

N° 392

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 14 juin 1983.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la Commission de contrôle (1) sur les établissements chargés d'accueillir les personnes âgées, créée en vertu de la résolution adoptée par le Sénat le 17 décembre 1982.*

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

TOME I

### EXPOSÉ GÉNÉRAL

(1) Cette Commission est composée de : MM. Jean Colin, *président* ; Jean Béranger, Mme Cécile Goldet, MM. Pierre-Christian Taittinger, *vice-présidents* ; Pierre Bouneau, Mme Monique Midy, MM. Paul Robert, *secrétaires* ; Jean Chérioux, *rapporteur* ; Charles Bonifay, Jean-Pierre Cantegrit, Pierre Ceccaldi-Pavard, François Collet, Pierre Gamboa, Alfred Gérin, Paul Guillaumot, Louis Jung, Mme Geneviève Le Bellegou-Béguin, MM. Pierre Louvot, Jean Madelain, Pierre Matraja, Louis Souvet.

Voir les numéros :

Sénat : 104, 136 (1982-1983).

**Personnes âgées.** - Commission d'enquête et de contrôle - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION .....	5
<b>PREMIÈRE PARTIE : QUELQUES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION DE LA SITUATION ACTUELLE .....</b>	<b>7</b>
<b>A. – Le bilan démographique dégradé depuis quelques années lance un défi pour l'avenir</b> .....	<b>7</b>
1. Le bilan démographique .....	7
2. Prospectives .....	8
a) Démographiques .....	8
b) Etat sanitaire et social de la population âgée .....	9
<b>B. – Les fondements de la politique relative à l'hébergement des personnes âgées</b> ....	<b>13</b>
1. Les plans de développement .....	13
2. Le dispositif législatif actuel .....	14
a) L'émergence de la distinction entre le secteur sanitaire et social ....	14
b) La consécration de la politique de maintien à domicile .....	16
3. Le bilan de cette politique : la commission Bloch-Lainé .....	17
<b>C. – Les volontés politiques des différents partenaires institutionnels</b> .....	<b>19</b>
<b>I. – Données générales</b> .....	<b>19</b>
1. Structures d'accueil .....	19
2. Sources de financement classiques .....	20
3. L'effort budgétaire de l'Etat .....	21
<b>II. – Le constat établi par la Commission de contrôle permet de mesurer les efforts financiers consentis</b> .....	<b>21</b>
1. Un constat positif pour certains établissements, même s'il reste des aspects encore peu satisfaisants .....	22
a) Visites de la Commission dans le département de l'Allier .....	22
b) Visites de la Commission dans la région Ile-de-France .....	24
c) Visite de la Commission à Nice .....	29
d) Visite de la Commission en Ile-et-Vilaine .....	30
e) Visite de la Commission à Besançon .....	32
2. Dans d'autres établissements, les responsables politiques n'ont pas consenti les efforts financiers nécessaires .....	34
a) Visite de la Commission à Roubaix .....	34
b) Visite de la Commission à Marseille .....	35
c) Visite de la Commission à Lille .....	37
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES RISQUES DE BLOCAGE POUR L'AVENIR .....</b>	<b>41</b>
<b>A. – Les solutions souples prévues par les textes ne sont pas correctement appliquées</b> .....	<b>41</b>
<b>I. – L'humanisation du parc immobilier n'est pas achevée</b> .....	<b>41</b>
1. Une ambition déçue .....	41
2. Les limites imposées par le coût de la construction .....	42
3. Des solutions imparfaites .....	42
4. L'influence de l'architecture sur la qualité de la vie quotidienne .....	43

	Pages
<i>II. - Le problème de personnel n'est pas résolu</i> .....	44
1. L'insuffisance des effectifs d'infirmières et d'aides soignants .....	44
a) La situation .....	44
b) Les motifs de l'insuffisance des effectifs .....	46
2. Les solutions proposées .....	47
a) La promotion interne .....	47
b) La formation .....	48
c) La révision des critères pris en compte pour déterminer les besoins en infirmiers et l'admission dans les écoles d'infirmiers .....	48
d) Une aide financière accrue aux familles .....	49
e) Le redéploiement des postes à l'intérieur des hôpitaux .....	49
f) Passer des contrats de cinq ans avec le personnel infirmier .....	50
3. Le compte rendu des visites et des auditions .....	50
a) Les visites .....	50
b) Les auditions .....	55
<i>III. - Une trop grande rigidité résulte de la séparation entre les secteurs sanitaire et social</i> .....	57
1. La coordination lors de la création d'établissements reste difficile à mettre en œuvre .....	57
a) Les principes .....	57
b) L'harmonisation de ces procédures est inexistante à l'heure actuelle .....	58
2. L'organisation des établissements, leur mode de vie, renforcent la sépa- ration du sanitaire et du social. ....	59
<i>IV. - L'insuffisante harmonisation des divers modes de tarification</i> .....	61
1. Les régimes financiers sont encore caractérisés par leur très grande hétérogénéité .....	61
a) Historique .....	61
b) Mais les modes de tarification sont encore trop diversifiés .....	62
c) Ces disparités financières pèsent sur les choix des personnes et sur la qualité des soins dispensés dans les différents établissements .....	63
2. Des solutions souples existent qui permettraient d'aboutir à une certaine neutralité financière. ....	64
<b>B. - Les choix de l'Etat renforcent cette situation de blocage</b> .....	66
<i>I. - Les limites de ce choix</i> .....	66
1. Les soins à domicile : solution heureuse : oui, panacée : non .....	66
a) Une forme très indiquée .....	67
b) Mais les obstacles sont nombreux .....	67
- L'inadaptation administrative .....	68
- Les procédures interminables .....	69
- L'obstacle financier .....	69
- Le bénévolat des dirigeants .....	70
- L'état physique des vieillards .....	71
2. L'insuffisance des structures d'hébergement .....	72
a) Les principes généraux .....	72
b) Les raisons qui justifient le développement des structures pour personnes âgées .....	73
- Les listes d'attente .....	73
- Les perspectives démographiques .....	74
- L'humanisation des hospices .....	74
- Les hébergements « indus » .....	76
3. L'effort doit donc porter sur des structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes .....	77
- Une situation de blocage .....	77
- A la recherche de solutions nouvelles .....	78
- En ce qui concerne les structures .....	79

	Pages
<i>II. - Les raisons financières de ce choix</i> .....	79
1. L'option retenue par l'Etat : la retraite à soixante ans .....	79
2. Les conséquences du transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités locales .....	80
a) Les responsabilités nouvelles du département .....	81
b) Les dépenses restant à la charge de l'Etat .....	82
 <b>DISCUSSION FINALE DU RAPPORT</b> .....	 83
 <b>CONCLUSION</b> .....	 89

---



MESDAMES, MESSIEURS,

A la fin de 1982, des émissions de télévision, relayées par des articles parus dans la presse, déclenchaient une polémique sur les conditions et la qualité de l'hébergement des personnes âgées à la Fondation Cousin de Méricourt à Cachan (Val-de-Marne).

Les journalistes de télévision et de la presse ont présenté sous un jour très sombre les conditions de vie à l'intérieur de cet établissement. Quelques termes relevés dans certains de ces articles suffisent à en donner une idée. Il y a été question de « mouvoir froid, impersonnel, oppressant » où les personnes âgées risquaient d'être soit abandonnées par un personnel « surchargé », soit brutalisées par lui.

Au préalable, votre Commission entend exprimer son étonnement sur les conditions dans lesquelles ces émissions de télévision ont été réalisées : les équipes de journalistes se sont en effet introduites dans l'établissement un dimanche, tard dans la soirée, sans avoir obtenu l'autorisation du bureau d'aide sociale de la ville de Paris. La Commission de contrôle, quels que soient les résultats de cette « enquête », ne peut que condamner les circonstances dans lesquelles elle s'est déroulée. De plus, étant donné les procédés employés, elle est en droit de s'interroger sur l'objectivité de certains faits rapportés. Et lorsque les journalistes avouent avoir été désagréablement impressionnés par le « silence des couloirs vides et déserts », la Commission se bornera seulement à rappeler que l'émission a été filmée aux environs de vingt-trois heures. En toute logique, il n'y a pas à s'étonner de l'absence de visiteurs et du manque d'animation à pareille heure de la nuit !

Dès lors, ainsi que votre Rapporteur l'indiquait (rapport Sénat n° 136, 1982-1983), dans ses observations sur la proposition de résolution tendant à créer une Commission de contrôle sur les établissements chargés d'accueillir les personnes âgées (Sénat n° 104, 1982-1983), « il est important que la lumière soit faite dans un secteur qui mobilise depuis de longues années tant d'efforts financiers et humains. Les citoyens ont le droit de connaître le résultat des actions nationales auxquelles ils participent. Ces résultats doivent leur être présentés en toute impartialité, loin des remous de la presse à sensation et des arrière-pensées politiques ».

C'est à l'unanimité que les membres de la commission des Affaires sociales du Sénat ont approuvé cette analyse et se sont prononcés en faveur du principe de la création d'une Commission de contrôle; seule la date de son intervention a provoqué un désaccord en son sein.

C'est sur les conclusions de votre Rapporteur que, le 17 décembre 1982, vous décidiez de la création d'une Commission de contrôle.

La Commission s'est donné pour objectif d'apprécier, sous tous leurs aspects, les orientations et les résultats de la politique relative à l'hébergement des personnes âgées.

Au-delà de l'étude des statistiques et des auditions de responsables de ce secteur, votre Commission avait le devoir de se rendre sur le terrain pour y observer le fonctionnement quotidien des établissements d'hébergement. C'est pourquoi ses commissaires se sont rendus successivement à Versailles, Sarcelles, Lille, Rennes, Vichy, Nanterre, Cachan, Nice, Marseille et Besançon.

Toutes les personnes ayant manifesté le désir de faire connaître leur opinion à la Commission ont été soit entendues par elle, soit priées de lui adresser leurs observations par écrit. Le choix des établissements visités n'a résulté d'aucun parti pris ni d'aucune exclusive. Seuls des impératifs de calendrier dictés par le délai imparti à la mission ont pu amener à renoncer à telle ou telle visite.

Le rapport de votre Commission de contrôle, soucieuse d'apprécier l'état d'avancement de la politique d'hébergement des personnes âgées, retrace d'une part les efforts financiers consentis par les partenaires institutionnels, tout en soulignant l'inégalité de leurs efforts et les disparités géographiques provoquées par de telles distorsions. D'autre part, il s'est interrogé sur les infléchissements donnés à la politique d'hébergement des personnes âgées et sur les risques qu'ils induisent.

## PREMIÈRE PARTIE

### QUELQUES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION DE LA SITUATION ACTUELLE

Il n'est pas possible de mener une réflexion sur les conditions d'hébergement des personnes âgées sans rappeler les perspectives démographiques de la France pour les années à venir ainsi que les fondements législatifs de la politique d'hébergement.

#### A. - LE BILAN DÉMOGRAPHIQUE, DÉGRADÉ DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, LANCE UN DÉFI POUR L'AVENIR

##### 1. Bilan démographique.

- La France comptait en 1982 : 9,5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, dont 7,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit 14,1 % de la population.

L'accroissement des personnes âgées de plus de 65 ans résulte des effets conjugués de la baisse de la natalité et de la mortalité.

	1800	1850	1901	1946	1975	1980
Pourcentage de 65 ans et plus	5,6	6,2	8,5	11,1	13,4	14,1

- La proportion est plus forte au sud de la Loire, en particulier dans le Sud-Ouest ; les migrations des retraités vers les régions du Midi accroissent chaque année le déséquilibre de cette situation.

Par ailleurs, le vieillissement des campagnes ne cesse de s'accroître. Dans la moitié des cantons ruraux, 20 % de la population a plus de 65 ans.

- La structure interne de cette population âgée évolue de la manière suivante :

● La progression très rapide du nombre des personnes très âgées est telle que le groupe des « 85 ans et plus » aura plus que quadruplé en un demi-siècle :

- 200.000 en 1950 ;
- 580.000 en 1980 ;
- plus de 860.000 en 2000.

● Selon une formule du rapport préparatoire au VIII<sup>e</sup> Plan « Vieillir demain » : « les deux tiers des vieux sont des vieilles ». Du fait de l'écart de huit ans entre les espérances de vie des femmes (78 ans) et des hommes (70 ans) les femmes composent :

- 57 % des « 65-74 ans »;
- 66,6 % des « 75-84 ans » (soit les deux tiers) ;
- 74 % des « 85 ans et plus » (soit les trois quarts).

En conséquence, les problèmes de la vieillesse sont surtout des problèmes féminins : solitude, moins bonne couverture par les régimes de retraite (80 % des bénéficiaires du minimum vieillesse sont des femmes).

● L'écart maximum entre les espérances de vie des différentes catégories professionnelles est de huit ans. Les deux cas extrêmes sont celui des instituteurs, suivis par les membres des professions libérales et les cadres supérieurs d'une part, et celui des manœuvres d'autre part :

	Instituteurs	Manœuvres
- Espérance de vie à 35 ans .....	40,9 ans	32,9 ans
- Survivants à 75 ans pour 1.000 à 35 ans .....	574	310

## 2. Prospectives.

### a) Démographiques :

Le vieillissement démographique amorcé, qui a débuté il y a deux siècles, se poursuivra lentement pendant un quart de siècle puis il s'accélérera rapidement.

L'évolution démographique pour les cinquante années à venir comporte deux périodes :

● Jusqu'en 2005, le vieillissement va se ralentir au cours de trois phases contrastées. De 1980 à 1985, il diminue. De 1985 à 1990, il reprendra légèrement, compte tenu de l'arrivée à l'âge de la retraite des

générations nées à partir de 1920. De 1990 à 2005 ou 2010, la population âgée sera plus nombreuse mais le vieillissement de la population dépendra de l'évolution prochaine de la fécondité.

● Au-delà de 2010, on verra l'arrivée massive des fortes générations de 1946-1964 à l'âge de la retraite, soit quelque dix-huit années durant lesquelles se gonflera la population âgée. Dès 2025, le niveau de fécondité, s'il est faible, non seulement renforcera la proportion des « plus de 55 ans », mais aussi comprimera sensiblement la proportion des « 20-54 ans » par rapport à ce qu'elle serait dans une pyramide correspondant à notre niveau actuel de mortalité. En outre, ce large groupe d'âges serait plus nombreux entre 40 et 54 ans qu'entre 20 et 39.

Ainsi, le répit que la population française aborde dans un processus plus que séculaire de vieillissement va cesser dans trente ans. Le vieillissement reprendra alors avec plus de force.

*Cependant, ce répit ne concernera pas la fraction des personnes très âgées, puisque, sans diminution sensible de la mortalité, les « 85 ans et plus » passeront de 200.000 en 1950 et 498.000 en 1975, à 865.000 en 2000.*

D'une part, l'arrivée de générations plus exigeantes quant aux soins médicaux, l'assistance médicale accrue pour les personnes les plus âgées, la médicalisation progressive des soins à domicile et des institutions d'hébergement, pèseront de manière très forte sur l'évolution des dépenses de santé.

*Mais, d'autre part et surtout, la croissance très rapide du nombre des personnes âgées de 75 ans et plus (entre 1980 et 1990, la population âgée de 75 ans et plus augmentera de plus de 16 %) déterminera de manière décisive la politique d'hébergement qui sera menée en faveur de cette partie de la population.*

#### **b) État sanitaire et social de la population âgée :**

L'état sanitaire et social de la population âgée est fourni par des indicateurs très divers mais il n'existe pas d'enquête exhaustive au niveau national situant très précisément les seuils de dépendance de la population âgée.

