prise en charge des personnes âgées. Les caisses de retraite financent les prestations extra légales d'aide à domicile autres que celles financées.

1.2.2 Évaluation

L'accès à l'une ou l'autre des structures de prise en charge est en partie contraint ; il dépend en particulier de l'offre au niveau local et du mode de financement. Cette offre de structures et de services (de l'ordre de 750 000 places au total, soit environ 168 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus) dessine un paysage contrasté, quantitativement et qualitativement, et présente des disparités géographiques qui génèrent des niveaux de prestation variables d'un département à l'autre, tandis que l'articulation entre les différentes modalités de prise en charge est très rare sur le territoire.

Le taux d'équipement moyen national en services de soins infirmiers à domicile, qui s'établit à 15,10 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2001, n'exclut pas des disparités entre les régions (il varie de 11,11 à 20,01), entre les départements, et au sein d'un même département.

Si l'offre de places d'hébergement est globalement suffisante actuellement pour les besoins de la population âgée, leur implantation territoriale n'est pas uniforme. Le taux de places installées pour 1000 personnes de 75 ans et plus s'établit en moyenne nationale à 37,49.

1.2.3 Difficultés

En dehors des disparités régionales évoquées au 1.2.2, la principale difficulté réside dans le manque de professionnels dans le secteur de l'aide à domicile. En effet, la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, en triplant le financement des aides aux personnes âgées, suscite des besoins en termes d'offre de services d'aide à domicile

supplémentaire (20 000 équivalents temps plein) et de professionnalisation des personnels déjà en poste en vue d'améliorer la qualité du service rendu.

1.2.4 Changements prévus

La prise en charge médico-sociale des personnes âgées a fait récemment l'objet de réformes importantes dont il s'agit désormais d'accompagner la mise en oeuvre en respectant quelques règles simples :

. **Programmer et rééquilibrer pour installer les bons moyens au bon endroit**, en prenant appui sur la programmation pluriannuelle à cinq ans (2001/2005) qui donne cohérence à un plan d'ensemble articulant le développement des coordinations gérontologiques de proximité (*Centres locaux d'information et de coordination, CLIC*), la création soutenue de places de services de soins infirmiers à domicile (tranche 2002 : 4 000 places, soit 6% des places installées fin 2001), l'affermissement de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées et leur médicalisation dans le cadre des conventions tripartites (180 millions d'euros en 2002) d'une part, avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie et la solvabilisation des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie d'autre part (2,51 milliards d'euros en 2002).

. **Favoriser le libre choix du mode de vie**, en mesurant toutefois que le maintien à domicile peut avoir des limites, notamment pour les personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle marquée (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées).

. **Garantir une information de proximité, à la portée de tous**, permettant aux personnes âgées et à leur entourage d'accéder facilement aux activités, dispositifs d'aide, prises en charge et services existants. Cela implique d'organiser le recensement de l'offre en termes d'équipements, d'établissements et de services et de développer la notion de guichet unique, véritable point de repère pour l'utilisateur.

. **Conduire une approche globale et une évaluation coordonnée des situations et des besoins**, sociaux, médicaux et affectifs, pour apporter des réponses de proximité articulées autour de la personne, toujours singulière, et pas uniquement objet de soins, de services ou de prestations.

. **Garantir à domicile, une prise en charge globale, accessible jour et nuit, conjuguant aide, accompagnement et soins**, en développant des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. L'objectif est de faire de ces services le point d'ancrage du maintien à domicile, l'armature de services d'aide, d'accompagnement et de soins combinant une prise en charge sanitaire et sociale et de les rendre accessibles tant aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées.

. **Améliorer le dispositif de soins et d'aides en faveur des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée** dans les différents champs du diagnostic, de la prise en charge, du soutien et de l'aide aux aidants, du respect de la dignité des personnes malades et de la recherche. Le programme d'actions d'octobre 2001 en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, appelé à se dérouler sur quatre ans et bénéficiant de financements de l'assurance maladie, s'articule autour de six objectifs destinés à mieux prévenir et prendre en charge de telles affections:

- identifier les premiers symptômes,
- structurer l'accès à un diagnostic de qualité,
- préserver la dignité des personnes,
- soutenir et aider les personnes malades et leurs familles,
- améliorer la qualité des structures d'hébergement,
- favoriser les études et la recherche clinique.

. **Promouvoir une politique de soutien aux aidants naturels**, les familles jouent un rôle majeur dans la prise en charge à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ; leur dévouement ne s'est pas démenti même si leur rôle est parfois occulté et il importe d'accompagner et de soutenir ces solidarités naturelles en développant « l'aide au répit » (accueils de jour, gardes de nuit, hébergements temporaires, groupes de parole ...), particulièrement indispensable pour les familles s'occupant d'un parent souffrant de détérioration intellectuelle. Le programme d'actions d'octobre 2001 en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées comporte un volet sur l'aide aux familles par le renforcement du dispositif des accueils de jour et des places d'hébergement temporaire et constitue un point d'appui dans cette voie. Rompre l'enfermement et prévenir l'usure des aidants naturels sont également de puissants facteurs de prévention de la maltraitance.

