



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-094P

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

RAPPORT TOME I

Établi par

Christine BRANCHU

Joëlle VOISIN

Jérôme GUEDJ

Didier LACAZE

Stéphane PAUL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

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

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

[8] Mais, pour les résidents et leurs familles, le coût final à déboursier est certes lié au montant mensuellement mis à leur charge mais il dépend plus encore du nombre de mois qui va caractériser la durée du séjour. Or, à l'inverse de ce que l'on observe en court séjour, il est, sauf exception, très difficile voire impossible de déterminer *ex ante* la durée que prendra le séjour.

[9] En vérité, la notion de durée « moyenne » de séjour n'a pas de sens :

- pour le payeur, c'est-à-dire la personne âgée elle-même ou son entourage, la notion est sans utilité puisqu'elle n'éclaire en rien sur les montants dont il faudrait disposer pour assurer sans difficulté le financement de l'ensemble du séjour ;
- comme il n'existe que des payeurs individuels puisque l'on se situe par définition dans le domaine de la non-socialisation de la dépense, aucun décideur national n'a besoin de faire périodiquement une prévision globale de dépenses qui devrait s'appuyer sur des calculs actuariels fondés sur une durée moyenne des séjours.

[10] Toutefois, le rapport cite les données qui sont apparues les plus fiables à la mission et qui sont tenues par un groupe privé qui gère environ 10 000 places : pour les séjours permanents non terminés au jour de l'enquête, la durée moyenne des séjours s'établissait en mai 2009 à 1 120 jours, soit environ 37 mois ; pour les séjours terminés relatifs aux résidents définitivement sortis, la durée moyenne des séjours était à la même date de 860 jours, soit environ 28 mois.

[11] Si l'on applique ces durées de séjour aux coûts mensuels précédemment décrits, on identifie des montants qui vont de 42 000 € (pour 28 mois à 1 500 €) à 107 300 € (pour 37 mois à 2 900 €), la moyenne se situant à 74 650 €. Naturellement, ces chiffres constituent des ordres de grandeur mais ne renseignent en rien sur les coûts réels qui ne peuvent s'exprimer qu'individu par individu.

[12] Les résidents en EHPAD peuvent bénéficier d'aides publiques qui réduisent d'autant ce qui leur est facturé par l'établissement. Il s'agit d'aides fiscales, d'aides au logement et de l'aide sociale à l'hébergement.

[13] Ces trois dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs distincts (l'Etat pour les aides fiscales, la Caisse nationale d'allocations familiales pour les aides au logement, les Conseils généraux pour l'aide sociale) et non articulés entre eux. Ils n'ont pas été conçus spécifiquement pour répondre à la préoccupation contemporaine de diminution des sommes mises à la charge des résidents, ils épousent des logiques propres et, en définitive, le ciblage insuffisant de la plupart de ces aides leur confère un caractère largement anti-redistributif.

[14] Le chapitre se clôt sur le constat du peu d'informations disponibles quant aux ressources mobilisées pour faire face aux coûts mis à la charge des personnes. Il est néanmoins clair que, très souvent, les retraites ne suffisent pas, les obligés alimentaires sont sollicités et les patrimoines familiaux entamés ou absorbés ; l'admission à l'aide sociale à l'hébergement peut être sollicitée mais, le plus souvent, les familles évitent d'y recourir, notamment en raison de la perspective de la récupération sur succession.

[15] Le deuxième chapitre présente les problématiques principales du système.