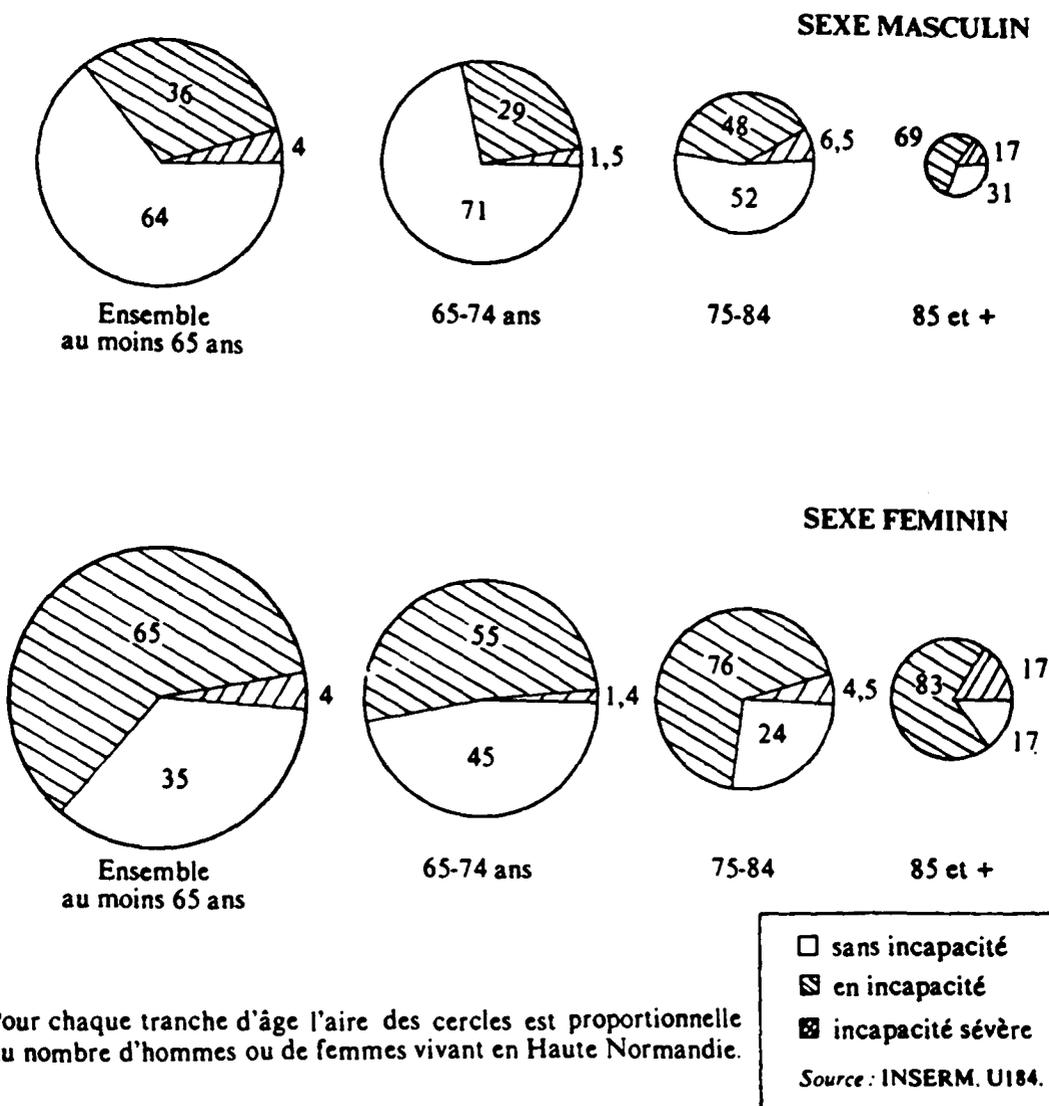
Aussi peut-on retenir trois indicateurs tels que la capacité fonctionnelle (tableau I), la répartition par catégorie et sexe des personnes hébergées dans chaque type d'établissement (tableau II) ou l'état pathologique de la population âgée (tableau III).

Le tableau I montre que le nombre de gens vivant à leur domicile, ayant une incapacité notable, augmente avec l'âge. Chez

les femmes, la proportion d'incapacité, et surtout d'incapacité sévère, est plus importante que chez les hommes.

Bien que les indicateurs utilisés ne soient que grossièrement comparables, l'on peut dire que l'incapacité est définie par l'impossibilité de vivre à domicile sans une aide. L'incapacité sévère est définie par l'impossibilité d'accomplir les tâches élémentaires de la vie, qui conduit à la dépendance.

TABLEAU I  
CAPACITÉ FONCTIONNELLE  
Pourcentage des personnes en incapacité. (Enquête effectuée en Haute-Normandie.)



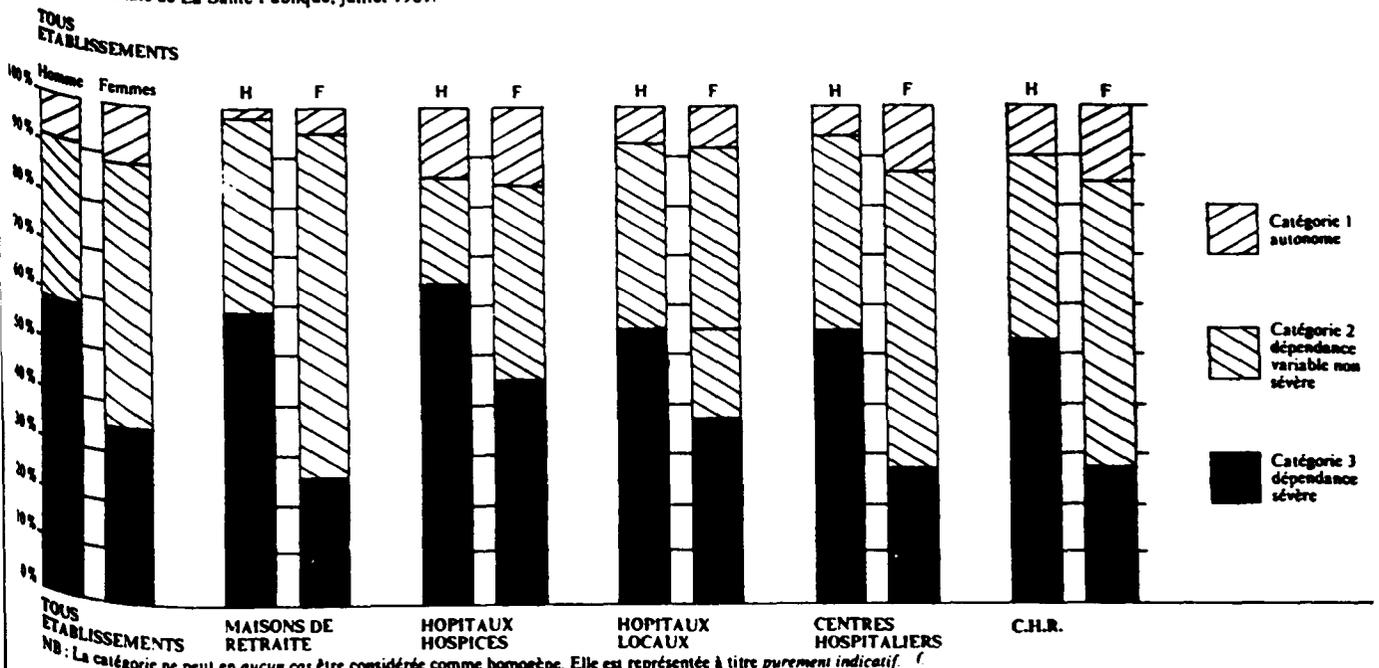
Le tableau II permet de noter les variations considérables dans l'importance de la dépendance selon les institutions. Mais, quel que soit le type de ces dernières, les hommes semblent être proportionnellement moins autonomes que les femmes. Elle est

liée au fait que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes motifs pour entrer dans une structure d'hébergement collectif. Il apparaît très clairement que les maisons de retraite ne sont plus de simples établissements d'hébergement, mais que la population moyennement et sévèrement dépendante y est même souvent plus élevée que dans les autres institutions.

Les moyens mis à disposition pour répondre à ces besoins – souvent méconnus – sont fréquemment mal adaptés. La politique d'action sanitaire et sociale doit s'attacher à rectifier les anomalies observées.

TABLEAU II  
RÉPARTITION PAR CATÉGORIE ET SEXE DES PERSONNES HÉBERGÉES DANS CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Source : « Les personnes hébergées dans les institutions publiques d'Ille-et-Vilaine, caractéristiques socio-démographiques, état de dépendance et soins dispensés, étude prospective ».  
Ecole Nationale de La Santé Publique, juillet 1981.



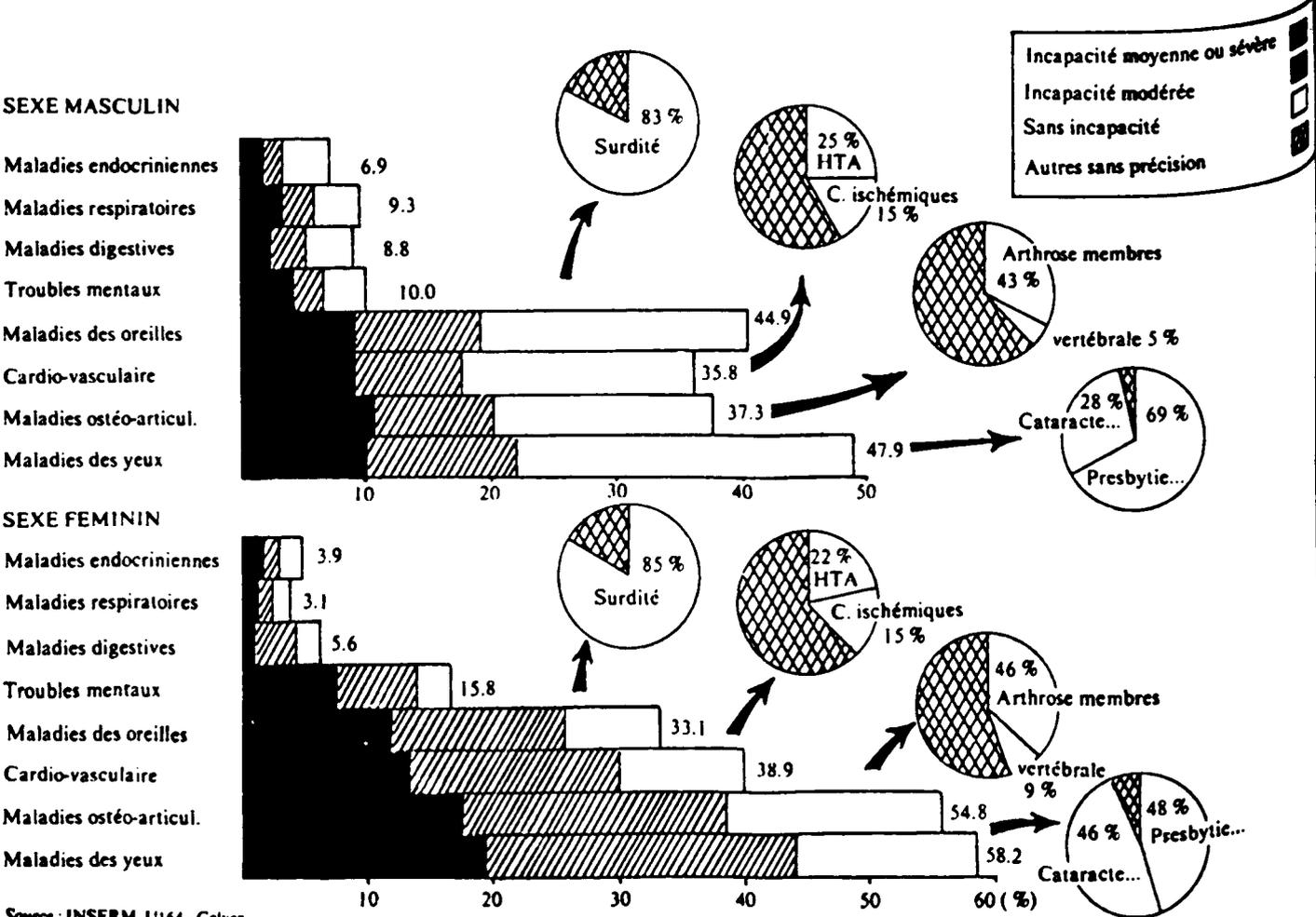
Le tableau III illustre les résultats observés. Il permet notamment de constater que les maladies rhumatismales, cardiovasculaires et les troubles sensoriels sont les plus invalidants.

Le poids de l'invalidité exprimé en pourcentage est lié d'une part à leur fréquence, d'autre part à leur sévérité. C'est ainsi que, chez les hommes, les maladies des oreilles entraînent une incapacité chez 44,9 % des personnes interrogées, alors que les maladies cardio-vasculaires n'entraînent d'incapacité que dans 35,8 % des cas.

Mais, pour ces deux types de pathologie, le taux d'incapacité sévère est identique.

En ce qui concerne les personnes âgées vivant en institution, une enquête du Credoc effectuée en 1976 apprend qu'elles sont environ 400.000 âgées de 60 ans et plus : 40 % d'entre elles ont besoin d'aide dans les gestes de la vie courante nécessaire à la toilette et à l'habillement, 15 % d'entre elles sont grabataires.

TABLEAU III  
PRINCIPALES PATHOLOGIES DES PERSONNES D'AU MOINS 65 ANS



## **B. - LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE RELATIVE A L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES AGÉES**

La politique à l'égard des personnes âgées a donc été contrainte de s'adapter à des données démographiques essentielles.

Depuis le début des années 1970, les pouvoirs publics ont mené, en liaison avec les associations gestionnaires d'équipements et de services, dont le rôle est primordial dans le domaine des personnes âgées, une politique évolutive.

Cette action s'inscrit dans le cadre des grandes lignes définies à partir de la réflexion menée en 1961 au sein de la « Commission Laroque ».

Des travaux de la Commission Laroque est ressortie, notamment, la priorité en faveur d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées, solution à la fois la plus humaine pour les intéressés et la moins coûteuse pour la collectivité.

Cette orientation a été fermement soutenue par les pouvoirs publics à travers un programme finalisé du VI<sup>e</sup> Plan, puis un programme d'action prioritaire du VII<sup>e</sup> Plan. Ce type d'action a reçu aujourd'hui l'adhésion unanime des différents partenaires et fait l'objet d'initiatives multiples.

Cependant, le maintien à domicile n'est pas, dans tous les cas, la meilleure solution. Aussi, l'hébergement collectif s'impose parfois, même pour les personnes âgées valides, en milieu rural en particulier.

La politique d'hébergement des personnes âgées mise en place tout au long de la dernière décennie s'oriente donc autour de ces deux directions complémentaires : - le maintien à domicile, - l'hébergement collectif.

Telles ont été les bases des plans de développement autant que des textes législatifs adoptés au cours de cette période.

### **1. Les plans de développement.**

- Le programme finalisé du VI<sup>e</sup> Plan (1971-1975) prévoyait à la fois la création et le développement de services d'aide ménagère et de soins à domicile mais également la mise en place d'équi-

pements sociaux de base légers et diversifiés : foyers-restaurants, clubs, centres de jour. L'objectif du programme consistait à stabiliser à leur domicile 100.000 personnes âgées de moins de 75 ans, au sein de 332 secteurs déterminés de 300 personnes chacun.

- La politique de maintien à domicile s'est surtout développée à partir du Programme d'action prioritaire n° 15 du VII<sup>e</sup> Plan (1976-1980) qui prolongeait et complétait le plan précédent, avec le souci de faire jouer aux personnes âgées concernées un rôle actif et de permettre leur participation à la vie sociale.

Ce programme a donné lieu à de multiples réalisations de la part des organismes publics ou privés, avec des aides financières publiques : amélioration de l'habitat - activités favorisant la vie sociale, aide ménagère à domicile, foyers-restaurants, activités physiques ou culturelles, centres de jour, installation du téléphone... Les services d'aide ménagère à domicile, en particulier, regroupent aujourd'hui plus de 50.000 aides ménagères et s'adressent à environ 400.000 personnes âgées.

Dans le cadre du VII<sup>e</sup> Plan, 440 nouveaux secteurs ont été créés, concernant au total 270.000 personnes, un million de personnes âgées devant bénéficier de l'un des services créés. Chaque nouveau secteur comporte au moins deux services obligatoires : amélioration de l'habitat et participation à la vie sociale et culturelle.

La politique de maintien à domicile a connu un essor remarquable et les plans de développement ont, dans ce domaine, atteint leur objectif.

## **2. Le dispositif législatif actuel.**

Il n'est pas possible de décrire les grandes lignes de la politique en faveur des personnes âgées sans évoquer brièvement l'action menée en faveur de l'hébergement collectif des personnes âgées et notamment la suppression progressive des anciens hospices ou sections d'hospices, dans lesquels sont hébergées en majorité des personnes âgées « dépendantes » ou « grabataires ». Cette action représente un aspect important de la politique des pouvoirs publics depuis le début des années 1970.