- QUALITE -

2.1 QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

La France s'est engagée, depuis une décennie environ, dans une démarche organisée et structurée d'amélioration continue de la qualité des soins de santé dispensés en milieu hospitalier, en ambulatoire ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées. L'intervention grandissante des usagers pour obtenir une place reconnue au sein des différentes instances consultatives dans le champ de la santé a pesé dans cette évolution.

2.1.1 Normes

Si des normes de personnel, notamment médical, ont été fixées à partir de 1991 pour certaines activités de soins pratiquées en milieu hospitalier, telles que les activités relatives à la périnatalité, la réanimation, la chirurgie cardiaque, les transplantations d'organes..., la démarche d'amélioration de la qualité repose sur d'autres concepts déclinés ci-après.

. Le développement de la qualité

C'est l'*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES) qui est au cœur du dispositif de développement de la qualité du système de soins. L'ANAES est un établissement public à caractère administratif dont le conseil d'administration comprend des représentants des usagers. Elle dispose d'un conseil scientifique et d'un collège d'accréditation. Son personnel approche les 200 agents.

L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'agence conduit des études d'évaluation à partir de méthodes et principes explicites en s'appuyant, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (études d'évaluation technologique, élaboration des recommandations et références médicales...).

L'ANAES organise et labellise des « recommandations pour la pratique clinique » et des conférences de consensus sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Elle mène, dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité. Elle contribue aussi à évaluer les actions et programmes de santé publique.

C'est ainsi que pour le domaine de la gériatrie, l'ANAES a établi des recommandations sur le traitement de la cataracte, les règles de prescriptions médicamenteuses, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, les stratégies de traitement du diabète de type 2, la maladie de parkinson (critères diagnostics et thérapeutiques) la prise en charge des patients présentant une dégénérescence musculaire liée à l'âge...

Dans ses travaux en cours relatifs aux recommandations pour la pratique clinique, on trouve la prise en charge médicale des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux, la prise en charge de l'incontinence, la prise en charge de l'hypertrophie de la prostate...

. La protection du droit des malades

Les droits des patients sont définis dans une *Charte des patients hospitalisés* complétée par la *Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante*.

De plus, la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé place désormais le patient au centre de l'organisation des soins. Elle consacre les droits individuels de la personne (notamment droit à la confidentialité, droit à la protection contre toute discrimination, droit au respect de la dignité etc...), les droits individuels spécifiques au système de santé (droit à un consentement libre et éclairé, droit d'accès direct au dossier médical etc...) ainsi que les droits collectifs des personnes malades (reconnaissance de la place et du rôle des associations d'usagers dans toutes les instances du système de santé) .

Elle comporte également des mesures visant à améliorer la qualité du système de santé : mesures tenant à garantir les compétences des professionnels de santé (notamment obligation de formation continue), rénovation des Ordres des professions médicale, notamment pour mieux garantir les droits des plaignants, modification de l'organisation et du financement de la politique de prévention afin de la rendre plus efficace, mesures destinées à donner une nouvelle impulsion à des formes innovantes d'organisation comme les réseaux de santé.

2.1.2 Évaluation

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) intervient, complémentaiement avec l'ANAES, dans le domaine des traitements médicamenteux. L'AFSSAPS est un établissement public à caractère administratif. Il a un conseil scientifique et dispose de 880 agents.

L'AFSSAPS est compétente pour l'application des lois et règlements concernant l'ensemble des produits de santé. Elle évalue les bénéfices et les risques liés à l'utilisation de ces produits et objets à tout moment. Elle met en œuvre les systèmes de vigilance qui y sont associés et prépare la pharmacopée. Elle contrôle la publicité de tous les produits revendiquant une finalité sanitaire et prend ou propose aux autorités compétentes les mesures de police sanitaire nécessaires. Elle peut organiser des auditions publiques sur les thèmes de santé publique.

Pour les personnes âgées, elle a émis des recommandations en terme de stratégie de traitement (exemple l'ostéoporose), des recommandations de bonnes pratiques (poussée hypertensive, diabète de type 2..), et des fiches de transparence concernant les médicaments. Elle a également réalisé, en partenariat avec le ministère de la santé, un guide de prescription pour les personnes âgées.

L'ANAES est la structure compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation instaurée en 1996. Il s'agit d'une procédure externe d'évaluation concernant l'organisation, le fonctionnement et les pratiques des établissements de santé. Elle vise à

promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de ces établissements. Il s'agit d'une procédure obligatoire et qui doit être renouvelée au moins tous les cinq ans. Elle se déroule en trois phases : d'abord, l'établissement réalise une auto-évaluation sur la base d'un référentiel élaboré par l'ANAES, puis, sur la base du même référentiel, une visite est effectuée par des experts visiteurs désignés par l'ANAES et donne lieu à la remise d'un rapport. Sur la base de ce rapport, c'est, finalement, le collège d'accréditation qui se prononce sur le niveau d'accréditation reconnu.