[16] Il apparaît en premier lieu que si, formellement, les dépenses mises à la charge des personnes âgées font l'objet d'une transparence, le consommateur ne peut pas faire un lien immédiat et sûr entre les coûts affichés et la nature ou la qualité des prestations proposées. Les différences observées quant au niveau des tarifs pratiqués paraissent liées à de multiples facteurs dont l'impact sur la sécurité et la qualité de la vie des résidents n'est pas toujours aisément perceptible. En effet, le rapport montre successivement :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- [32] Sur la seconde question, le rapport montre qu'il est difficile de déterminer comment peut évoluer la demande et, par exemple, si, qualitativement, les familles continueront à accepter les établissements « mixtes » qui accueillent à la fois des personnes psychiquement atteintes et d'autres qui ne le sont pas ou bien s'il n'y aura pas une pression en faveur d'établissements distincts. Or cette question n'est pas sans intérêt dans une optique de coût, tant en investissement qu'en fonctionnement.
- [33] Plus généralement, la clientèle se fait de plus en plus exigeante. Il se peut que la demande porte désormais prioritairement sur des structures sécurisantes dans lesquelles le soin, c'est-à-dire aussi bien le « *care* » que le « *cure* », soit assuré de manière à la fois plus technique et plus respectueuse et où, en même temps, le parti architectural marque moins la rupture avec le domicile : unités de plus petite taille, plus proches de 40 que de 100 lits, implantées au cœur des bourgs ou des villes plutôt qu'en périphérie, distinguant les personnes selon qu'elles sont atteintes physiquement ou psychiquement. Il est également possible d'envisager que la clientèle, à la fois les résidents eux-mêmes et les familles, se fasse moins passive qu'autrefois et, éventuellement relayée par les médias, se situe dans la revendication, exigeant une individualisation plus grande de la prise en charge pour un niveau de qualité supérieur à ce qu'offrent en général les EHPAD d'aujourd'hui.
- [34] Conjuguées, ces diverses évolutions de la demande pourraient avoir un effet sur les coûts qui ne va pas dans le sens de leur abaissement.
- [35] Du côté de l'offre, celle du secteur public est encore quantitativement la plus importante mais il lui faut profondément évoluer : elle est constituée d'établissements plus anciens et, même si l'on ne peut généraliser à partir des seuls départements enquêtés, son parc paraît inégalement entretenu et devoir être sérieusement modernisé, particulièrement lorsque les EHPAD ne sont pas autonomes mais rattachés à un établissement de santé. Mécaniquement, si le secteur public se porte à la hauteur du secteur commercial sur le terrain de la qualité des locaux, on ne peut que prévoir une forte hausse des tarifs partout où il faut moderniser ou reconstruire.
- [36] Enfin le rapport montre que les conditions de la rencontre de l'offre et de la demande sont en train de se modifier avec des difficultés de remplissage de certains types d'établissements et, surtout, des signes d'inadéquation de l'offre : ces toutes dernières années, celle-ci s'est largement portée, surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée. Sous la pression de l'urgence et du désarroi, des admissions peuvent être faites dans ces établissements mais peuvent être suivies de transferts motivés par des raisons financières et potentiellement lourdes de conséquences pour les personnes âgées qui en sont victimes.

Sommaire

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

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

Introduction

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

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

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

1. INFORMATIONS RECUEILLIES

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

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

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

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

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

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

1.1.1. Le « tarif hébergement »

1.1.1.1. Le contenu du « tarif hébergement »

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

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

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

³ Annexe 3-2 du CASF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.1.4. Les montants observés dans les départements enquêtés

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

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

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

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

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

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

1.1.2. Le « talon APA »

1.1.2.1. Les règles applicables

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

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

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

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

⁸ Au I de l'article L. 232-8 du CASF.

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

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

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

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

1.1.2.3. Les montants observés dans les départements enquêtés

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.3.1. Les coûts liés aux soins