### **a) L'émergence de la distinction entre secteur sanitaire et secteur social.**

La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970

visé à régler, à terme, le problème des « hospices » qui demeurent provisoirement régis par le décret du 11 décembre 1958.

Les « hospices », écartés du champ d'application de la loi hospitalière, sont appelés à disparaître pour être remplacés par des établissements d'hospitalisation de long ou moyen séjour.

En revanche, les établissements qui hébergent des personnes âgées valides, communément appelés « maisons de retraite », échappent désormais à la réglementation hospitalière et, considérés comme des établissements sociaux, sont régis par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La loi du 30 juin 1975 traduit donc une importante évolution. A une conception d'abord essentiellement orientée vers le long séjour hospitalier, a succédé une conception orientée vers le social ou le médico-social. Cette séparation du secteur sanitaire, régi par la loi du 31 décembre 1970, et du secteur social, régi par la loi du 30 juin 1975, est néanmoins assouplie par la possibilité accordée aux établissements sociaux de créer des « sections de cure médicale » sous certaines conditions.

Mais essentiellement, la loi du 30 juin 1975 pose, dans son article 23, le principe de la suppression des hospices dans un délai de dix ans à dater de la promulgation de la loi et de leur transformation soit en établissements ou unités de long séjour relevant de la loi hospitalière du 31 décembre 1970, soit en établissements sociaux (maisons de retraite) relevant de la loi du 30 juin 1975. Cependant, la préférence est donnée à la transformation en maisons de retraite, dotées, le cas échéant, d'une section de cure médicale.

Il apparaît en effet que la transformation en maison de retraite, médicalisée ou non, constitue, tant sur le plan de la politique d'hébergement des personnes âgées que sur celui des contraintes financières, une solution plus adaptée que l'hôpital, dès lors que l'état des personnes accueillies n'exige pas de soins médicaux très lourds.

En effet, orientée davantage vers une animation et des activités sociales, autorisant la participation des pensionnaires aux décisions des organes de direction de l'établissement, la maison de retraite se révèle être un cadre de vie plus proche des besoins de l'ensemble des personnes âgées que les centres de long séjour. La création des sections de cure médicale dans ces établissements permet en outre d'assurer la surveillance et les traitements nécessités par la perte d'autonomie des personnes dépendantes.

**b) La consécration de la politique de maintien à domicile.**

D'autre part, la loi du 30 juin 1975 prévoit la création de services de soins à domicile.

Ainsi, l'article premier de la loi compte les services de soins à domicile au nombre des institutions médico-sociales.

Par ailleurs, l'article 4 rend possible la prise en charge sous forme forfaitaire des dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile. La réforme de la tarification tend à une meilleure adéquation entre le service rendu par les différents établissements et les besoins de chaque catégorie de résidents.

En effet, avant la loi du 4 janvier 1978, la Sécurité sociale n'intervenait pas dans le financement des maisons de retraite, des hospices et des maisons de cure médicale. En revanche, les frais de long séjour en hôpital général ou psychiatrique étaient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Un tel mode de prise en charge incitait au placement des vieillards en hôpital psychiatrique ou au prolongement de leur séjour dans un service de malades chroniques ou même aigus, donc dans des structures lourdes et peu propices à l'épanouissement personnel.

Au contraire, le coût de la médicalisation des maisons de retraite et des sections de cure médicale constituait une lourde charge pour les intéressés, leur famille ou l'aide sociale.

La loi du 4 janvier 1978 comporte, à cet égard, deux dispositions essentielles. D'une part a été institué un forfait-soins pris en charge par l'assurance maladie, qui, peu élevé en ce qui concerne les sections de cure médicale des maisons de retraite (secteur social), est plus élevé dans les maisons de cure médicale (secteur sanitaire V. 120, V. 240). D'autre part, la notion de centre ou unité de moyen séjour et de centre ou unité de long séjour a fait l'objet d'une définition plus précise dans la loi hospitalière, afin de permettre un nouveau classement des établissements et services concernés.

Cette législation a tendu à remettre de l'ordre dans l'ensemble des établissements grâce, quelle que soit leur nature, à l'uniformisation des modes de prises en charge. La psychiatrie et les services chroniques sont ainsi visés en raison de l'importance du nombre des lits dans lesquels sont hébergées des personnes âgées qui n'y ont pas véritablement leur place.

Un dernier volet de la loi du 4 janvier 1978 a donné leurs bases légales aux services de soins à domicile. Actuellement, une

enquête permet d'évaluer à 180 environ le nombre de services qui demeurent avant tout des services de voisinage couvrant un quartier dans une grande agglomération, ou une unité de vie collective équivalente en milieu rural.

### 3. Le bilan de cette politique : « la Commission Bloch-Lainé ».

Si elle n'a pas, dans ses conclusions, épargné ses critiques à l'égard de l'ancien Gouvernement, la Commission du bilan n'en a pas moins recensé les importants efforts consentis.

- La Commission du bilan a étudié dans un premier temps la politique globale en faveur des personnes âgées. Elle souligne à cet égard que la situation d'ensemble des personnes âgées a été considérablement améliorée. Ainsi les transferts sociaux en faveur de la vieillesse ont-ils connu une croissance soutenue (ils ont doublé par rapport au P.I.B. entre 1962 et 1978). Les pensions de retraite ont très nettement progressé de telle manière qu'aujourd'hui, toute personne ayant eu une carrière complète reçoit, au cours de sa retraite, grâce au cumul des régimes de base et d'un régime complémentaire, environ 70 % de son revenu d'activité. Par ailleurs, le minimum-vieillesse a été fortement relevé, passant de 42,6 % du S.M.I.C. en 1970 à 58,66 % du S.M.I.C. en 1981.

On ne pouvait plus parler, au début de 1981, comme au début des années soixante, d'une pauvreté généralisée des personnes âgées. Cependant, en dépit de ces progrès, les inégalités demeurent importantes : inégalité « institutionnelle » tout d'abord, selon le régime d'assurance vieillesse d'affiliation. Mais, surtout, au moment de la retraite se retrouvent et même s'accroissent les inégalités de la vie active. En effet, le cumul des différences de durée de vie active d'une part, d'espérance de vie et de durée de vie inactive d'autre part, accroissent les inégalités entre catégories socio-professionnelles.

- En matière de politique d'hébergement en faveur des personnes âgées, la Commission du bilan insiste tout d'abord sur la pertinence des orientations des actions qui ont été menées et notamment l'impulsion donnée à la politique de maintien des personnes âgées dans la vie sociale dont la nécessité a été bien perçue par la Commission Laroque en 1961 et consacrée par les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans.

Dans le domaine de l'habitat, près de 45.000 logements ont été améliorés au titre du programme d'action prioritaire n° 15 du VII<sup>e</sup> Plan. Dans le même temps, près de 90.000 logements-foyers ont été construits.

En matière d'hébergement collectif, la Commission du bilan souligne que les formules existantes ne répondent à aucune cohérence d'ensemble. En effet, les domaines du secteur sanitaire et du secteur social demeurent séparés à l'excès. Cette ligne de partage ne répond dans les faits à aucune réalité puisque des populations dont les besoins sont très voisins sont accueillies au sein de structures dissemblables.

Certes, la création de sections de cure médicale au sein des établissements du secteur social (loi du 30 juin 1975) ou la dispense de soins dans les institutions sociales et la distinction des frais d'hébergement et de soins dans les établissements sanitaires (loi du 4 janvier 1978) contribuent à l'harmonisation des régimes de placement des personnes âgées. Mais les progrès restent limités et la coupure juridique entre les deux secteurs demeure très profonde.

Par ailleurs, le régime tarifaire des établissements incite au placement en structures hospitalières dans la mesure où seuls les services actifs, en médecine et en psychiatrie, font l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Tout incite donc à choisir les solutions les plus lourdes et les plus coûteuses.

Enfin, selon les conclusions de la Commission, « la vie en établissement est très souvent inhumaine ».

En matière de suppression ou rénovation des hospices, des progrès indéniables ont été réalisés, mais les établissements d'un autre âge sont encore nombreux ; votre Commission a eu l'occasion de s'en rendre compte au cours des visites qu'elle a effectuées.

Enfin, la Commission du bilan conclut sévèrement sur les réalisations effectuées sous forme d'unités de long séjour sanitaire de type « V » en soulignant qu'elles n'offrent pas une réponse adéquate aux besoins divers des personnes âgées. Le mérite de ces établissements est cependant d'exister plutôt que de laisser sans réponse du tout les demandes trop souvent insatisfaites des personnes âgées invalides.

## **C. - LES VOLONTÉS POLITIQUES DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES INSTITUTIONNELS**

### **I. - *Données générales.***

Dans le cadre législatif, précédemment décrit, les pouvoirs publics et les partenaires économiques ont consenti des efforts financiers importants.

Au cours de ces dernières années, les structures d'accueil pour personnes âgées ont été développées et modernisées. Le bilan peut être considéré comme positif, même s'il présente des lacunes et si beaucoup reste encore à faire en ce domaine.

#### **1. Structures d'accueil.**

A l'heure actuelle, on peut estimer ainsi les capacités d'hébergement des établissements pour personnes âgées.

- Au 31 décembre 1976, le taux d'hébergement collectif de l'ensemble des personnes de plus de 60 ans était de 6 %.

Source : Direction de l'Action sociale, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information.

	Nombre d'établissements	Nombre de places
<b>Etablissements sociaux et médico-sociaux.</b>		
- Logements-foyers .....	(1) 1.640	(1) 96.500
- Hospices et maisons de retraite publiques autonomes .....	(1) 1.145	(4) 104.000
- Sections d'hospices des hôpitaux publics .....	(2) 855	(4) 96.000
- Maisons de retraite privées .....	(1) 2.100	(1) 132.000
dont :		
- à but lucratif .....	240	10.500
- à but non lucratif .....	1.860	121.500
<b>Etablissements hospitaliers.</b>		
- Long séjour .....	»	70.000
Total .....	»	(4) 498.500
<b>Etablissements hospitaliers.</b>		
- Moyen séjour .....	»	42.000
- Services de médecine et de chirurgie des hôpitaux .....	864	(3) 90.000
- Hôpitaux psychiatriques .....	220	(3) 30.000
Total .....	»	162.000
Total général .....	»	(4) 660.500

(1) Nombre de personnes hébergées au 1<sup>er</sup> janvier 1980.

(2) Au 1<sup>er</sup> janvier 1979.

(3) Estimation du nombre moyen de lits occupés par des personnes âgées de 60 ans et plus au 31 décembre 1980.

(4) Au 31 décembre 1979.

## 2. Sources de financement classiques.

- Participation de l'Etat ..... 20 à 40 %
- Collectivités locales ..... 10 à 30 %
- Régimes de sécurité sociale ..... 30 %

(lorsque le projet intéresse le secteur social: C.N.A.M. 14 %, C.N.A.V. 16 %).

Il s'agit là d'une répartition d'ensemble qui varie selon les réalisations, en fonction des participations des régions, des départements et des communes... !

### 3. Effort budgétaire de l'Etat.

● Equipement social (rénovation de maisons de retraite, équipement temporaire ou de quartiers...) (en millions de francs) :

1977 :	59
1978 :	58
1978 :	55
1979 :	65
1980 :	30,9
1982 :	40
1983 :	50

(source : documents budgétaires - services votés - ministère Affaires sociales - chap. 66-20, art. 40).

● Humanisation des équipements sanitaires :

Jusqu'en 1981, les crédits affectés à l'humanisation des hospices n'étaient pas individualisés.

● Humanisation des centres hospitaliers (en millions de francs) :

1977 :	316
1978 :	335
1979 :	400
1980 :	390

● Transformation des hospices (chap. 66-11, art. 70) (en millions de francs) :

1981 :	155
1982 :	225
1983 :	327

**II. - *Le constat établi par la Commission de contrôle permet de mesurer les efforts financiers consentis.***

Ce constat a été établi en fonction des visites et des auditions effectuées par la Commission.

L'exemple de plusieurs établissements, que la Commission de contrôle a visités, montre que les efforts financiers ont été inégalement consentis selon les partenaires institutionnels.

**1. Un constat positif pour certains établissements, même s'il reste des aspects encore peu satisfaisants.**

A travers beaucoup d'établissements visités, la Commission a pu constater que des efforts financiers importants avaient été consentis, tant par l'Etat que par les régions et les collectivités locales. Même si l'effort demande à être poursuivi, les visites d'établissements situés à Versailles, Sarcelles, Rennes, Vichy, Nanterre, Cachan, Nice... ont permis d'apprécier les conditions de vie offertes aux personnes âgées hébergées dans ces établissements.

**a) Visites de la Commission de contrôle dans le département de l'Allier (cf. tome II : annexes, p. 55).**

L'un de ces établissements, *le centre hospitalier de Vichy*, est en cours de rénovation et d'humanisation.

Sa capacité d'accueil est de 160 lits, répartis actuellement en :

- 85 lits pour valides ;
- 75 lits pour invalides.

Dans le cadre de sa transformation, il a été prévu :

- 120 lits de long séjour ;
- 40 lits de maison de retraite.

En effet, devant l'aspect vétuste et inhumain des services destinés aux personnes âgées, le conseil d'administration décidait, en 1977, après les recommandations de la commission médicale consultative, de supprimer l'hospice et d'entreprendre les opérations suivantes :

- construction d'une unité de moyen séjour, dotée d'installations complètes en rééducation fonctionnelle (120 lits) qui remplaçait un service particulièrement insalubre ;
- construction d'une unité de long séjour, destinée à traiter les personnes âgées (120 lits) ;
- maintien d'un secteur d'hébergement (40 lits).

Il convient d'observer que, dans l'esprit des administrateurs du centre hospitalier de Vichy, l'aide aux personnes âgées nécessitait la mise en place de moyens différents et multiples, afin de prendre en charge efficacement les personnes âgées particulièrement nombreuses dans l'arrondissement de Vichy. Le moyen séjour, certes, ne concerne pas que les personnes âgées mais sa « clientèle » est composée, pour les trois quarts, de malades âgés de plus de 60 ans. Il était ainsi prévu d'installer moyen et long séjours dans un même bâtiment, afin notamment de faciliter les passages des patients entre les deux unités.

La réalisation d'un bâtiment pour le long et le moyen séjour (240 lits) s'est alors effectuée, pour des raisons évidentes d'économie, en deux tranches :

- le pavillon de 120 lits pour le moyen séjour a ouvert ses portes en juin 1980 ;

- le pavillon destiné aux personnes âgées (long séjour) s'édifie depuis le 14 décembre 1981 et devait être terminé en mai 1983.

Il faut observer que le centre hospitalier de Vichy a dû retenir la construction de deux pavillons type V 120 avec maîtrise d'ouvrage à l'Etat et participation de l'établissement fixée à près de 80 % de la dépense, elle-même évaluée à environ 33 millions de francs.

Dans le même temps, le ministère de la Solidarité nationale, par arrêté du 27 janvier 1982, répondait favorablement à la requête du centre hospitalier de Vichy et acceptait la transformation de l'hospice de Vichy en une unité de long séjour et une maison de retraite de 40 lits.

La Commission a également visité *l'hôpital rural de Cusset*, dont la partie « hospice » accueille 257 personnes (77 lits pour invalides ; 180 lits pour valides). Elle a pu constater que les conditions d'hébergement étaient satisfaisantes, puisqu'il s'agit de chambres individuelles ou à plusieurs lits. Les problèmes de promiscuité, de perte de toute vie personnelle et isolée ne se posent donc pas dans cet hospice. Mais il est bien certain que l'ancienneté de la maison, et le manque de moyens financiers ne permettent pas d'assurer aux personnes âgées hébergées des conditions de confort parfait. Toutes les chambres ne sont pas dotées d'équipements sanitaires individuels. L'existence de demi-étages, le nombre important d'escaliers, le manque d'espace permettant d'installer des ascenseurs (la salle à manger et les salles de réunion au rez-de-chaussée) font que les personnes âgées ayant du mal à se déplacer ne trouvent pas tous les éléments de confort dont elles auraient besoin. La Commission a néanmoins constaté tous les efforts, tant immobiliers que d'animation, qui sont

accomplis pour que l'hospice de Cusset soit le plus accueillant possible. En dépit d'infrastructures anciennes, et de moyens financiers peu importants, l'hébergement des personnes âgées est bien assuré grâce à la volonté de ceux qui y travaillent.