Fin avril 2002, l'ANAES avait formé 547 experts visiteurs. Au 31 décembre 2001, ceux-ci avaient procédé à 240 visites d'établissements. 150 décisions d'accréditation délivrées par le collège de l'accréditation sont consultables sur le site Internet de l'Agence. En 2002, l'ANAES assurera 400 visites d'accréditation. En 2003, et chaque année jusqu'en 2006, le nombre de visites sera de 600 par an, de façon à permettre qu'à la fin de l'année 2006, l'ensemble des 3000 établissements de santé aient été accrédités une première fois.

	1999	2000	2001	2002*	2003*
Nombre de visites d'accréditation	9	66	164	404	600

* estimations

2.1.3 Mesures en faveur de l'amélioration de la qualité

L'ANAES a mis en place un service d'évaluation des pratiques de façon à créer un lien entre les productions de l'agence et l'amélioration des pratiques professionnelles. Ce service a pour mission de développer les relations avec les professionnels de santé de façon à recueillir leurs avis et expériences, faciliter la diffusion des recommandations et guides, accompagner la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour ce faire, elle facilite, notamment, la conduite des démarches qualité : programme d'amélioration de la qualité, audits cliniques et outils de la qualité. A titre d'exemple, des guides méthodologiques ont été réalisés concernant l'évaluation de la prévention des escarres ou «limiter les risques de contention physique des personnes âgées».

2.1.4 Difficultés

La promotion de la qualité est rendue difficile par la nécessité de mobiliser simultanément tous les professionnels concernés. Or, dans le cadre des filières de soins pour les personnes âgées, interviennent de nombreux partenaires de statuts différents et relevant d'organismes de contrôle différents. A partir de 2002, un nouveau dispositif de financement des réseaux reposant sur une enveloppe unique devrait faciliter leur développement et améliorer la coordination des différents professionnels de santé auprès d'un même patient.

2.1.5 Changements prévus

En ce qui concerne les soins de santé aux personnes âgées, la priorité est de renforcer les services de médecine gériatrique et les consultations gériatriques dans tous les hôpitaux de

taille importante. En effet, l'objectif est de faire de ces unités de soins des lieux de ressources et de compétences gériatriques bien articulées avec les professionnels de santé travaillant en ville. C'est à partir de ces services que sera diffusée cette compétence aux autres services hospitaliers et aux professionnels en ville, développée la prévention des affections entraînant une dépendance et dispensée la formation gériatrique.

Dans le domaine de l'hospitalisation publique et privée, un grand plan de rénovation intitulé « Hôpital 2007 », va être mis en œuvre afin de promouvoir l'excellence des soins et de moderniser la gestion. Il comportera un volet d'investissement à partir d'un programme quinquennal, un large volet de décentralisation et de déconcentration, une réforme du financement des hôpitaux, le développement des partenariats public-privé et des mesures d'assouplissement de la gestion des structures hospitalières.

2.2 QUALITE DES SOINS DE LONGUE DUREE

2.2.1 Normes

La norme, signe officiel de qualité sur laquelle s'engagent les opérateurs, est un référentiel d'application volontaire.

Dans le secteur de l'aide à domicile la norme « Services aux personnes à domicile » a pris effet en 2000. Elle couvre l'ensemble des prestations réalisées par les services agréés par l'Etat. Elle vise à garantir une prestation de qualité au bénéfice de l'utilisateur à travers les étapes suivantes : l'accueil du client, le traitement de la demande (analyse de la demande, l'offre de services), la prestation de service à domicile (préparation de l'intervention, réalisation du service). Elle précise également les principes concernant la mesure et l'amélioration continue de la qualité du service (traitement des réclamations, évaluation de la qualité de service perçue par le client), ainsi que les compétences requises liées aux fonctions. Un référentiel de certification, adopté en 2001, vise à contrôler le respect de cette norme par un organisme extérieur.

Dans le secteur de l'hébergement une norme de service « Etablissements d'hébergement des personnes âgées » est en cours d'élaboration. Elle porte sur l'ensemble des services offerts par ces établissements : accueil et admission, environnement et cadre de vie, maintien de l'autonomie, soins, restauration, vie sociale, départ de l'établissement. Elle comprend également les services proposés aux personnes ne résidant pas de manière permanente dans l'établissement, tels que l'accueil de jour et le séjour temporaire.

2.2.2 Suivi et promotion de la qualité

La mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, en triplant le financement des aides aux personnes âgées, suscite des besoins en termes d'offre de services d'aide à domicile supplémentaire (20 000 équivalents temps plein) et de professionnalisation des personnels déjà en poste en vue d'améliorer la qualité du service rendu.