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

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

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

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

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

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

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

- [100] Comme on le sait, les repas pris dans l'établissement avec des non-résidents (famille ou amis) concourent de manière sensible au maintien des liens entre les résidents et l'extérieur. Or, ici aussi, les tarifs pratiqués divergent sensiblement, allant de 3,90 € à Saint-Macaire et 7 € à La Souterraine jusqu'à 15,50 € à l'EHPAD Hôtelia de Bordeaux et 18 € le dimanche ou les jours fériés au Doyenné de la Filature à Mulhouse.
- [101] De même, d'un établissement à l'autre, les prix varient pour les animations, sorties et spectacles, allant de la gratuité à la facturation du prix coûtant.
- [102] Enfin, la mission souhaite appeler l'attention sur les divers problèmes posés par le cas particulier des « dames de compagnie » directement rémunérées par les résidents. En effet, dans plusieurs établissements enquêtés, les résidents rémunèrent, soit par le biais du chèque emploi service universel soit « au noir », des personnes extérieures à l'EHPAD qui viennent régulièrement leur tenir compagnie, pour bavarder, les accompagner en promenade mais parfois aussi assurer des prestations plus sensibles comme l'aide à la prise des repas.
- [103] A certains égards, on se situe dans la logique d'une chambre d'EHPAD considérée comme le substitut du domicile, d'autant que les « dames de compagnie » concernées intervenaient souvent chez la personne âgée avant son admission dans l'établissement ; et, sur le fond, il est de fait que de telles interventions sont certainement utiles à la personne âgée qui se sent moins seule et peut continuer à communiquer tandis que les agents de l'établissement ne sont pas assez disponibles pour prendre le temps d'apporter une telle relation.
- [104] Mais, en même temps, si elle se généralisait au sein d'un établissement, une telle pratique poserait vraisemblablement d'importants problèmes de partage des compétences entre « dames de compagnie » et personnel salarié de l'EHPAD, avec potentiellement des questions touchant à la responsabilité des actes effectués sur la personne âgée.
- 1.1.3.4. Au total, des montants non négligeables
- [105] D'un établissement à l'autre, les coûts qui viennent d'être listés peuvent soit faire l'objet d'un paiement direct par les personnes soit être mis à la charge des résidents mais inclus dans le « tarif hébergement ».
- [106] Le présent rapport étant consacré à un état des lieux, la mission estime qu'elle n'a pas à se prononcer sur le bien-fondé de ce partage ; mais elle fait observer que, pour une même prestation, le choix entre les deux modes de financement varie d'un établissement à l'autre.
- [107] De manière complémentaire, les informations recueillies dans les établissements et rapportées ci-dessus montrent qu'un même service peut être facturé à des prix très variables. Ici encore, la mission n'a pas à déterminer quel est le coût qui serait « juste » pour la télévision ou la coiffure ; mais elle remarque qu'au moins pour certaines prestations, ce coût paraît être autant lié à ce que les gestionnaires pensent pouvoir raisonnablement exiger compte tenu du pouvoir d'achat moyen des résidents qu'à la vérité des prix du service fourni ; cette observation vaut par exemple pour le prix des repas servis aux accompagnants.
- [108] Enfin, sans émettre d'avis sur l'opportunité d'éventuellement socialiser la prise en charge de telle ou telle prestation, la mission tient à souligner deux réalités :
- d'abord, il apparaît que les prestations qui sont facturées en sus du « tarif hébergement » et du « talon APA » recouvrent en fait trois catégories distinctes qu'il est assez aisé de définir : des biens de première nécessité dont le résident ne peut pas se passer, comme les produits de toilette ou le blanchissage des effets personnels ; des prestations qui apportent des éléments de confort dont les plus anciennes générations ont pu se passer mais que toute la population tiendra bientôt comme indispensables, qu'il s'agisse par exemple du

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

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

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

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

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

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

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

Source : traitement IGAS.

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

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

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

1.2.1. Les coûts mensuels observés par la mission

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

1.2.1.1. Estimation du montant mensuel total le moins élevé

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1.2. Estimation d'un montant mensuel total élevé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2. Les données fournies par la DREES

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

[127] Les principaux résultats sont les suivants :

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

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

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

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

1.2.3. Du coût mensuel au coût total...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1.2. Les limites de l'aide sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.1. Les revenus des résidents

1.4.1.1. Les pensions de retraite

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

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

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

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

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

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

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

1.4.1.2. Les revenus du patrimoine

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 203

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

Article 204

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

Article 205

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

Article 206

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

Article 207

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

Article 208

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

Article 209

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

Article 210

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

Article 211

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. PROBLEMATIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4.1. L'hétérogénéité des coûts immobiliers