**b) La Commission de contrôle a effectué des visites dans plusieurs établissements situés en région Ile-de-France.**

1° *Visite de l'hôpital Richaud et de la maison Despagne (Versailles)* (cf. tome II : annexes, p. 23). Il s'agit d'établissements appartenant à la municipalité de Versailles et gérés par elle. Les services de personnes âgées ont fait l'objet de rénovations et de transformations importantes.

La rénovation de la maison de retraite Despagne a été achevée en septembre 1982 et comprend :

- 175 lits avec une section de cure médicale d'une capacité de 140 lits ;

- l'accueil de personnes qui, sans avoir pour autant perdu leur autonomie de vie, peuvent nécessiter de manière intermittente des soins infirmiers ou des consultations et examens pratiqués en milieu hospitalier, dont la prise en charge serait réalisée par l'intermédiaire du « forfait-soins » ;

- l'architecture : rénovation des bâtiments existants, avec aménagement de :

- 17 chambres à un lit,
- 47 chambres à deux lits,
- 16 chambres à quatre lits.

Les travaux ont permis de moderniser et d'installer tous les équipements nécessaires au bon fonctionnement de la maison. Avant ces travaux, l'établissement était constitué en majorité de salles communes. La réhabilitation menée a permis d'aménager des chambres à 1, 2 et 4 lits avec sanitaires, un sanitaire collectif pour les pensionnaires, un office, un monte-malades, le dégagement central, selon la répartition suivante :

- en partie centrale (aile nord) sur chacun des deux étages, une salle de détente spacieuse (76 m<sup>2</sup>) s'ouvre au sud sur le jardin central ;

- une extension vitrée de la grande salle du rez-de-chaussée sur la façade est créée, facilitant la liaison entre la vie intérieure des pensionnaires et la ville (avenue du Maréchal-Foch).

Le service de long séjour à l'hôpital Richaud comprendra 80 lits en deux unités de 40 lits répartis en chambres individuelles ou à deux lits avec des équipements sanitaires individuels.

Mais la Commission de contrôle a également visité la partie « hospice » dans laquelle sont encore hébergées les personnes âgées. Les conditions de vie y demeurent très précaires. Les bâtiments d'époque, du XVIII<sup>e</sup> siècle, sont marqués par l'ancienne conception des hospices. L'hébergement y est assuré en salles communes, pour certaines sous les combles, avec des essais de boxage et de cloisonnement pour atténuer le principe des dortoirs. Mais la promiscuité qui en résulte reste difficilement tolérable. Il n'existe pas de sanitaires individuels. Les salles elles-mêmes n'ont pu bénéficier de travaux de rénovation importants, tant au niveau de l'isolation que des travaux d'électricité ou bien encore des peintures et décorations intérieures. Le sentiment que votre Commission a ressenti au cours de cette visite est difficilement descriptible. Cette situation est d'autant plus scandaleuse que des structures modernes et rénovées ont été réalisées pour accueillir les personnes âgées. Mais faute de crédits et des autorisations pour créer des postes budgétaires, la maison Despaigne ne peut ouvrir ses portes. De plus, les personnes âgées étant maintenues dans ses structures anciennes, il n'est pas possible de procéder à la rénovation de l'ancien hospice, comme le prévoyait le centre hospitalier. C'est donc un problème de personnel, sur lequel votre Commission reviendra, qui empêche l'ouverture effective de la maison Despaigne et la rénovation des anciens bâtiments de l'hôpital Richaud.

*2<sup>o</sup> Visite de deux établissements gérés par le bureau d'aide sociale de la ville de Paris :*

– *Le centre de gérontologie de Sarcelles (cf. tome II : annexes, p. 29).*

Au 17 janvier 1983, cet établissement accueillait 321 personnes :

- 283 pensionnaires au titre de l'aide sociale ;
- 38 pensionnaires à titre payant.
  
- Maison de retraite :
  - section invalides :
    - 254 lits répartis en 228 en chambres individuelles, 26 en chambres à deux lits ;
  - section semi-valides :
    - 34 lits en chambres individuelles ;
  - section valides :
    - 40 lits en chambres individuelles.

- Maison médicale :

- service de médecine spécialisée en gériatrie : 30 lits ;
- service de moyen-séjour : 35 lits.

La Commission de contrôle s'est particulièrement intéressée au fonctionnement de ce centre. Bien que rattaché juridiquement au bureau d'aide sociale, et relevant donc du secteur social, cet établissement conserve un secteur hospitalier. La coexistence des deux secteurs a fait l'objet de plusieurs conventions entre le bureau d'aide sociale, la Sécurité sociale et le ministère de la Santé (1969/1973).

Ce système apparaît bon, dans la mesure où il évite les ruptures géographiques, préjudiciables à l'équilibre des personnes hébergées. Cela est d'autant plus important que la fréquentation du centre s'est modifiée au cours des dernières années : la proportion de personnes âgées invalides hébergées s'est beaucoup élevée.

Mais c'est un système fragile qui repose sur l'existence de cette convention. Il pose également un problème de prise en charge pour la partie maison de retraite, où les frais sont supportés par la personne hébergée lorsqu'elle ne bénéficie pas de l'aide sociale.

- *Etablissement Cousin de Méricourt (Cachan)*  
(cf. tome II : annexes, p. 75).

- La Fondation Cousin de Méricourt est un établissement d'hébergement réservé aux personnes âgées non valides, dont l'état de santé ne leur permet pas de jouir d'une vie autonome, tant physiquement que mentalement.

- Cet établissement relève du bureau d'aide sociale de la ville de Paris, et est entièrement géré par lui.

La visite des bâtiments a permis de constater l'aspect très moderne de la Fondation. Elle est implantée dans un parc de quatre hectares et demi, sur l'emplacement de l'ancienne fondation.

Les bâtiments actuels sont entièrement neufs et ont été construits entre 1977 et 1980.

La partie architecturale a été influencée, d'une part, par le souci de sauvegarder et d'aménager le parc existant ; d'autre part, par la nécessité d'intégrer les volumes du projet dans un site dominé par un aqueduc. Elle se compose de cinq bâtiments pouvant héberger chacun de 60 à 104 pensionnaires, et tous reliés entre eux. En principe, un bâtiment est consacré soit aux invalides, soit aux semi-valides.

A l'intérieur des bâtiments eux-mêmes, le caractère récent de leur construction a permis de faire des réalisations modernes et confortables : à chaque niveau de chaque bâtiment hébergeant les pensionnaires de la Fondation, sont installés : un poste de soins, une salle de séjour, trois sanitaires, un office pour le personnel de l'étage, un bureau de surveillante. Ces locaux sont à la disposition des pensionnaires et du personnel.

L'hébergement est ainsi réparti : 272 chambres à 1 lit ; 132 pour semi-valides ; 140 pour invalides ; et 60 chambres à 2 lits pour invalides.

Chaque chambre est pourvue de :

- un lit ou deux lits ;
- un meuble bas ;
- un placard mural ;
- un « sanitaire » individuel ;
- une table de chevet.

De plus, des locaux destinés à la vie des pensionnaires se situent au rez-de-jardin :

- hall d'accueil où se rencontrent la vie extérieure et la vie intérieure de l'établissement ;
- une salle de spectacles ;
- deux salles à manger (pensionnaires et personnel) ;
- une bibliothèque ;
- une salle d'animation ;
- un salon de coiffure ;
- plusieurs sanitaires installés à différents endroits ;
- un cabinet de consultation ;
- une salle de kinésithérapie.

*3° Visite, à la maison de Nanterre, de la partie « hospice » et du service « Long séjour » hébergeant des personnes âgées (cf. tome II : annexes, p. 67).*

Le décret n° 67-127 du 22 décembre 1967 a classé la maison de Nanterre parmi *les services de la préfecture de police non étatisés, inscrits au budget de la ville de Paris (budget spécial de la préfecture de police).*

Le conseil de Paris, dans sa séance du 25 novembre 1968, s'est prononcé, conformément aux propositions du préfet, en faveur du transfert à la ville de Paris des biens affectés à la préfecture de police constituant la maison de Nanterre avec, en

corollaire, la participation au fonctionnement du centre d'hébergement de la ville de Paris et des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.

La maison de Nanterre a été effectivement transférée à la ville de Paris par décret du 8 février 1970.

Toutefois, ces différents textes n'ont pas modifié le régime juridique de l'établissement dont la gestion reste confiée au préfet de police en raison de sa vocation originelle de « dépôt de mendicité » et du fait que la compétence territoriale du préfet de police s'étendait, avant la réorganisation de la région parisienne, sur l'ensemble de l'ancien département de la Seine, dont faisait partie la commune de Nanterre.

L'établissement est donc situé sur le territoire de la commune de Nanterre. Ses biens sont la propriété de la ville de Paris. Leur gestion est assurée par la préfecture de police. Les trois principaux centres d'activités de l'établissement sont :

- le centre d'hébergement,
- l'hospice,
- l'hôpital,

mais des activités périphériques se sont également développées autour de ces trois pôles.

L'hospice comprend 1.078 lits (par chambres de 4 à 6 lits).

Le service long séjour à l'hôpital : 90 lits par chambres de 2 à 4 lits.

La vocation de la maison de Nanterre, ouverte en juin 1887 pour servir de dépôt de mendicité, de « maison de détention et de reprise pour les sans asile », explique dans une très large mesure l'architecture sévère, presque carcérale, des bâtiments. Tout cela donne à l'ensemble une impression de grande tristesse.

Mais, néanmoins, la conception originelle de la maison n'est pas étriquée. Les bâtiments qui représentent environ 70.000 mètres carrés de plancher sont répartis sur 12 hectares. Ils sont séparés par des cours ou des petits jardins et reliés entre eux par des galeries-promenades couvertes. A l'intérieur des bâtiments, les salles sont de vastes dimensions et ne présentent aucun signe de délabrement ou de dégradation matérielle.

La visite effectuée permet de préciser que nombre de travaux de rénovation ont été entrepris depuis dix ans, exemple :

- transformation de dortoirs, par l'installation de boxes ;
- travaux de modernisation dans les cuisines (1964) ;
- transformation des anciennes prisons en chambres.

Il est bien certain que la rénovation des structures doit se poursuivre dans les années à venir afin de développer des fonctions d'animation et d'accueil, car il reste encore beaucoup à faire.

Mais il faut souligner les efforts accomplis depuis plus de dix ans pour accueillir 3.700 personnes dans le centre d'hébergement, l'hospice et l'hôpital. Les personnes qui y sont hébergées sont les « laissés-pour-compte » de la société, ceux qui ne se sentent pas suffisamment armés pour affronter, dans les conditions normales, la vie quotidienne. Pour eux, la ville de Paris en tant que propriétaire, ainsi que les trois départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) ont consenti des efforts financiers considérables, afin qu'ils ne soient pas définitivement rejetés de toute structure sociale, perdant par là même toute dignité humaine. La maison de Nanterre est sans doute trop vaste, mais elle reconstitue en quelque sorte le schéma d'un microcosme social où se nouent, tant bien que mal, des relations sociales qui restent affectées toutefois par la vocation initiale de l'établissement. En ce qui concerne la partie proprement hospice, auquel la Commission a porté une attention particulière, les travaux effectués régulièrement depuis plusieurs années permettent d'offrir des conditions d'accueil et d'hébergement tout à fait honorables.

Le groupe de travail, réuni en septembre 1981, préconisait dans ses conclusions la déconcentration du centre d'hébergement et de l'hospice, et leur éclatement géographique, en institutions de taille plus humaine (100 à 200 lits) réparties sur l'ensemble du territoire de la région parisienne. Il est évident que la taille de la maison de Nanterre, le nombre de personnes qui y sont accueillies (3.700 dans le centre d'hébergement, l'hospice et l'hôpital ; 6.400 personnes recueillies par la B.A.P.S.A. (Brigade d'assistance aux personnes sans abri) et le service de protection et de sécurité du métro), constituent un obstacle à toute véritable politique d'humanisation. Mais il est nécessaire de rappeler que tout transfert doit se faire avec l'accord des personnes hébergées à la maison de Nanterre, et particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées. Pour ces dernières, en effet, il faut éviter tout bouleversement ou solution de rupture avec leur mode de vie actuel.

**c) La Commission de contrôle a visité, à Nice, la clinique médicale, centre de gériatrie « Les Sources » (cf. tome II : annexes, p. 81).**

Cet établissement a été créé à l'initiative des institutions de retraite des cadres. Il est géré par un organisme à but non lucratif (association de la loi de 1901). L'agrément date de 1974 et l'ouverture de novembre 1982.

Les membres retraités appartenant aux caisses fondatrices bénéficient d'une priorité d'accueil mais les assurés sociaux ne relevant pas du régime des cadres peuvent être également admis, leurs frais de séjour étant pris en charge par les caisses primaires d'assurance maladie.

La capacité de l'établissement est de 216 lits répartis dans 130 chambres. L'établissement a été conçu pour permettre aux personnes âgées hospitalisées de trouver des conditions d'hébergement collectif pouvant répondre aux exigences de la gériatrie (hospitalisation, activité de base, hôpital de jour, consultations, bilans de santé). Un médecin chef secondé par d'autres médecins assume la responsabilité médicale. Des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et diététiciennes, infirmières et aides soignantes complètent l'activité proprement médicale.

La population de l'établissement occupe surtout les lits de médecine aiguë, l'admission se faisant sur critères médicaux ; la durée moyenne du séjour est de vingt-trois jours.

Le long séjour, pourtant nécessaire (50 à 70 lits prévus sur les 216), ne sera ouvert que lorsque la convention, actuellement en cours d'élaboration, sera établie.

**d) La visite de la Commission de contrôle en Ille-et-Vilaine** (cf. tome II : annexes, p. 41).

*- Le centre régional de gériatrie de Chantepie.*

Le centre de gériatrie de Chantepie est un établissement privé à but non lucratif, promu par la caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne, et, pour le service de réadaptation fonctionnelle, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Sa création a été envisagée en 1968. L'autorisation est intervenue en 1973. La construction a été engagée en janvier 1975 et le bâtiment a été livré en août 1977, pour une ouverture le 2 novembre 1977.

Le centre a une capacité d'accueil de 350 malades en unités de soins de 35 à 40 lits au maximum, dans des services de médecine, de réadaptation fonctionnelle, de moyen et de long séjour, tout en offrant un service de consultations externes, tant en réadaptation fonctionnelle qu'en médecine et explorations fonctionnelles.

Les 350 lits se répartissent en 142 chambres à un lit et 104 chambres à deux lits.

Votre Commission a été frappée par la qualité de la construction et par le souci, relevé notamment dans la décoration

des chambres, de réduire, dans ce qu'il peut avoir de désagréable, le caractère médical de l'établissement.

Ce centre a permis de tirer trois enseignements essentiels :

- le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans ne cesse d'augmenter ;

- cette augmentation a fait apparaître les difficultés de voisinage qui résultent d'un rapprochement durable des personnes du troisième et du quatrième âge. Cette constatation va à l'encontre de l'idée selon laquelle il convient de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible dans la même structure ;

- l'établissement manque manifestement de lits et enregistre une liste d'attente particulièrement importante, qui conduit à faire appel aux services hospitaliers souvent mal adaptés aux besoins des personnes âgées. Il convient d'ajouter que le centre ne possédant pas de service de chirurgie, rencontre des problèmes constants de « dispatching » des malades dans les établissements hospitaliers.

*- L'hôpital local de Montfort-sur-Meu.*

L'hôpital local de Montfort-sur-Meu est un établissement public communal.

L'hôpital local abrite deux secteurs, hospitalisation et hébergement.

- Le secteur sanitaire, installé dans un bâtiment moderne, comprend :

- un service de médecine générale de 17 lits ;
- un service de moyen séjour de 25 lits ;
- un service de long séjour de 84 lits.

Le fonctionnement médical des deux premiers services est assuré par les médecins libéraux de la circonscription, titulaires d'une autorisation préfectorale pour y exercer.

Les 84 lits de long séjour sont répartis en deux unités de 42 lits ; deux médecins assurent la surveillance médicale de ce service, l'un d'eux ayant qualité de médecin responsable.

Ce service accueille des personnes âgées invalides qui ont perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite des soins, d'où le forfait-soins journalier versé par les caisses d'assurance maladie.