La création du nouveau diplôme d'auxiliaire de vie sociale en mars 2002 doit y contribuer. Dans ce contexte, la mise en place d'un fonds de modernisation de l'aide à

domicile par la loi du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée d'autonomie, doté de 53,4 millions d'euros en 2002, constitue un levier pour conduire une politique de professionnalisation des salariés de l'aide à domicile et soutenir les actions de modernisation ainsi que les expériences innovantes dans les services concernés.

Dans le secteur de l'hébergement, il importe de souligner que la démarche qualité et l'amélioration des prises en charge sont au cœur de la réforme des établissements d'hébergement pour personnes âgées et en constituent l'enjeu principal, matérialisé, dans le cadre des conventions tripartites, par « un projet d'établissement » bâti en référence à un cahier des charges qui objective les principaux critères de qualité.

Le projet d'établissement précise le projet de vie de l'institution à partir duquel les projets individuels seront déclinés. Il prend en compte les spécificités des résidents vivant en institution (détérioration intellectuelle, incontinence, fin de vie...) et prévoit en conséquence la prise en charge adaptée, notamment grâce au médecin coordonnateur, compétent en gérontologie. Par son action de coordination, ce dernier doit contribuer à une meilleure qualité de prise en charge gérontologique des résidents. Sa mission de coordination comporte deux axes forts, l'un interne au sein de l'institution, l'autre externe avec les différents partenaires de l'établissement.

Le cahier des charges précise notamment les principales recommandations destinées à assurer la qualité de la prise en charge des résidents en s'appuyant sur une liste d'indicateurs. Ces recommandations constituent des références qualitatives qui se distinguent de normes techniques. Elles portent sur la qualité de vie des résidents, la qualité des relations avec leurs familles et amis, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement ainsi que l'inscription de l'établissement dans un système de soins coordonnés.

A la suite de ce cahier des charges, un outil d'auto-évaluation de la qualité de l'accueil, de l'accompagnement et des soins, « ANGELIQUE », a été diffusé à l'ensemble des acteurs de ce secteur et est adopté par la plupart des partenaires du secteur public et du secteur privé associatif. Centré sur la personne âgée, cet outil a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention.

Par ailleurs, *la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* renforce les droits des usagers des services et établissements sociaux et médico-sociaux : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne âgée, contrat de séjour, projet d'établissement et conseil d'établissement sont désormais autant d'éléments concourant à un fonctionnement transparent et de qualité.

Enfin, la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées passe par leur lisibilité et leur coordination. C'est l'objectif poursuivi par le réseau national de coordinations gérontologiques de proximité que sont les *Centres locaux d'information et de coordination* (CLIC).

Le *Centre local d'information et de coordination* est un lieu d'information et d'écoute de proximité pour les personnes âgées et leur famille, un guichet d'entrée unique et un lieu d'accueil personnalisé quelle que soit la nature de la ou des demandes. Il tient à jour une documentation relative à l'ensemble des aides disponibles et a vocation à être un lieu de

coordination des dispositifs existants permettant l'évaluation des besoins, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'aide pour les personnes âgées. Instance d'information, de conseil et d'aide à la décision, il est ouvert à l'ensemble des personnes concernées par le vieillissement et pas seulement à celles qui sont financièrement démunies ou en perte d'autonomie.

La zone d'activité de cette coordination est définie au niveau infra-départemental, en référence à un "bassin de vie" des usagers (la zone où s'exercent pour une personne les principaux actes de la vie courante et de la vie sociale) qui peut être un canton, un groupement de cantons, une ville, un quartier...). Selon la configuration locale, le CLIC couvre une population de l'ordre de 7000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural, et de 15 000 en milieu urbain.

Le dispositif des centres locaux d'information et de coordination constitue un instrument d'une politique publique partagée entre l'Etat et les départements. Dans cet esprit, le pilotage du dispositif et sa programmation ont été installés au niveau local pour confier aux préfets et aux présidents de conseil général la responsabilité partagée et le soin de mobiliser ensemble les partenaires locaux et de construire des partenariats structurés.

2.2.3 Difficultés

La prise en charge médico-sociale a fait l'objet récemment de réformes importantes, dont il s'agit désormais d'accompagner la mise en œuvre, notamment en matière de professionnalisation des salariés de l'aide à domicile d'une part, et dans la montée en charge des conventions tripartites à conclure par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'autre part.

2.2.4 Changements prévus

En attendant le bilan de la mise en œuvre de ces réformes, aucun changement n'est actuellement prévu.

- VIABILITE -

3.1 VIABILITE DES SOINS DE SANTE

3.1.1 Dépenses et financement

L'existence d'une protection contre le risque maladie suppose, outre une offre de soins de qualité, de garantir l'accès aux soins à toutes les couches de la population, ce qui est rendu possible en France par la socialisation des dépenses de santé. Cette socialisation des dépenses ne permet pas de différencier finement les dépenses et les modes de financement spécifiques aux personnes âgées (Cf. Rapport du CPE «*Défis budgétaires posés par le vieillissement de la population*», oct. 2001). Les dépenses et le financement du système de santé seront donc présentés, par la suite, pour l'ensemble du champ de l'Assurance maladie.