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

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

2.1.4.2. Les normes techniques, architecturales et de sécurité

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

[193] Il s'agit principalement :

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

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

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

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

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

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

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

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

[199] Les principales mesures sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1. Le vocabulaire utilisé rend mal compte de la réalité

2.3.1.1. « EHPAD »

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

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

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

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

2.3.1.2. « Reste à charge »

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

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

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

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

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

2.3.1.3. « Obligé alimentaire »

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

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

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

²² Cabinet KPMG, *op. cit.*

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

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

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

2.3.2.1. Pour les Conseils généraux

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

2.3.2.2. Pour les responsables des établissements

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

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

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

2.3.2.3. Pour les résidents et leurs familles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré n° 3 : Extraits de l'article

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.1.1. Des personnes qui ne décident plus pour elles mêmes

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

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

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

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

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

2.4.1.2. Des décisions lourdes de conséquences

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

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

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

2.4.2. Des parcours d'évitement

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

2.4.2.1. Des entrées différées

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. ELEMENTS DE REPOSE A DEUX QUESTIONS EN DEBAT

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.1. Deux exemples illustrent la difficulté de la question

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[309] Les principaux éléments du débat portent sur :

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

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

3.1.2.1. Les mutualisations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.1.2. La clientèle se fait de plus en plus exigeante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³¹ DREES, enquête EHPA 2007 précitée.

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Christine BRANCHU

Joëlle VOISIN

Jérôme GUEDJ

Didier LACAZE

Stéphane PAUL

Liste des personnes rencontrées

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

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

M. François JEGER, conseiller technique

Cabinet de la secrétaire d'Etat à la solidarité

M. Jean-Paul LE DIVENAH, directeur du cabinet

M. Marc BOURQUIN, conseiller technique

Direction générale de l'action sociale

Mme Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées

Mme Frédérique CHADEL, bureau des personnes âgées

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

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

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

Mme Anne-Marie BROCAS, directrice

Direction de la sécurité sociale

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

M. Laurent CAUSSAT

M. Jérôme CLERC

M. Damien VICCINI

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

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

Mission de pilotage du plan Alzheimer

M. le Dr. Benoît LAVALLART, chargé de mission

Mme Sandrine LEMERY, chargée de mission

Mme Pascale ROCHER, chargée de mission

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

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

Médiateur de la République

Mme Martine NORMAND

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

M. Laurent GRATIEUX, directeur général adjoint

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

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines

M. Luc PARAYRE, directeur

Mme Anne BLANCHET

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

Mme le Dr. Marie-Paule CUENOT, médecin inspecteur

Mme Patricia FLORVILLE

Mme Annick GELLIOT, directrice adjointe chargée du pôle santé

M. Frédéric GUENARD, inspecteur

M. le Dr. Sylvain LERASLE, médecin inspecteur

Mme Anne-Laure SIMPLICE

Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)

Mme DUJAY-BLARET, vice-présidente

Mme Chantal BELLOT, secrétaire générale

Mme Christiane JOURNEAU

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

M. Pascal CHAMPVERT, président

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

M. Pascal GOULFIER, président

M. Patrice RAUD

Observatoire national de l'action sociale décentralisée

M. Jean-Louis SANCHEZ, délégué général

Mme Marie MALLET, chargée d'études

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

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

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

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

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

M. Didier SAPY, directeur

Groupe KORIAN

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, présidente

M. François MERCEREAU

Groupe ORPEA

M. le Dr. Jean-Claude MARIAN, président

Fondation des Caisses d'épargne pour la solidarité

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

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

Mme Joëlle LE GALL, présidente

M. Marc REYBAUD, vice-président

Personnes qualifiées

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

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

Sigles utilisés

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

Liste des tableaux – Liste des encadrés

LISTE DES TABLEAUX

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

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

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

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

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

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

LISTE DES ENCADRES

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

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

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

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