- Le secteur maison de retraite qui compte 110 lits est

destiné à l'hébergement de personnes âgées valides (les services médico-techniques : électroradiologie, cabinet de soins dentaires, service de réadaptation fonctionnelle...).

Pour l'ensemble, l'établissement emploie donc 126 agents, pour 230 lits.

Votre Commission a pu constater au cours de sa visite que l'hôpital local, proche des malades, joue un rôle décisif, notamment en milieu rural, dans une limitation volontaire des hospitalisations abusives.

Les bâtiments sont, dans l'ensemble, modernes et les conditions d'hébergement sont satisfaisantes mais l'établissement comporte une annexe fort ancienne, dont la salle commune, qui accueille des personnes valides, pour n'être pas insalubre, n'en est pas moins parfaitement inadaptée à notre temps. Cependant, les travaux actuellement en cours permettent d'envisager, dans un terme prochain, une transformation heureuse de ces locaux. Qu'il en soit ainsi dans tous les établissements et il sera permis d'espérer pour l'avenir...

**e) La visite de la Commission de contrôle à Besançon**  
(cf. tome II : annexes, p. 95).

*- La maison retraite - centre de cure médicale d'Avanne.*

La maison de retraite d'Avanne fait partie d'un ensemble de sept établissements regroupés au sein de « l'hospice-maison de retraite départemental du Doubs » érigé en établissement public par décret du Premier ministre en date du 21 février 1981.

Actuellement, il comporte :

- 164 lits de long séjour avec objectif de 80 lits supplémentaires dus à la fermeture de l'établissement de Tilleroyes. Age moyen : 83 ans. Ratio de personnel : 0,49/lit. Taux d'occupation : 95 %.

- 158 lits de maison de retraite, section de cure médicale. Age moyen : 79 ans. Ratio de personnel : 0,17/lit. Le taux d'occupation est de 75 %.

L'effectif du personnel se décompose comme suit :

- services administratifs .....	4
- services généraux .....	4,5
- services d'entretien .....	5
- cuisine .....	10
- buanderie .....	6,5

- service de soins .....	116,5
- téléphoniste .....	1
- animation .....	0,5

soit 148 postes. Il y faut ajouter un médecin chef assisté de trois internes (1 interne et 2 « faisant fonctions »).

Le principal problème évoqué par les gestionnaires de l'établissement d'Avanne est le vieillissement accéléré de la population des personnes âgées. Ce phénomène se produit dans des structures qu'il faut adapter à cette situation non seulement en ce qui concerne le côté matériel (création de lits de long séjour) mais aussi pour les questions de personnel dont le nombre est à ce jour insuffisant.

Aujourd'hui l'établissement devrait se transformer pour accueillir 80 lits supplémentaires de long séjour et se voir attribuer 28 postes supplémentaires.

D'autre part, il faut aussi souligner que le vieillissement de la population de la région provoque la constitution de listes d'attente ; pour Avanne - en prenant en compte qu'il y a 60 décès par an - le nombre de demandes non satisfaites se monte à 20.

En ce qui concerne les conditions d'admission, le conseil d'administration a soulevé les problèmes suivants :

- d'une part, il a constaté un accroissement de la démence sénile aggravé par la politique de redéploiement des hôpitaux psychiatriques. Ces phénomènes amènent à faire cohabiter des personnes âgées saines d'esprit avec des malades psychiques. Le conseil a souligné que ce problème n'était en aucun cas lié à des problèmes de taux de tolérance entre ces deux catégories ;

- d'autre part, le conseil a regretté qu'aujourd'hui, pour les admissions en long séjour, il faille l'accord préalable du médecin-conseil. C'est là une directive de la caisse d'assurance maladie. La proportion des admissions en long séjour, à la suite de cette procédure, est de un cas sur quatre demandes.

La surcharge du personnel, puisque ces personnes âgées hébergées ne sont, en fait, plus valides, a beaucoup impressionné votre Commission de contrôle.

## **2. Dans d'autres établissements, les responsables politiques n'ont pas consenti les efforts financiers nécessaires.**

Au cours des visites effectuées à Marseille, Roubaix et surtout Lille, la Commission a constaté que des établissements hébergeant des personnes âgées fonctionnaient encore trop souvent dans des conditions inspirées du passé. Il est certain que tous les responsables politiques n'ont pas eu la même volonté de rénover les structures. Ils ont ainsi négligé, ce qui pour d'autres constitue « la priorité des priorités » : assurer aux personnes âgées, qu'elles demeurent chez elles ou qu'elles soient hébergées en milieu collectif, des conditions de vie respectant leur dignité humaine.

### **a) La visite de la Commission de contrôle à l'hospice Barbieux à Roubaix (cf. tome II : annexes, p. 33).**

La construction de l'établissement remonte au XIX<sup>e</sup> siècle. En dépit de l'unité de lieu, il convient de distinguer, au sein de cet ensemble, trois secteurs, car ils présentent des caractéristiques fonctionnelles nettement différenciées, outre que leurs aménagements, dans le sens d'une humanisation, n'ont pas suivi une même évolution :

- l'hospice proprement dit : 665 lits répartis en 19 unités de 23 à 50 lits ;
- la maison de retraite : 172 lits en chambres à 1 et 2 lits ;
- les unités dites de « ménages » : trois fois 30 lits installés dans des chambres hébergeant les pensionnaires nécessitant plus de soins infirmiers et médicaux.

En un an et demi, l'évolution est la suivante :

- plus de pensionnaires ont une autonomie réduite : le temps moyen journalier de nursing est ainsi passé de quarante-deux à cinquante-six minutes (+ un tiers) ;
- les pensionnaires sont plus nombreux à avoir recours à des soins infirmiers quotidiens (33 % au lieu de 20 %) et ces soins sont plus longs.

Cependant, peu de malades nécessitent des soins infirmiers et médicaux lourds, puisque seul un tiers de l'effectif demande des soins infirmiers quotidiens et 31 % seulement nécessitent de voir un médecin plus d'une fois par mois.

Il faut souligner tout d'abord que le maintien d'un hospice à Roubaix signifie le maintien d'une structure archaïque qui

accueil indistinctement jeunes et vieux, valides et invalides, le tout dans une promiscuité difficilement supportable, malgré les efforts d'amélioration apportés au cadre intérieur, et le travail accompli par le personnel.

Le terme d'hospice recouvre une réalité difficile à vivre à laquelle l'opération d'« humanisation » entreprise depuis plus de dix ans avait pour but de remédier, réalité qui demeure encore trop souvent actuelle dans certains établissements.

La reconversion de l'hospice Barbieux qui est prévue, doit naturellement s'inscrire dans le dispositif d'accueil et de soins aux personnes âgées de la ville de Roubaix, voire des communes limitrophes.

Il faut souligner, en outre, qu'en ce qui concerne la région Nord - Pas-de-Calais, de nombreux hospices ne sont pas encore humanisés. Or les perspectives démographiques pour la région soulignent l'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.

	Milliers d'habitants 1975	Prévisions au 2000
70-74 ans .....	293,3	288,7
75 ans et plus .....	117,0	131,3

Les efforts d'équipement et de rénovation des structures existantes devraient donc être activement poursuivis.

**b) La Commission de contrôle a visité l'hospice départemental de Montolivet à Marseille (cf. tome II : annexes, p. 89).**

A la suite d'une délibération de la commission administrative, la répartition des lits souhaitée en fonction des différents secteurs d'activité est :

- médecine gériatrique .....	60 lits
- moyen séjour .....	240 lits
- long séjour .....	720 lits
- valides, maison de retraite .....	180 lits
Total .....	<u>1.200 lits</u>

La transformation juridique de cet établissement s'est faite avec beaucoup de difficultés. Il avait tout d'abord été envisagé de demander son classement dans la catégorie des maisons de santé ou de cure médicale (1972). Le pourcentage de pensionnaires invalides, en constante augmentation depuis 1969, représentait, en 1975, environ 90 % de la capacité d'accueil de la section hospice. La médicalisation et la paramédicalisation avaient été accentuées par l'ouverture depuis le mois de mars 1977 du service de médecine gériatrique dirigé conjointement par M. le Pr Pierre Bernard et M. le Dr Robert Fenasse.

Ces éléments militaient en faveur d'un classement « sanitaire », mais en sens inverse, il était indispensable de prendre en considération la présence à la maison départementale de retraite de Montolivet, d'une part, de personnes âgées valides, d'autre part, de personnes handicapées de moins de 65 ans.

L'humanisation et la rénovation de ces établissements sont en cours à l'heure actuelle. Cela concerne 240 lits, mais dans certains pavillons, le confort est souvent insuffisant (salles communes jusqu'à 22 lits ; salles communes boxées).

Il y a notamment, du côté sanitaire, une déficience qui nous a semblé inacceptable : pour une salle commune de 22 lits, on ne trouve que deux lavabos ou bien un bac à toilette collectif, simplement deux douches et une ou deux toilettes. Malgré le dévouement du personnel, du fait de son insuffisance numérique, de la vétusté de certains locaux, de la promiscuité, les conditions de vie des personnes hébergées dans les salles communes paraissent particulièrement insoutenables.

Les personnes âgées vivant dans ces salles communes ont perdu toute intimité. Elles sont condamnées à la vie collective pour tous les actes de la vie quotidienne, sans même pouvoir se raccrocher au passé par un meuble ou un objet personnel. Dans certaines salles, sont réunis pêle-mêle vieillards valides, semi-valides, grabataires complets, « petits mentaux » dans une promiscuité indescriptible.

La structure départementale de l'hospice de Montolivet retarde peut-être la politique d'humanisation et de rénovation, car les priorités peuvent se situer ailleurs : hôpitaux d'actifs par exemple.

Le problème du financement du pavillon de moyen et long séjours de 240 lits a été abordé. Il se présente comme suit :

<i>Etat :</i>	(En francs.)
Subvention de 20 % sur 39.081.600 F .....	7.816.320
<i>Etablissement public régional :</i>	
Subvention de .....	1.000.000
<i>Caisse régionale d'assurance maladie du Sud-Est :</i>	
Prêt de 30 % sur 39.081.600 F .....	11.724.480
<i>Département des Bouches-du-Rhône :</i>	
Prise en charge des annuités d'un emprunt auprès de la Caisse d'épargne et de prévoyance des Bouches-du-Rhône et de la Corse (10 % sur 39.081.600 F) .....	3.908.160
<i>O.R.G.A.N.I.C. :</i>	
Prêt .....	2.400.000
<i>Maison départementale de retraite de Montolivet :</i>	
Prise en charge des annuités d'un emprunt auprès de la Caisse d'épargne et de prévoyance des Bouches-du-Rhône et de la Corse .....	18.642.840
Fonds propres .....	1.715.255
Total ..	<u>47.207.055</u>

Et c'est en définitive une dépense de 57 millions de francs qui a été engagée (construction + équipement) ; la charge d'une telle dépense soulève un problème aigu pour l'avenir : sera-t-il possible de faire face à d'autres dépenses de rénovation ?

c) **La visite du centre hospitalier régional de Lille** (cf. tome II : annexes, p. 33).

Le C.H.R. de Lille offre une capacité d'accueil totale, pour son secteur personnes âgées, de *1.238 lits théoriques*, répartis entre quatre points distincts de la ville :

- dans l'enceinte de la cité hospitalière :
  - l'hôpital Swynghedauw (228 lits),
  - les maisons de retraite pour personnes âgées (M.R.P.A.), ensemble de quatre pavillons : D. Cordonnier, Vancostenoble, Minet et Baes de même taille (représentant au total 322 places) ;

- rue de Paris, l'hospice Ganthois (146 lits) ;
- rue Boileux, l'hospice Lemay (132 lits) ;
- avenue du Peuple-Belge, l'hospice général (410 lits).

En réalité, le nombre de lits installés est de 1.344, l'écart tenant compte du fait, essentiellement, que le site de l'avenue du Peuple-Belge regroupe 517 lits.

Les structures implantées à proximité de l'hôpital régional, de construction récente, et qui répondent aux besoins de notre temps, nécessiteraient au plus quelques aménagements. Elles ne comptent, en tout état de cause, aucun lit en salle commune.

La situation est différente pour ce qui concerne les autres implantations.

Ainsi, les 139 lits installés à l'hospice Ganthois sont tous dans des dortoirs. De même, sur les 131 lits en place à la maison Lemay, 110 sont situés dans des chambres de plus de 4 lits.

S'agissant de l'hospice général qui constitue la préoccupation immédiate, sa transformation en centre de soins pour personnes âgées, sur les bases définies par le G.E.R.S.P.P.A. (groupe d'études et de recherche pour la solution des problèmes des personnes âgées), a été entamée par la construction d'un ensemble regroupant 280 lits d'accueil à temps complet (40 lits de géro-psycho-geriatrie, 40 de court séjour - orientation, 50 de moyen séjour, 150 de long séjour), 120 places d'hôpital de jour, et du plateau technique correspondant.

Pour ce bâtiment, mis en service en avril 1981, il en a coûté, en valeur janvier 1981, quelque 49,8 millions de francs, dont 10,8 pris en charge par l'Etat.

A proximité immédiate, et physiquement reliés au nouvel édifice, les bâtiments préservés de l'hospice général abritent encore 237 lits, dont 209 en salles communes.

Les conditions d'hébergement des pensionnaires de l'hospice général sont difficilement descriptibles. Outre le fait que les couloirs reliant les pièces les unes aux autres sont situés à l'extérieur, quasiment en plein air, que les dortoirs abritent de nombreux lits dans une promiscuité intolérable et que l'ensemble du bâtiment est dans un état de vétusté à peine imaginable, il faut souligner que le prix de la journée à payer pour séjourner dans cet établissement est identique à celui de l'établissement moderne situé à proximité.

Il est pour le moins paradoxal que les « pensionnaires » de locaux inhabitables pour n'importe qui, et *a priori* pour les personnes âgées, supportent un prix de journée prohibitif pour un

hébergement si précaire en échange duquel ils reçoivent si peu d'avantage matériels.

Il est presque impossible de restituer dans leur réalité crue tous les détails qui ont frappé, et disons-le choqué, les membres de la Commission, au cours de leur visite.

Les salles communes regroupent une cinquantaine de lits et donc de personnes dans une intimité forcée ; c'est un spectacle insupportable. La vision de ces personnes de tous âges et de toutes conditions, obligées de cohabiter et de vivre ensemble, avec tous les détails sordides que cela suppose, nous a profondément marqués.

Il est impossible de rester insensible devant ces murs délabrés, ce mobilier d'un autre âge, ces installations sanitaires qu'il faut aller chercher au bout d'un long couloir et qui offrent le spectacle désolant de bacs de toilette et de W.-C. dont l'état est aussi insuffisant que le nombre.

Force est de constater que les efforts nécessaires à la transformation de locaux, qui devraient être qualifiés d'insalubres, n'ont pas été entrepris et ne sont pas près de l'être, si l'on en juge par les perspectives de réalisation.

L'objet de la seconde tranche de réalisation du centre de soins pour personnes âgées, qui porte sur 160 lits (20 de moyen séjour, 140 de long séjour), est précisément la disparition complète de l'hospice général, qui serait transformé en logements sociaux.

Le coût de réalisation de cette seconde tranche est évalué à 43 millions de francs hors taxes, en valeur octobre 1982 (51 millions T.T.C.).

Il faut noter qu'après mise en service de cette seconde tranche, le potentiel global d'accueil du C.H.R., pour les seules personnes âgées, serait ramené à 1.224 lits, donc à un niveau très proche de la capacité théorique mentionnée plus haut.

Cependant, il convient de souligner que les perspectives de réalisation de la seconde tranche du C.S.P.A. sont incertaines à un double titre :

L'affectation prévue des nouveaux locaux – leur vocation essentiellement sanitaire – est susceptible d'entraîner des blocages, la doctrine visant à transformer le maximum de lits d'hospice en lits de maisons de retraite, médicalisées ou non ; un préalable administratif existe, celui du groupe de travail interministériel instauré par la circulaire du 16 juin 1980 sur la transformation des hospices ; son accord ne pourra être donné qu'au vu d'un dossier concernant l'ensemble du secteur « personnes âgées » du C.H.R. de Lille, dont le C.S.P.A. n'est qu'un élément ; il manque

d'ailleurs actuellement, pour une saisine efficace du groupe de travail visé ci-dessus, une pièce maîtresse, l'étude épidémiologique de l'inspection régionale de la santé : l'enquête a été effectuée, mais le document n'étant pas parvenu à la D.D.A.S.S., il est à craindre qu'il faille entamer une nouvelle enquête, les résultats acquis en 1981 risquant d'être dépassés.