Le financement de l'Assurance maladie repose principalement sur les cotisations sociales patronales et sur une contribution obligatoire (la CSG, *Contribution Sociale Généralisée*). En particulier, les personnes âgées qui en majorité perçoivent une pension de retraite sont, de la même façon, assujetties à la CSG sur ce revenu de remplacement, dès lorsqu'elles ne sont pas exemptées de l'impôt sur le revenu.

FINANCEMENT DE LA CNAMTS¹ EN 2001

Cotisations sociales patronales	49,3%
Contribution sociale généralisée (CSG)	34,2%
Transferts de l'Etat	6,2%
Taxes affectées	2,6%
Cotisations des assurés	0,7%
Divers	6,9%

Source : Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2001

Il est à noter que pour d'autres régimes la répartition peut être différente (ex : régime des mines). Dans le cadre de la *Couverture maladie universelle*, les personnes dont le revenu du foyer est inférieur à un plafond annuel de 6505 Euros en 2002 sont exonérées de cotisation pour bénéficier des prestations en nature du *Régime général d'assurance maladie*. Par ailleurs, de manière générale, même lorsque les cotisations ne leur ont pas été versées, sauf mauvaise foi, les régimes d'assurance maladie sont tenus de servir les prestations en nature à leurs ressortissants.

Depuis les ordonnances de 1996, les dépenses d'assurance maladie sont déterminées en France au travers de l'*Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie* (ONDAM). Cet objectif est fixé annuellement par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale, pour l'ensemble des régimes. Il concerne toutes les dépenses de soins des assurances maladie, maternité et accidents du travail, et les prestations en espèces liées à la maladie ou,

¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés qui représente environ 85 % des dépenses de santé.

dans le cadre des accidents du travail, à l'indemnisation d'une incapacité temporaire. Les dépenses constatées dans le périmètre de l'ONDAM étaient de 103,01 milliards d'euros en 2000 et sont estimées à 108,9 milliards d'euros en 2001

3.1.2 Evolution des dépenses

L'évolution des dépenses de santé en France s'est sensiblement infléchi au cours des années 90, mais reste soutenue (+2,7% par an en moyenne, en volume) et s'accélère en fin de période. La croissance des dépenses de santé est donc depuis les années 90 plus rapide que celle du PIB (l'écart moyen de 1 point dans les années 90 est passé à 2 points en 2000 et 2001). La dépense nationale de santé représentait 9,4% du PIB en 1999 (source : base éco-santé OCDE).

Entre 1996 et 2001, à champ constant, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM ont augmenté en moyenne de 3,9% par an (en valeur).

DÉCOMPOSITION DES DÉPENSES DE L'ONDAM EN 2001 (TOUS RÉGIMES)

	Taux d'évolution sur un an des dépenses remboursées	Contribution à la croissance globale de l'ONDAM	Poids des dépenses dans l'ensemble de l'ONDAM
Soins de ville nets des reversements des lab. Pharmaceutiques	7,3%	57,1%	46,4%
Hôpitaux	3,3%	25,6%	38,0%
Cliniques privées	3,9%	4,2%	6,1%
Médico-social	5,8%	7,4%	7,0%
DOM et étranger	14,1%	5,7%	2,6%
Total ONDAM	5,8%	100,0%	100,0%

Dans le champ de l'ONDAM, l'enveloppe des soins de ville est celle qui contribue le plus à la croissance de cet agrégat et explique 57,1% du taux de croissance de l'ONDAM. Les dépenses de soins de ville sont constituées par les honoraires des professionnels de santé exerçant à titre libéral (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux) et par les dépenses de médicaments ou de biens médicaux (lunetterie, prothèses dentaires, auditives...) et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. La croissance des dépenses de soins de ville résulte en particulier de l'augmentation très rapide des dépenses de médicaments (près de 8 % par an en moyenne).

En ce qui concerne les établissements, les dépenses des hôpitaux publics ont été relativement modérées sur la période 1996-2001 (2,4 % en moyenne annuelle) ; celles des établissements médico-sociaux ont en revanche augmenté plus rapidement (+ 4% par an en moyenne), en raison des mesures spécifiques visant les établissements pour les personnes âgées.

L'effet du vieillissement démographique sur l'évolution des dépenses de santé semble assez modeste, quand bien même la consommation individuelle des patients croît nettement avec l'âge. La contribution du vieillissement démographique à la croissance du volume des dépenses de santé est estimée à 0,3% par an dans les années 80 (soit un dixième de la croissance annuelle moyenne observée durant cette période), et à 0,4% ou 0,5% par an dans les années 90. Le rapport du CPE «Défis budgétaires posés par le vieillissement de la population » montre que l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé (soins de longue durée exclus) pourrait mener à une croissance des dépenses de l'ordre de 1,2% du PIB entre 2000 et 2050. L'analyse de cet impact doit être effectuée en tenant compte des hypothèses retenues sachant que celles-ci intègrent différentes inconnues :

- l'incidence du progrès médical sur le traitement et sur les possibilités de diagnostics face aux pathologies liées au vieillissement,
- l'évolution du comportement des consommateurs face à l'offre de soins (la propension à consommer des soins),
- la qualité des années de vie gagnées, en terme de morbidité,
- l'évolution de l'organisation de l'offre de soins pour faire face au vieillissement de la population : développement de certaines spécialités (gériatrie, soins palliatifs...), coordination ville-hôpital, coordination professions médicales-paramédicales.

3.1.3 Mécanismes de contrôle des coûts

. Mécanismes portant sur la demande

Le plus ancien instrument de contrôle des coûts portant sur la demande est la participation financière des patients : ticket modérateur et forfait hospitalier (Cf point 1.1.1). La possibilité donnée à ces assurés de souscrire une assurance complémentaire atténue considérablement son impact sur la consommation de soins. Le maniement de cet outil a joué sur la maîtrise des dépenses remboursées par l'Assurance maladie et a conduit à une augmentation du poids des assurances maladie complémentaires dans le financement des dépenses de santé.

Un deuxième outil qui agit à la fois sur l'offre et la demande est la hiérarchisation des niveaux de recours dans le secteur ambulatoire comme dans le secteur hospitalier. Ceci s'est traduit de manière très partielle en France par l'instauration de médecins référents² et par le développement de réseaux de soins pour certaines pathologies (diabète et soins palliatifs, par exemple).

. Mécanismes portant sur l'offre de soins et sur les professionnels de santé

contrôle quantitatif de l'offre :

- le contrôle de la démographie médicale : instauration, depuis 1971, d'un numerus clausus à l'entrée des études médicales et paramédicales ; l'évolution du numerus clausus est aujourd'hui en débat du fait des perspectives de départs en retraites massifs à l'horizon 2010,

² Sur base volontaire du médecin et du patient, médecin qui a la responsabilité du suivi des patients et qui les dirige au besoin vers un spécialiste ou un hôpital.

- la planification hospitalière : carte sanitaire, autorisations d'équipements lourds, *Schéma Régionaux d'organisation Sanitaire* (SROS) mis en œuvre par les *Agences régionales d'hospitalisation* (ARH) depuis 1996 , restructuration (essentiellement des reconversions dans le secteur public, des fusions et spécialisations dans le secteur privé lucratif, actions de coopération et de complémentarité entre le secteur public et privé) ;

contrôle de certains prix et salaires :

- honoraires négociés entre les *Caisses d'assurance maladie* et les professions de santé libérales, avec agrément nécessaire de l'Etat (détermination administrée de la valeur de la lettre-clé et ajustements de la nomenclature des actes par arrêtés gouvernementaux),
- détermination du prix de médicaments par arrêté ministériel, par comparaison avec les produits existants sur le marché après avis de la commission de la transparence qui évalue l'amélioration du service médical et/ou l'économie apportées par chaque médicament,
- définition centralisée des salaires dans les hôpitaux publics,
- détermination de conventions collectives agréées par l'Etat pour les établissements de santé privés non lucratifs relevant du service public hospitalier ;

mesures incitatives :

- alignement de la marge du pharmacien sur le générique sur celle du princeps depuis l'obtention du droit de substitution en 1999,
- autorisation à prescrire en *Dénomination commune internationale* (DCI), depuis le début de l'année 2002,
- existence de logiciels d'aide à la prescription qui indiquent, aux médecins, le coût de leurs ordonnances, ce qui peut sensibiliser les professionnels libéraux au coût de leur pratique,
- détermination d'un seuil maximal d'activité pour les infirmières libérale, depuis 1992, avec reversement en cas de dépassement (seuil rehaussé en 2002),
- détermination d'une clause de sauvegarde qui impose à l'industrie pharmaceutique de reverser un pourcentage du chiffres d'affaires constaté lorsqu'il évolue plus vite que l'ONDAM. Les laboratoires ont la possibilité de s'exonérer de ce paiement en l'échange de celui d'une remise décidée dans le cadre d'une convention avec le comité économique des produits de santé, le calcul de cette remise conventionnelle repose sur la progression des chiffres d'affaires des classes thérapeutiques et des groupes pharmaceutiques.

contrôle qualitatif de l'offre :

- accréditation par l'ANAES des établissements hospitaliers publics et privés,
- évaluation facultative des médecins de ville par leurs pairs,
- définition de contrats de bonne pratique entre les professionnels de santé et les caisses d'Assurance maladie (prévue par la loi mais pas encore en vigueur),
- définition, sous l'égide de l'ANAES, de *Références médicales opposables* (RMO) et de recommandations de bonnes pratiques ;

contrôle budgétaire des ressources allouées :