Le projet dont il s'agit s'inscrit dans le cadre de l'enveloppe déconcentrée de catégorie II ; des crédits ont été dégagés à cet effet par le passé, mais l'état d'impréparation du dossier a conduit à l'époque à décider une autre affectation ; il faudra donc théoriquement prélever l'autorisation de programme nécessaire (valeur octobre 1982 : 20,4 millions de francs) sur le contingent « normal » d'un prochain exercice, sous réserve bien évidemment de l'avis du groupe de travail interministériel ; or, une demande de réévaluation définitive, concernant la première tranche du C.S.P.A. vient d'être déposée, concernant un investissement de 1.116.000 F et requérant donc à une brève échéance un besoin d'autorisations de programme de 252.700 F (21,67 %) sous réserve de vérification par le délégué aux travaux.

La rénovation de l'hospice général n'est pas près d'être réalisée !

## DEUXIÈME PARTIE

### LES RISQUES DE BLOCAGE POUR L'AVENIR

Les visites et les auditions menées par la Commission de contrôle l'ont conduite à s'interroger sur les orientations actuelles de la politique d'hébergement des personnes âgées dont elle a souhaité mesurer les limites et les risques qu'elles impliquaient pour l'avenir.

#### A. - LES SOLUTIONS SOUPLES PRÉVUES PAR LES TEXTES NE SONT PAS CORRECTEMENT APPLIQUÉES

##### I. - *L'humanisation du parc immobilier n'est pas achevée.*

###### 1. Une ambition déçue.

L'article 23 de la loi du 30 juin 1975 avait prévu la disparition des hospices pour 1985. Selon les besoins, les hospices devaient être transformés, soit en unités d'hospitalisation ou en centres de cure, soit en établissements publics destinés à l'hébergement des personnes âgées. Cette ambition était dictée par un impératif humain. Il s'agissait de sauvegarder la dignité de la personne âgée, dépendante et invalide, trop souvent reléguée dans des dortoirs plus ou moins sordides.

Selon les sources consultées, les données statistiques varient puisqu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'inventaire exhaustif des possibilités d'accueil des personnes âgées invalides. Ainsi, d'après le Professeur Henrard (1), sur les 233.000 lits d'hospices publics, 44.000 ont été juridiquement transformés et 70.000 sont à moder-

(1) Audition du 12 avril 1983 devant la Commission sénatoriale de contrôle.

niser. A une cadence de 2.500 lits modernisés par an, près de trente ans seraient encore nécessaires pour atteindre le but fixé en 1971... Contrairement aux prévisions, ce n'est pas en 1985 mais bien plutôt en 2010 ou 2020 que les objectifs initiaux seraient atteints. Malheureusement, dans le même temps, le nombre de personnes âgées s'accroît et aura doublé en l'an 2000.

Dans ces conditions, il est évident que le rythme de restauration des hospices, la mise en place de soins à domicile et la construction de nouveaux établissements doivent, dès maintenant, être accélérés.

## **2. Les limites imposées par les coûts de la construction.**

*Le prix des terrains*, leur rareté et la lourdeur des investissements contrarient essentiellement le souci de maintenir l'homme invalide dans un milieu proche de celui qui avait été le sien.

## **3. Des solutions imparfaites.**

Une mauvaise coordination entre les diverses instances concernées par un projet de rénovation d'un hospice entraîne parfois des blocages risquant d'aboutir à l'abandon de la réalisation. De telles inquiétudes pèsent, par exemple, sur les travaux constituant la seconde tranche du centre de soins pour personnes âgées de Lille, destiné à remplacer l'hospice général situé avenue du Peuple-Belge.

La Commission de contrôle a pu constater aussi que, très fréquemment, les établissements modernes restent inutilisés, en tout ou partie, ce qui apparaît particulièrement choquant dans la conjoncture actuelle. Le spectacle de locaux neufs et vides à côté de locaux anciens, voire vétustes, surpeuplés et souvent insalubres, est consternant. Il était pourtant prévisible que la suppression des dortoirs et leur remplacement par des chambres individuelles ou à effectif réduit (deux à quatre personnes), impliquait le recrutement de nouveaux personnels. Faute de créations de postes budgétaires en suffisance, ou du fait de l'affectation des personnels supplémentaires à d'autres services, un grand nombre des nouveaux locaux ne peut entrer en fonction, réduisant ainsi à néant les efforts entrepris.

La Commission de contrôle a pu constater, à de nombreuses reprises, de semblables gâchis :

- à Lille (1),
- à Vichy (2),
- à Blamont dans le Doubs (3),
- à Versailles (4).

#### **4. L'influence de l'architecture sur la qualité de la vie quotidienne.**

La conception architecturale des établissements d'accueil pour personnes âgées a des conséquences directes sur l'individu hébergé. Pour s'en tenir à quelques exemples, l'éloignement, ou l'accès difficile, de la salle à manger, de la salle de loisirs, de la salle de rééducation ou des chambres, peut remettre en cause le bon fonctionnement de l'établissement. L'absence de plans inclinés, de portes assez larges pour permettre le passage d'un fauteuil roulant ou d'un lit, de sanitaires aisément accessibles, de locaux transformables, rendra nécessaire la présence de personnels supplémentaires.

La transformation des hospices peut passer par la création d'établissements nouveaux. A cet égard, la Commission a eu l'occasion au cours de l'audition du représentant de la C.A.N.C.A.V.A. (régime de retraite des artisans) de rappeler les efforts consentis sur le plan architectural depuis quelques années : la M.A.P.A. (Maison d'accueil pour personnes âgées) en est un exemple. Il s'agit d'un concours de conception ouvert en 1980 par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. La conception architecturale de ces M.A.P.A. doit permettre d'accueillir les personnes âgées qui ont, à des degrés divers, perdu leur autonomie. Ces nouveaux établissements ne doivent cependant pas

(1) L'hospice général de Lille souffre d'un manque de personnel qui l'empêche d'ouvrir une quarantaine de lits environ.

(2) La transformation de l'hospice de Vichy en une unité de long séjour et une maison de retraite décidée en 1982 est compromise dès la première tranche des travaux de l'unité de long séjour. Des effets néfastes cumulatifs apparaissent : l'absence d'une structure efficace de long séjour compromet l'efficacité du moyen séjour et freine la création d'un service de soins à domicile pour personnes âgées.

(3) Il a été signalé à la Commission qui n'a pu se rendre sur place que la mise en fonction du bâtiment neuf de 80 lits ne pouvait avoir lieu faute de personnel. Dans l'ancien hospice, 195 personnes seraient entassées à 50 par dortoirs dans des conditions d'hygiène et de sécurité plus que précaires.

(4) Depuis septembre 1982, des locaux neufs sont inutilisés à la maison de retraite Despagne.

être construits à l'image des structures hospitalières. Par leur taille et leur architecture, ils doivent au contraire constituer des lieux de résidence accueillants, favorables au développement d'une vie communautaire et propices à la mise en œuvre d'activités sociales ou culturelles susceptibles de l'animer. Il est, par exemple, souhaitable de privilégier l'implantation d'établissements de taille moyenne (80 à 100 lits) dans des zones urbaines.

## **II. – *Le problème de personnel n'est pas résolu.***

Deux problèmes majeurs se posent concernant le personnel paramédical, et plus précisément les infirmières : l'insuffisance des effectifs, d'une part, et des créations de postes d'autre part. Nous essaierons d'y trouver des solutions.

### **1. L'insuffisance des effectifs d'infirmières et d'aides soignants.**

#### **a) La situation.**

##### *– Les infirmières.*

Leur formation est assurée en trois ans pour se conformer à la norme européenne. A partir de 1972, un important effort de formation avait été accompli. Il répondait à deux objectifs :

– pourvoir de titulaires les postes « infirmiers » demeurés vacants faute de candidats ;

– faire face à l'augmentation des besoins résultant de l'humanisation des hôpitaux, du développement des techniques de pointe et de l'intensification des soins en liaison avec la diminution des durées de séjour.

Un rattrapage important ayant été réalisé sur ces deux points, une certaine stabilisation des effectifs d'infirmiers a ensuite été constatée car les recrutements massifs d'élèves effectués au cours du VII<sup>e</sup> Plan ont été modérés dès 1978.

Dès la parution du décret du 29 avril 1981, le ministre de la Santé, sur le rapport du directeur régional des Affaires sanitaires et sociales, a pu fixer les capacités de formation des écoles d'infirmiers de chaque région, ainsi que, pour chaque départe-

tement, le nombre maximal d'élèves pouvant être admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier/infirmière.

Ces mesures avaient été prises à la suite d'une enquête menée auprès des écoles et qui faisait apparaître un chômage concernant 12 % des élèves diplômés au début de l'année 1980, et d'une baisse spontanée des demandes d'entrée dans les écoles.

Les chiffres suivants font apparaître cette évolution :

- octobre 1975 : 52.689 dont 22.217 en première année de formation ;
- octobre 1978 : 53.156 dont 18.556 en première année de formation ;
- octobre 1980 : 48.030 dont 15.622 en première année de formation ;
- octobre 1981 : 44.654 dont 15.352 en première année de formation.

Diplômes :

- 1975 : 11.578 ;
- 1978 : 18.216 ;
- 1980 : 16.972 ;
- 1981 : 16.274.

- *Les infirmiers psychiatriques.*

Ils connaissent de graves difficultés de recrutement dans la plupart des départements.

La baisse du nombre d'élèves scolarisés est démontrée par les chiffres suivants :

Infirmiers psychiatriques :

- octobre 1976 : 4.887 en première année ;
- octobre 1978 : 3.556 en première année, 10.770 au total ;
- octobre 1980 : 2.240 en première année, 7.786 au total ;
- octobre 1981 : 2.353 en première année, 6.870 au total.

Diplômes :

- 1976 : 2.899 ;
- 1978 : 4.345 ;
- 1980 : 3.308 ;
- 1981 : 3.055.

*- Les aides soignants.*

Le nombre d'élèves, dont la formation est effectuée en dix mois, a également beaucoup baissé ces dernières années, bien qu'aucun contingentement ne soit fixé par l'Etat, ce qui démontre le caractère spontané de la baisse de scolarisation paramédicale.

Aides soignants :

- octobre 1976 : 12.659 élèves ;
- octobre 1978 : 12.586 élèves ;
- octobre 1980 : 9.341 élèves.

Certificats :

- 1976 : 12.715 ;
- 1978 : 11.087 ;
- 1980 : 10.407.

Cette baisse des effectifs en formation, qui n'est redressée qu'avec lenteur et difficulté, paraît contradictoire avec la pénurie qui existe actuellement dans la plupart des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

**b) Les motifs de l'insuffisance des effectifs.**

*- L'abaissement des horaires de travail à 39 heures et l'institution de la cinquième semaine de congés payés ont été insuffisamment compensés par des créations d'emplois (4.000 seulement). Le Ministère a cru trouver une solution dans un nouveau mode de « chevauchement » des horaires. Mais le palliatif est manifestement insuffisant et s'effectue au détriment des personnes hébergées et du personnel lui-même. La pénurie de personnel est telle, surtout dans les établissements et les services réservés aux personnes âgées, que la réduction d'une heure de travail seulement aboutit à accroître les contraintes des équipes et à aggraver les conditions de vie des personnes soignées. La surcharge de travail qui en résulte entraîne un surcroît d'absentéisme évalué actuellement à 10 %.*

*- Une insuffisante mobilité.*

Le secteur des personnes âgées intéresse peu les personnels paramédicaux qui ne le choisissent pas à la sortie des écoles et leur préfère l'hôpital.

Il faut rappeler, à ce propos, que la durée de la vie professionnelle d'une infirmière varie entre cinq et six ans et qu'il y a peu de chances que la jeune infirmière évolue dans une si courte

période et choisisse délibérément les soins aux personnes âgées qui ne peuvent attirer qu'un personnel ayant suffisamment «mûri». La carrière d'une infirmière peut se dérouler dans divers établissements mais rares sont celles qui se consacrent aux personnes âgées.

*- Le blocage des créations de postes.*

Les effectifs des personnels se heurtent au double verrou du budget de la Sécurité sociale et de l'enveloppe budgétaire de chaque établissement. La baisse des effectifs en formation tient donc en grande partie à la stagnation des créations d'emplois salariés ainsi que des installations à titre libéral.

Les mesures d'austérité prévues pour assurer l'équilibre du budget de la Sécurité sociale ne nous permettent pas d'augurer favorablement en ce qui concerne les créations de postes. Les 4.000 postes dégagés pour le budget de 1983 étaient déjà notablement insuffisants. Il ne semble pas que le mouvement doive s'inverser et donc, en conséquence, que les effectifs en formation puissent augmenter sensiblement, sous peine de se heurter à un chômage qui ne saurait être admis à l'heure actuelle.

## **2. Les solutions proposées.**

### **a) La promotion interne.**

Elle existe déjà à l'Aide sociale et à l'Assistance publique de Paris, qui assurent la formation d'aides soignantes qui deviennent ainsi infirmières. Des concours internes sont organisés mais pourraient être améliorés car les épreuves ne sont pas adaptées à la situation particulière des aides soignants. Ceux-ci n'ont pas besoin d'effectuer autant de stages pratiques que les élèves infirmiers venant de l'extérieur. En revanche, la formation devrait mettre davantage l'accent sur les épreuves de culture générale. L'Assistance publique de Paris a fait un effort important dans ce domaine et le niveau de recrutement des aides soignants est bien meilleur actuellement.

Il faut souligner que les aides soignants en tant que tels peuvent effectuer certains actes sous le contrôle d'une infirmière. De même la pénurie d'aides soignants a entraîné le recours à des agents de services hospitaliers pour effectuer des tâches relevant de la fonction d'aide soignant. Il a, d'ailleurs, été récemment admis par une circulaire du 6 janvier 1982 que l'ancienneté requise d'un agent de service hospitalier qui a effectivement

exercé de telles fonctions peut être réduite de trois à deux ans dans certains cas. Il paraît cependant dangereux d'aller trop loin dans cette voie. Autant nous sommes favorables à la promotion interne, autant nous mettons en garde le Gouvernement contre la facilité qui consiste en des remplacements de moindre qualité.

**b) La formation.**

La formation des personnels paramédicaux devrait les sensibiliser davantage aux problèmes de la gériatrie.

Le programme de formation des aides soignants a déjà été modifié en ce sens ; les possibilités de stage en gériatrie et en psychiatrie ont été étendues à quatre semaines au moins dans le premier secteur et à deux semaines dans le second.

Il serait cependant nécessaire d'aller plus loin et d'approfondir davantage la formation gérontologique des infirmières sans pour autant créer des formations spécifiques qui n'auraient pour effet que d'entraver une mobilité déjà insuffisante.

**c) La révision des critères pris en compte pour déterminer les besoins en infirmiers et l'admission dans les écoles d'infirmiers.**

Ces critères sont actuellement :

- l'importance, la densité, l'âge moyen, la répartition géographique ainsi que les facteurs de morbidité de la population de la région ;

- le nombre des infirmiers en exercice dans la région, leur répartition géographique et leur densité par rapport aux différents groupes de population ;

- les capacités de formation des écoles d'infirmiers de la région.

Ces critères généraux ont pour but d'établir une proportion entre les besoins de la population et le nombre d'infirmiers. Cette proportion est cependant difficile à établir car les études durent trois ans et des décalages importants peuvent se produire entre l'entrée dans les écoles et l'obtention du diplôme. Le *numerus clausus* fixé à l'entrée peut se révéler insuffisant ou trop important trois ans après.

Il serait intéressant de fixer une proportion entre le nombre de lits dans les hôpitaux et le nombre d'infirmières que ces hôpitaux devraient former. Le taux d'occupation des lits devrait, également, être pris en considération.

Il faudrait aussi prévoir que sur le nombre d'infirmières ainsi formées par chaque hôpital, une certaine proportion soit affectée à l'extérieur et ne reste pas en poste dans l'hôpital « d'origine ». Cela permettrait ainsi aux établissements ne dispensant pas de formation de bénéficier de l'accroissement du nombre d'infirmières et nous pensons spécialement aux établissements hébergeant les personnes âgées.