- depuis 1985, ceci est le cas pour le service public hospitalier. Puisque à chaque établissements hospitaliers est attribué une dotation globale annuelle limitative. La détermination de cette dotation prend en compte des informations sur l'activité des établissements, connue par le *Programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI). La démarche doit conduire à rapprocher les coûts des différents établissements, entre lesquels on constate aujourd'hui des écarts importants, en tenant compte de la diversité des pathologies traitées, et de certaines spécificités des établissements (surcoûts liés aux urgences, à l'environnement social...).
- aujourd'hui, les limites des modalités de régulation sont principalement de trois ordres : le problème de l'encadrement des dépenses autres que celle de l'hôpital public, le problème institutionnel du partage de compétences entre l'Etat et les régimes d'assurance maladie et le manque d'incitations micro-économiques dans la régulation.

3.1.4 Difficultés

Le premier défi du système de santé est d'accomplir les réformes structurelles nécessaires pour améliorer encore son efficacité dans le respect des professionnels de santé.

Un second défi est d'ordre démographique : l'offre de soins va devoir faire face à la modification de la structure par âge de la population suite à l'allongement de la durée de la vie et à l'arrivée de classes d'âge plus nombreuses (baby boom). Comme il est souligné dans le point 3.1.2, il est difficile d'évaluer à long terme les effets du vieillissement de la population.

3.1.5 Changements prévus

L'objectif premier est de restaurer un climat de confiance et de dialogue social. Il importe de redonner aux acteurs la visibilité d'une politique de santé fondée sur une analyse des besoins et la hiérarchisation des priorités. Ce sera l'objet d'une loi de programmation de santé publique. L'hôpital doit faire l'objet d'un plan de rénovation, ainsi qu'il a été évoqué ci-dessus. Le développement des bonnes pratiques médicales (formation initiale et continue, évaluation et accréditation) est une exigence pour la médecine ambulatoire. La politique du médicament doit être centrée sur l'amélioration du suivi médical rendu. L'innovation doit être en contrepartie encouragée.

Ces réformes d'ampleur nécessitent cependant une étroite concertation avec les acteurs du système de santé afin de garantir leur efficacité future et ne pas entraîner de diminution de la qualité ou de l'équité du système de soins. Cela explique qu'une telle démarche s'inscrive nécessairement dans la durée.

3.2 VIABILITE DES SOINS DE LONGUE DUREE

3.2.1 Dépenses et financement

Les aides publiques apportées par la collectivité aux personnes âgées dans le domaine des soins de longue durée représentaient en 1999 (dernière année de référence pour disposer de l'ensemble des données) 5,63 milliards d'euros, compte non tenu des dépenses de soins

remboursées à l'acte, qui sont évaluées à 1,4 milliards d'euros dans les seuls établissements d'hébergement :

- 4,6 milliards d'euros au titre du financement des places médicalisées en hébergement (sections de cure médicale et longs séjours) et à domicile (services de soins infirmiers à domicile).

- 1,77 milliard d'euros d'aide sociale départementale, soit 0,76 milliard d'euros au titre des aides aux personnes âgées dépendantes, 0,87 milliard d'euros au titre de l'aide sociale à l'hébergement et 0,14 milliard d'euros au titre de l'aide ménagère aide sociale.

- enfin 0,49 milliard d'euros au titre de l'aide ménagère dispensée par les régimes de retraite au titre de leur action sanitaire et sociale.

Ces chiffres ne tiennent pas compte des déductions fiscales et des exonérations de charge de sécurité sociale appliquées aux emplois à domicile.

Pour la période 2002-2003, le coût de la mise en œuvre de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui se substitue à la prestation spécifique dépendance, est estimé à 2,51 milliards d'euros par an. Il est financé à hauteur de 1,67 milliard d'euros par les départements et de 838 millions d'euros par le fonds de financement de l'APA, lui-même abondé par l'impôt (de contribution sociale généralisée) et par une contribution des caisses d'assurance vieillesse.

3.2.2. Mécanismes de contrôle des coûts

Le premier mécanisme de contrôle de la demande de soins de longue durée (demande de prise en charge de la dépendance) est la participation des bénéficiaires : prise en charge des frais d'hébergement, participation aux dépenses financées par l'allocation personnalisée d'autonomie modulée selon les ressources des bénéficiaires (voir point 1.2.1).

Par ailleurs, les structures sociales et médico-sociales (services de soins infirmiers à domicile, établissements d'hébergement) sous tarification et financement publics sont encadrées à la fois par la maîtrise des évolutions salariales (agrément des conventions collectives régissant les conditions d'emploi et de rémunération des personnels dans le secteur privé, définition de la valeur du point dans le secteur public) et par le taux de revalorisation retenu annuellement dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Enfin, une programmation pluriannuelle des dépenses de médicalisation des établissements d'hébergement et des services de soins infirmiers à domicile se traduit par la fixation d'enveloppes annuelles limitatives qui permettent de maîtriser les coûts a priori.