**d) Une aide financière accrue aux familles.**

Il y a actuellement une différence trop sensible de situation entre les personnes qui entrent dans des établissements d'invalides et celles qui restent à leur domicile. Les premières sont le plus souvent prises presque entièrement en charge par la Sécurité sociale, donc par la société, alors que les secondes assument seules avec leur famille la charge financière importante que représente le maintien à domicile d'un invalide.

Il semblerait donc équitable, tant que les capacités d'accueil pour invalides ne se sont pas améliorées, de verser aux familles, qui gardent chez elles un parent ayant perdu toute autonomie, une compensation financière. Cette compensation pourrait s'élever à 2.000 F par mois. Elle soulagerait les familles qui se dévouent ainsi sans aide et serait, en tout état de cause, moins lourde à supporter que l'augmentation d'effectifs médicaux et paramédicaux qu'exigerait la prise en charge de toutes les personnes âgées invalides.

**e) Le redéploiement des postes à l'intérieur des hôpitaux.**

Il convient de signaler que si des créations de postes semblent nécessaires dans tous les établissements visités par notre Commission, un certain « redéploiement » des postes existants ne devrait pas être négligé.

Il nous a semblé, en effet, que dans les hôpitaux, les services d'accueil des personnes âgées étaient particulièrement dépourvus de personnel paramédical. Il nous a d'ailleurs été confirmé, au cours d'entretiens que nous avons eus notamment à Lille, que les directions des hôpitaux avaient souvent tendance à privilégier les « services-vitrine » au détriment des services ouverts aux personnes âgées. Dans certains établissements, il y aurait donc moins une pénurie réelle de personnels qu'une affectation préférentielle à d'autres services que la gériatrie.

**f) Passer des contrats de cinq ans minimum avec le personnel infirmier.**

Ainsi qu'il a été dit précédemment, la durée moyenne de la carrière d'une infirmière est assez courte et rend donc peu productive la longue formation qui lui a été imposée. De plus, ce personnel est, pour des raisons diverses et sans qu'il faille donner à ces mots un sens péjoratif, peu stable. Afin de rentabiliser la période de formation professionnelle et de maintenir le personnel infirmier au sein des établissements publics, il serait bon qu'à la sortie des écoles, l'administration passe avec les nouvelles infirmières des contrats d'une durée suffisante, soit cinq ans. Cette mesure, analogue à celles qui existent déjà pour les élèves sortant de la plupart des grandes écoles, permettrait d'éviter une hémorragie immédiate vers le secteur privé et de stabiliser les effectifs.

Le compte rendu suivant des visites et des auditions auxquelles la Commission a procédé, illustre les traits généraux qui viennent d'être indiqués.

**3. Le compte rendu des visites et des auditions.**

**a) Les visites.**

Au *centre de gérontologie de Sarcelles*, le directeur du centre et le directeur du bureau d'aide sociale de Paris ont souligné les conséquences provoquées par l'élévation de l'âge moyen des pensionnaires. Ainsi, l'augmentation du nombre des invalides n'a pas entraîné une augmentation corrélative du nombre d'infirmières et d'aides soignantes. De même la réduction du temps de travail n'a pas donné lieu à une augmentation des effectifs.

Ainsi le bureau d'aide sociale de Paris a demandé, pour le centre de gérontologie, la création en 1982 de trois postes d'infirmières et de 16 postes d'aides soignantes. Ces créations de postes ont été refusées en 1982 puis en 1983, au risque de nuire à la qualité des soins dispensés par le centre et en dépit de la surcharge de travail qui pèse sur l'ensemble du personnel.

A *Versailles, la maison de retraite Despagne*, dont les travaux de rénovation ont été achevés en septembre 1982, reste vide par manque de personnel.

Le simple fait d'humaniser les structures existantes sans créer de lits appelle une augmentation de personnel, en l'occurrence

treize postes. Il en est ainsi lorsqu'un dortoir est transformé en chambres à deux ou quatre lits. En outre, la création de lits nouveaux à Versailles rend nécessaire une création de 18 postes. 31 postes supplémentaires seraient donc nécessaires.

Une solution partielle avait été imaginée par la direction de l'hôpital qui avait procédé à plusieurs déplacements de postes et d'emplois. Cependant, la création d'un minimum de 12 postes s'est avérée nécessaire et n'a pas été satisfaite. La maison de retraite Despagne ne peut donc pas s'ouvrir, le personnel refusant, et il faut le comprendre, de trop lourdes charges de travail supplémentaire.

Les personnes âgées restent donc encore soit dans des établissements extérieurs comme Saint-Cyr, soit dans la partie ancienne de l'hôpital Richaud en salle commune ou en chambres boxées, dans de médiocres conditions de confort.

De même, l'augmentation du nombre de lits de personnes âgées, en unité de long séjour au centre hospitalier de Versailles, demanderait la création de postes médicaux.

*A l'hospice Barbieux de Roubaix.* l'élévation de l'âge moyen des pensionnaires entraîne des soins infirmiers quotidiens plus importants et un temps moyen journalier de nursing plus long (de quarante-deux à cinquante-six minutes).

*L'hospice général de Lille* souffre d'un manque de personnel qui l'empêche d'ouvrir une quarantaine de lits environ. Cette pénurie tient en partie au fait que la direction a tendance à privilégier les « services-vitrine » au détriment des services ouverts aux personnes âgées. Ainsi, en 1981, le C.H.R. de Lille avait obtenu le personnel nécessaire au fonctionnement du service pour personnes âgées mais il a préféré en affecter une partie à d'autres services.

De plus, le sous-encadrement du personnel dans les services de gériatrie est accentué par le fait que les directions privilégient les autres services et que le personnel lui-même répugne à y être affecté. Selon le directeur régional des Affaires sanitaires et sociales pour le Nord - Pas-de-Calais, il arrive parfois que les hospices soient gérés et encadrés par des femmes de ménage.

De plus, de nombreux petits hospices n'ont pas encore de directeurs et l'on ne sait encore si la pénurie de personnel sera jugulée dans les années qui viennent. L'ouverture nécessaire de sections de cure médicale s'en trouve donc compromise.

Le directeur de *l'hospice de Cusset*, dans l'Allier, a rappelé l'insuffisance de personnel dont souffre son établissement puisque le rapport des effectifs employés au nombre de pensionnaires (0,14) est nettement inférieur à la moyenne nationale. Il en résulte

des problèmes de sécurité et de surveillance particulièrement aigus qui sont aggravés par le manque de qualification des personnels.

Les problèmes de personnel ont, par ailleurs, gravement hypothéqué la politique menée par le centre hospitalier de Vichy : un pavillon de 120 lits pour le moyen séjour a ouvert ses portes en juin 1980 ; un pavillon destiné au long séjour s'édifie depuis décembre 1981 et doit être terminé en mai 1983. Cependant le refus de l'autorité de tutelle de créer 29 postes supplémentaires, indispensables au fonctionnement du long séjour, va empêcher le deuxième pavillon d'ouvrir ses portes et de recevoir des vieillards qui sont actuellement hébergés dans des conditions plus que précaires. Cette création de 29 postes est, en effet, rendue nécessaire par la transformation de salles communes en chambres de un ou deux lits. Ainsi, alors que le centre hospitalier de Vichy a eu le mérite de prévoir des mesures en faveur des personnes âgées, cette volonté est cruellement mise en défaut par l'insuffisance de personnel. Son hospice vétuste devra donc continuer à fonctionner tant que le nouveau pavillon de long séjour ne sera pas en mesure d'ouvrir ses portes.

Quant à la *maison de retraite « Entraide Mutuelle » de Moulins* gérée par l'Union de la mutualité agricole de l'Allier, l'insuffisance de son personnel est due à l'application de la réduction du temps de travail, puisque aucun emploi nouveau n'a pu être créé pour la compenser.

Dans la partie de la *maison de Nanterre* réservée à l'hébergement des personnes âgées, des besoins en personnel existent aussi. Pour la section de cure médicale de l'hospice, il apparaît urgent de recruter une dizaine d'infirmières et une vingtaine d'aides soignantes. Des besoins sont également ressentis pour le long séjour à l'hôpital, comme pour l'ensemble des services hospitaliers d'ailleurs. Pour remédier à ce manque de personnel des palliatifs sont souvent utilisés : agents hospitaliers employés comme aides soignantes, aides soignantes comme infirmières et parfois même utilisation d'hébergés dans des tâches diverses.

Or, en 1981 et 1982, aucune création de poste n'a été autorisée. La sécurité des personnes âgées, leur confort, le respect de leur dignité rendent nécessaire un personnel en nombre suffisant et bien formé. Un effort devrait donc être consenti en ce sens.

A la *Fondation Cousin de Méricourt* de Cachan, les problèmes de personnel sont également importants.

La vocation originelle de la *Fondation Cousin de Méricourt* est de recevoir des personnes qui ont perdu toute autonomie, et qui sont soit semi-valides soit invalides. La proportion d'invalides

pourrait être des deux tiers de la capacité d'hébergement de la maison.

Cela implique un personnel paramédical et médical très important. Or, très vite après l'ouverture de la Fondation, des problèmes numériques se sont posés.

*La pénurie la plus grave concerne les infirmières et ce à deux niveaux :*

● *La Fondation Cousin de Méricourt rencontre des difficultés dans le recrutement des infirmières.*

Au 1<sup>er</sup> avril 1983, en ce qui concerne les infirmières :

- les cadres budgétaires sont de 29 ;
- les cadres réels sont de 21 plus 5 intérimaires.

Depuis le mois de juillet 1982, les présences d'infirmiers intérimaires ont été les suivantes :

*Juillet 1982 :*

- 9 infirmiers intérimaires présents, dont 3 affectés à l'équipe de garde (15 h - 23 h) et 6 affectés à l'équipe de veille (23 h - 7 h).

*Septembre 1982 :*

- 1 infirmier intérimaire de garde.

*Octobre 1982 :*

- 9 infirmiers intérimaires dont 4 de garde et 5 de veille.

*Novembre 1982 :*

- 11 infirmiers intérimaires dont 8 de garde et 3 de veille.

*Décembre 1982 :*

- 9 infirmiers intérimaires dont 6 de garde et 3 de veille.

*Janvier 1983 :*

- 15 infirmiers intérimaires dont 5 de garde et 10 de veille.

*Février 1983 :*

- 8 infirmiers intérimaires dont 2 de garde et 6 de veille.

*Mars 1983 :*

- 5 infirmiers intérimaires dont 1 de garde et 4 de veille.

La surcharge de travail qui en résulte pour le personnel nuit au climat qui règne dans la Fondation, et à terme peut peser sur la sécurité des personnes hébergées.

Cette pénurie de personnel pourrait contraindre à modifier les conditions d'admission des personnes âgées invalides.



des écoles d'infirmières elles-mêmes et ces contingents sont en diminution.

Ainsi, pour la promotion 1977, la base d'entrée fixée en 1974 était de 4.000 élèves.

Lors de la visite effectuée par la Commission de contrôle à Nice, le représentant de la D.D.A.S.S. a fait remarquer que, sur des quatre écoles du département des Alpes-Maritimes, une chute de 23,6 % de l'ensemble des effectifs avait pu être constatée depuis 1980.

Enfin, les membres du conseil d'administration de la *maison de retraite d'Avanne*, près de Besançon, ont évoqué les problèmes de personnel qui se posaient à eux :

- La pénurie de personnel médical a été soulignée en premier lieu. Une demande de création d'un deuxième poste de médecin n'a toujours pas été satisfaite. Cet établissement, qui comporte 164 lits de long séjour et 158 lits de maison de retraite - section de cure médicale -, fonctionne avec un médecin-chef et trois internes seulement, dont deux faisant fonction.

- Les difficultés de recrutement d'infirmières ont également été évoquées. Il n'y a pas de *numerus clausus* dans les écoles mais le nombre d'élèves reçues est lié aux créations de postes. De plus, dans le département du Doubs comme partout ailleurs, la durée de la vie professionnelle d'une infirmière n'est que de cinq ans, l'absentéisme est fréquent et le personnel infirmier délaisse les établissements gériatriques au profit de l'hôpital.

Il faut signaler également que, dans le département du Doubs, le nouvel établissement de Blamont, qui doit se substituer à l'ancien hospice, n'est toujours pas ouvert, bien que terminé depuis deux ans, faute de personnel. Or la décision administrative de créer les 28 postes nécessaires à son fonctionnement n'est toujours pas intervenue.

#### **b) Les auditions.**

Selon *M. Beck*, *premier président honoraire de la Cour des comptes*, les problèmes de personnel doivent être étudiés à la lumière :

- *d'un fort accroissement du nombre des personnes âgées.* Entre 1954 et 1975, leur nombre a crû de 50 % et la tranche d'âge des « plus de 85 ans » a été multipliée par trois. Pour ne citer qu'un exemple, à Cachan, sur 400 personnes, la moyenne d'âge est de 88 ans. Cette moyenne d'âge élevée explique la grande dépendance de la plupart des pensionnaires. Or, à cette augmentation de la dépendance correspond une diminution du personnel :

- *d'une baisse dans le recrutement des infirmières.* Les écoles ne « font pas le plein » en raison du contingentement fixé à leur entrée par le Gouvernement. En outre, plus de la moitié des infirmières formées s'engagent ailleurs qu'au B.A.S. ou à l'Assistance publique. Enfin, la durée de la vie professionnelle d'une infirmière est relativement courte. Elle est de cinq ans à Paris et de six ans en province ;

- *de l'importance du personnel qui est nécessaire aux besoins d'un invalide.* La D.D.A.S.S. peut fixer la proportion à 0,5 par lit et le conseil du B.A.S. peut la porter à 0,7. Il peut y avoir une distorsion entre les deux taux et donc entre les prix de journée. Or, la différence est supportée par les malades ou les collectivités locales ;

- *des congés d'un personnel très largement féminin venant d'outre-mer et ayant donc droit à de longues vacances posent également des problèmes de gestion.* Pour avoir un service continu sur un poste, il faut prévoir quatre emplois.

M. Beck, après avoir souligné les différents aspects de ce problème de personnel, a cité en exemple l'hôpital Broca qui est, selon lui, en 1983, l'établissement modèle, mais dont une des dix sections qu'il comporte ne fonctionne pas encore en raison du manque de personnel infirmier.

M. Avelin, directeur de la Caisse nationale des professions libérales, a souligné les difficultés de recrutement du personnel pour faire fonctionner les maisons de retraite dépendant de sa caisse, en particulier pour effectuer les gardes de nuit.

M. Le Vert, président de la F.E.H.A.P. (Fédération des établissements d'hospitalisation), a signalé le problème de l'insuffisance et du manque de qualification du personnel. A 100.000 F et sur 10 aides soignantes, 4 seulement sont diplômées en raison du faible niveau financier du fonds d'assurance-formation. Quant aux infirmières, elles ont une situation très inégale d'une région à l'autre et ont une rémunération plus faible quand elles travaillent dans une maison de retraite plutôt que dans un établissement hospitalier.

M. Henrard, conseiller technique auprès du secrétaire d'Etat chargé des Personnes âgées, a mis l'accent sur l'insuffisance des créations de postes et la mauvaise répartition régionale des infirmières. Il a indiqué qu'il y avait des infirmières au chômage dans le Midi alors que dans les régions Nord, Champagne et Ardennes, il n'y a aucun candidat pour pourvoir les postes vacants. Il a signalé, également, que des formations spécifiques étaient dispensées dans le domaine de la gériatrie et que, dans certaines villes, grâce à des équipes thérapeutiques très dynamiques, la gériatrie était choisie en premier par plusieurs candidats aux postes à pourvoir.

Selon *M. Daniel Benoist, secrétaire d'Etat auprès du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale (Personnes âgées)*, trois personnes sont nécessaires pour s'occuper d'une personne âgée ayant perdu toute autonomie.

Il a reconnu qu'un effort suffisant n'avait pas encore été réalisé en matière de personnel puisque plusieurs établissements neufs étaient inoccupés par manque de personnel alors que les personnes âgées étaient encore hébergées dans des dortoirs ou des salles communes.

Les problèmes résultent, selon lui, de la formation des personnels et de l'allongement des études d'infirmières survenu à la suite d'un alignement sur les normes européennes. Il a déclaré son intention d'instituer une formation spéciale d'une durée de trois ans pour les personnels qui s'occuperont des grands vieillards.