3.2.3 Difficultés

La pause démographique issue des classes creuses des années 1914-1918 prenant fin en 2008, il faudra s'apprêter à faire face à une augmentation substantielle des besoins d'aide et de soins des personnes très âgées et à ses financements correspondants. L'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de soins de longue durée, mis en évidence par

le Rapport du CPE «*Défis budgétaires posés par le vieillissement de la population*», pourrait mener à une croissance des développements de soins de longue durée de l'ordre de 0,5 % du PIB entre 2000 et 2050. Comme pour les soins de santé, l'impact reste cependant difficile à évaluer compte tenu des inconnues énumérées en point 3.1.2.

3.2.4 Changements prévus

Ils résulteront des orientations nationales qui seront adoptées, le moment venu, en vue de faire face au défi démographique.

Annexe 1

AGGIR : Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources

AGGIR, Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources, est la grille nationale d'évaluation retenue pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Cet outil permet d'apprécier les activités effectuées seules par la personne âgée, c'est-à-dire spontanément et sans aucune stimulation.

AGGIR comporte 17 variables, dont 10 dites discriminantes et 7 illustratives de la dépendance domestique et sociale :

- cohérence (converser et/ou se comporter de façon sensée),
- orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux),
- toilette (concerne l'hygiène corporelle),
- habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter),
- alimentation (manger les aliments préparés),
- élimination (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale),
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir),
- déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...),
- déplacement à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport),
- communication à distance (utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...),
- gestion (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens),
- cuisine (préparer ses repas et les conditionner pour être servis),
- ménage (effectuer l'ensemble des travaux ménagers),
- transport (prendre et/ou commander un moyen de transport),
- achats (acquisition directe ou par correspondance),
- suivi du traitement (se conformer à l'ordonnance du médecin),
- activités de temps libre (activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps).

Chaque variable possède trois modalités :

- A (fait seul, totalement, habituellement et correctement),
- B (fait partiellement ou non habituellement ou non correctement)
- C (ne fait pas).

« Habituellement » est la référence au temps et « correctement » celle à l'environnement et à la conformité aux usages. La notion "seule" correspond à "fait spontanément seul". Elle suppose que la personne évaluée n'a besoin ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers.

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils obtenant alors 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche de soins de base et relationnels (groupes iso-ressources ou GIR).

Le groupe 1 correspond aux personnes ayant la plus grande perte d'autonomie et le groupe 6 aux personnes les plus autonomes. Ces groupes ne sont obtenus qu'avec un logiciel, en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des variables ; ce dernier ne corrige pas des erreurs de codification.

. **Le groupe iso-ressources 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

. **Le groupe iso-ressources 2** comprend deux groupes de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).

. **Le groupe iso-ressources 3** correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

. **Le groupe iso-ressources 4** comprend essentiellement deux groupes de personnes :

- celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ;
- celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

. **Le groupe iso-ressources 5** correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

. **Le groupe iso-ressources 6** regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

.....

Annexe 2

Le poids de la dépendance et le vieillissement en bonne santé

Parmi les 12,5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, l'enquête HID (handicap, incapacités, dépendance) conduite par l'INSEE en 1999 recense 800 000 personnes âgées dépendantes, en perte d'autonomie importante ou moyenne (GIR 1 à 4), et 390 000 personnes en perte d'autonomie légère (GIR 5). Par conséquent, 90,5% des plus de 60 ans sont parfaitement autonomes. Il ressort que la moitié des 530 000 personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 3) a 85 ans et plus et qu'il s'agit de femmes dans 7 cas sur 10.

**NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
ENQUÊTE HID/INSEE**

		Personnes de plus de 60 ans	dont à domicile
Perte d'autonomie importante	Groupe 1	69 000	22 000
	Groupe 2	262 000	133 000
	Groupe 3	201 000	137 000
Perte d'autonomie moyenne	Groupe 4	264 000	232 000
Total Groupes 1 à 4		796 000	524 000
Perte d'autonomie légère	Groupe 5	390 000	
Pas de perte d'autonomie	Groupe 6	11 293 000	
Total		12 479 000	

La croissance exceptionnelle de l'espérance de vie à la naissance ces vingt dernières années – une année tous les quatre ans – se combine à une progression, plus rapide encore, de l'espérance de vie sans incapacité durant la période 1981/1991 (données de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991). Plusieurs enquêtes ont confirmé cette tendance optimiste. Entre 1990 et 1999, tant pour les hommes que pour les femmes, les gains annuels de vie sans dépendance lourde auraient atteint de 0,2 année à 80 ans à 1,2 année à 100 ans, supérieurs donc aux gains annuels d'espérance de vie aux mêmes âges de 0,1 à 0,2 ans. .

L'accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose en effet la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées. L'hypothèse d'une «compression relative de la dépendance» aux âges élevés semble probable tandis qu'une baisse du poids relatif de la grande dépendance fait figure de scénario possible.

....