### **III. – *Une trop grande rigidité résulte de la séparation entre les secteurs sanitaire et social.***

#### **I. La coordination lors de la création d'établissements reste difficile à mettre en œuvre.**

##### **a) Les principes.**

###### *– Etablissements relevant du secteur social.*

Le dernier alinéa de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 rappelle expressément cette séparation en précisant que les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 ne s'appliquent pas aux établissements sociaux ou médico-sociaux ; les demandes de création, d'extension de ces établissements ou d'ouverture d'une section de cure médicale sont soumises à l'avis motivé des commissions régionales ou de la Commission nationale des institutions sociales ou médico-sociales, les créations ou extensions d'établissements privés étant subordonnées à l'autorisation du préfet, ou du ministre le cas échéant.

###### *– Etablissements relevant du secteur sanitaire.*

La création d'établissements de court, moyen ou long séjour

est agréée par arrêté préfectoral. Les établissements doivent répondre à des normes fixées par décret et satisfaire aux besoins définis par la carte sanitaire. Ces conditions, en ce qui concerne les établissements privés, sont appréciées par les commissions régionales de l'hospitalisation.

**b) L'harmonisation de ces procédures est inexistante à l'heure actuelle.**

- Du fait même de la séparation du champ de leurs compétences, aucune commission, qu'elle soit sanitaire ou sociale, ne possède une vue d'ensemble des équipements hébergeant des personnes âgées.

- Dans le domaine sanitaire, il existe une planification traduite par l'établissement de cartes sanitaires qui déterminent pour chaque région un indice fixant le nombre de lits nécessaires pour une population donnée. D'une part, cette carte n'existe pas pour les équipements de long séjour : lors des demandes de création ou d'extension de ces établissements, les autorités ou les commissions consultées ne disposent donc pas d'outil leur permettant d'évaluer les besoins réels. A l'heure actuelle, les instructions ministérielles recommandent que les transformations des hospices ne donnent lieu qu'exceptionnellement à la création de lits de long séjour. On peut se demander sur quelles bases statistiques se fondent ces recommandations, étant donné qu'il n'existe pas d'outil de planification. D'autre part, les principes mêmes de la carte sanitaire peuvent être critiquables. Etablie par l'administration centrale, elle laisse peu de place aux initiatives locales. Elle risque de figer une situation en créant des droits pour les promoteurs éventuels et en fixant des besoins en équipements catégorie par catégorie, d'empêcher la création de structures adaptables ou substituables.

Enfin, cette carte sanitaire est inadaptée, parce qu'elle ne concerne que le seul secteur sanitaire. Les commissions régionales des institutions sociales ou médico-sociales ne possèdent pas un tel outil de planification pour fonder leur avis lors des demandes de création ou d'extension d'établissements hébergeant les personnes âgées. Il n'existe pas de carte répertoriant l'ensemble des équipements.

La circulaire du 7 avril 1982 recommande l'instauration d'un plan gérontologique départemental, dans chaque département, et ce avant le 1<sup>er</sup> juin 1983. Cet outil se veut descriptif et quantitatif : il rassemblera des données démographiques, des éléments statistiques sur *l'ensemble* des établissements et des services pour personnes âgées. Il fera également le bilan de la coordination départementale et locale sur les ouvertures, les extensions et les

fermetures d'établissements. Ce plan sera actualisé annuellement. Soumis pour consultation au C.O.D.E.R.P.A. (Comité départemental des retraités et personnes âgées, créé par la même circulaire) et approuvé par le conseil général, il doit permettre d'apprécier les besoins, dans le cadre d'une complémentarité, entre les secteurs sanitaire et social.

Outre que ces plans sont seulement en cours d'élaboration, ils ne permettent pas d'établir une parfaite coordination. Comme le soulignait votre Rapporteur dans l'avis sur le projet de loi de finances pour 1983, la dualité des commissions sociales et sanitaires subsiste et il n'est pas prévu de consulter la commission régionale d'hospitalisation, chargée de la coordination des établissements de long séjour.

Or, la nécessité d'une planification souple, prenant en compte l'ensemble des équipements collectifs et des services pour personnes âgées est d'autant plus impérieuse au niveau local que les projets de loi relatifs à la décentralisation vont conférer, en ce domaine, des pouvoirs accrus aux élus locaux.

## **2. L'organisation des établissements, leur mode de vie renforcent la séparation du sanitaire et du social.**

En ce qui concerne les établissements de long et moyen séjour, l'espace et le mode de vie sont organisés selon des critères thérapeutiques et médicaux dans le même esprit que des services de médecine ou de chirurgie. Le rythme de vie est un rythme propre à l'hôpital avec ce qu'il impose comme contraintes fonctionnelles : des horaires très particuliers et rigides, un cadre de vie aseptisé, stéréotypé, des chambres impersonnelles.

Si ces conditions de vie sont supportables, lors d'un court séjour à l'hôpital, elles deviennent plus contraignantes, voire inadaptées pour les personnes âgées hébergées dans des établissements de long ou moyen séjour. La rupture avec les conditions de vie antérieures est trop forte et définitive. Tout le monde s'accorde à reconnaître que c'est un facteur de grabatisation des personnes âgées.

« Dans les services de long séjour, la dominante hospitalière est, par la force des choses, omniprésente. Les chambres blanches, ripolinées, sans tableaux et sans photographies accrochés aux murs, donnent une impression de clinique. C'est faire supporter de plein fouet le choc de la modernité au groupe le plus fragile de la population, accoutumé, pour une large part, à un habitat moins confortable, mais plus personnalisé » (1).

(1) Extrait du Rapport Massé sur les « Personnes âgées » (1977).

Au contraire, les maisons de retraite, de taille plus réduite et mieux implantées géographiquement, reconstituent un cadre de vie adapté aux personnes âgées. Mais certaines s'adaptent mal à la part d'autonomie progressive des personnes qu'elles ont accueillies valides : les structures architecturales (chambres, largeur des portes, escaliers...) sont difficilement modifiables dans certains cas.

De plus, le passage d'un secteur à l'autre est souvent difficile. Il peut s'avérer nécessaire qu'une personne hébergée en maison de retraite ait besoin d'aller séjourner en établissement hospitalier pour bénéficier de soins thérapeutiques ou médicaux plus intensifs, ou en moyen séjour, pour une cure de réadaptation fonctionnelle. Mais bien souvent alors se pose le problème de l'occupation de son lit en maison de retraite ou de la réservation de sa place. A l'inverse, à l'issue d'un séjour en service de médecine aiguë, il pourrait être souhaitable, dans le cadre d'un traitement thérapeutique, qu'une personne puisse être hébergée dans une maison de retraite ayant une section de cure médicale. Or, à l'heure actuelle, l'admission directe en section de cure d'une personne n'ayant pas « vieilli » auparavant dans la maison de retraite n'est pas toujours aisée !

Pour éviter ces transferts, trop souvent synonymes de rupture pour les personnes âgées qui les subissent, il pourrait être envisagé, par la voie des conventions, d'autoriser des maisons de retraite relevant du secteur social à créer des « maisons médicales » comprenant des services de gériatrie de moyen et de long séjour. C'est ainsi que le centre de gérontologie, à Sarcelles, est composé d'une part d'une maison de retraite avec section de cure médicale (agrément en mars 1983 pour 35,18 % de la capacité totale d'hébergement), et, d'autre part, d'une maison médicale qui regroupe deux services, l'un de « médecine aiguë » d'une capacité de 30 lits, et l'autre de « médecine de moyen séjour » (25 lits). La Sécurité sociale couvre intégralement les prix de journée, fixés par arrêté préfectoral, et assure une prise en charge de vingt jours pour le service de « médecine aiguë », et de trente à quatre-vingts jours maximum pour le moyen séjour.

De telles solutions pourraient être généralisées, car elles atténuent les conséquences négatives de la séparation entre le secteur sanitaire et social.

#### **IV. – *L'insuffisante harmonisation des divers modes de tarification.***

##### **1. Les régimes financiers sont encore caractérisés par leur très grande hétérogénéité.**

###### **a) Historique.**

Pour l'essentiel, la séparation entre le secteur sanitaire et social explique les disparités entre les modes de tarification pratiqués dans les différents établissements hébergeant les personnes âgées :

– les établissements relevant du secteur sanitaire, conçus dans la mouvance hospitalière, pratiquaient des prix de journée entièrement pris en charge par les régimes d'assurance maladie au-delà du trentième jour d'hospitalisation ;

– les établissements sociaux étant conçus comme des domiciles de substitution pour ceux qui, en raison de leur handicap, avaient besoin d'une protection particulière, les personnes qui y étaient hébergées supportaient l'intégralité des frais. La famille ou l'aide sociale pouvaient intervenir. Le recours à l'aide sociale impliquait la retenue de 90 % de l'ensemble des ressources de l'intéressé, à concurrence du prix de journée, et la récupération sur succession.

Comme votre Commission le rappelle au début de son rapport, plusieurs lois ont atténué cette stricte séparation, au plan financier. D'une part, la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales autorise les maisons de retraite à ouvrir des sections de cure médicale, dont le forfait-soins correspondant serait pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Il était donc par là admis que les établissements sociaux ne remplissaient pas une seule fonction d'hébergement. Etant donné le vieillissement de la population qu'ils accueillaient, il leur devenait nécessaire de pouvoir dispenser des soins.

D'autre part, la loi du 4 janvier 1978 posait le principe d'une double tarification dans les établissements ou unités de long séjour (secteur sanitaire). Ces derniers étant en quelque sorte, pour les personnes hébergées, leur « dernier domicile », il était alors

possible de déterminer un forfait-soins, couvert par les régimes d'assurance maladie, distinct de la fonction hébergement qui reste à la charge de la personne âgée.

**b) Mais les modes de tarification sont encore trop diversifiés.**

Pratiquement à chaque type d'établissement correspond un certain mode de tarification et de prise en charge.

*- Secteur social.*

- *Hospice* : aucune prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Les frais sont supportés par la personne hébergée, sa famille, ou bien encore l'aide sociale. La Commission a pu constater, au cours de ses visites, que, dans certains hospices, les prix pratiqués étaient très élevés malgré des conditions d'hébergement déplorables.

*- Maison de retraite avec section de cure médicale.*

● Hébergement en section de cure médicale :

- forfait-soins : il est couvert par le régime d'assurance maladie. Le montant accordé constitue une participation à la rémunération des médecins, du personnel infirmier et paramédical, au prix des médicaments et petits équipements médicaux. Ce montant est fixé en fonction du budget. Il varie donc d'un établissement à l'autre, dans la limite d'un plafond fixé par circulaire ministérielle. En 1983 : *plafond* : 79 F, mais il est possible de dépasser ce plafond ;

- forfait-hébergement : il est à la charge de la personne accueillie.

● Hébergement en dehors de la section de cure médicale :

- prix de journée à la charge de la personne accueillie ;  
- forfait-soins couvert par les régimes d'assurance maladie, pour les petits soins courants et les médicaments utilisés  
1983 : 10,70 F.

*- Maison de retraite sans section de cure médicale.*

- le prix de journée est à la charge des personnes hébergées, avec intervention de l'aide sociale ;

- il est souvent établi un prix de journée pour valides et un prix de journée pour invalides.

- *Secteur sanitaire.*

- *Unité ou établissement de long séjour :*

- forfait-soins : versement *uniforme* par les régimes d'assurance maladie pour couvrir les frais de médecins, de personnel infirmier, paramédical, produits pharmaceutiques, appareils médicaux... Pour 1983 : *forfait-soins* : 131,30 F.

- forfait-hébergement : il est payé par la personne âgée ou par sa famille. Il est souvent élevé, à cause de la modernisation des bâtiments, de l'augmentation des effectifs...

- *Unité de moyen séjour ou de médecine :*

- prise en charge à 100 % par les régimes d'assurance maladie au bout du trentième jour d'hospitalisation. Seuls, les revenus sociaux du malade sont amputés des trois cinquièmes.

- *Hôpital psychiatrique* : les régimes d'assurance maladie prennent en charge les personnes hébergées à 100 %.

**c) Ces disparités financières pèsent sur les choix des personnes et sur la qualité des soins dispensés dans les différents établissements.**

D'une part, il est certain que nombre « d'hébergements indus », phénomène que votre Commission rappellera plus loin, résultent de ces disparités financières. Il est ainsi moins onéreux pour la personne hébergée et donc pour sa famille d'obtenir une hospitalisation dans un service de médecine, à l'extrême dans un établissement psychiatrique, que dans une maison de retraite avec section de cure médicale.

De là résultent des inégalités flagrantes : selon le type d'établissement d'accueil, des personnes présentant les mêmes problèmes de dépendance ou médicaux supporteront des charges financières très différentes.

D'autre part, ce mode de tarification nuit dans une certaine mesure à la qualité des soins dispensés.

Certains services de médecine sont encombrés par des personnes qui ne relèvent plus de leur compétence au strict point de vue médical. Elles ne bénéficient pas des soins de maternage dont elles pourraient avoir besoin. Elles occupent des lits de médecine, et entraînent un surcroît de travail pour le personnel infirmier et paramédical.

Mais surtout, les règles très strictes qui s'appliquent aux maisons de retraite dotées d'une section de cure médicale nuisent à la qualité des soins qu'elles dispensent.

Le plafond, en ce qui concerne ce forfait de cure médicale, ne permet pas de prendre en charge toutes les dépenses de maternage dont les personnes hébergées auraient besoin. Il n'autorise pas l'embauche des effectifs d'aides soignantes et d'agents hospitaliers nécessaires. Les maisons de retraite avec section de cure médicale ne peuvent donc pas prendre en charge les « dépendants lourds ».

Dans certains cas, une partie des dépenses correspondant aux soins médicaux ou de nursing sont incluses dans le forfait-hébergement.

Cette contrainte financière renforce l'orientation des personnes âgées « très dépendantes » vers des structures hospitalières « unités de long séjour », alors qu'elles ont besoin plus de soins de « nursing » que d'une assistance « surmédicalisée ».

## **2. Des solutions souples existent qui permettraient d'aboutir à une certaine neutralité financière.**

« Neutralité financière » signifie que le choix de l'établissement pour une personne âgée doit être fondé uniquement sur la prise en compte de ses besoins et sur l'estimation de son degré de dépendance. L'orientation sur tel établissement plutôt que sur tel autre ne doit pas dépendre de seules contraintes financières.

Les solutions souples prévues par certains textes doivent être utilisées. Le décret n° 78-848 du 29 mars 1978 fixe le principe d'un forfait-soins en section de cure médicale. Il prévoit par ailleurs la procédure permettant aux maisons de retraite de percevoir un forfait-soins supérieur au plafond fixé par circulaire ministérielle. Or, à l'heure actuelle, cette procédure dérogatoire reste peu utilisée car elle est très lourde. Elle impose une étude très précise sur l'état de dépendance des différentes personnes âgées hébergées, la ventilation des activités des aides soignantes, dans le cadre du maternage ou du ménage... afin de justifier de besoins réels autorisant un dépassement du plafond.

Il est apparu à la Commission que beaucoup de directeurs de maisons de retraites, soit par manque d'information, soit découragés par la lenteur de la procédure renoncent à demander cette dérogation.

Or, étant donné l'évolution des personnes hébergées, il est essentiel que les établissements relevant du secteur social puissent bénéficier de modes de tarification souples.

D'une part, il faut renoncer à fixer des normes plafond aux

capacités d'accueil des sections de cure médicale. Les caisses régionales d'assurance maladie imposent encore souvent une capacité maximum égale à 25 % de l'ensemble des lits d'une maison de retraite. De plus, la Caisse nationale d'assurance vieillesse s'oppose encore à la médicalisation des foyers-logements, en imposant le remboursement de sa subvention ou de son prêt lorsque l'établissement demande une section de cure médicale. Ces normes rigides inspirées par des motifs financiers ne répondent pas aux besoins réels, tels que la Commission de contrôle les a perçus au cours de ses visites. Les établissements doivent pouvoir ouvrir des sections de cure médicale dont les capacités soient définies en fonction de l'état de santé et de dépendance des personnes âgées qu'ils hébergent. La capacité d'accueil de ces sections doit pouvoir être modifiée au cours des années.

Il est d'autre part anormal que le plafond du forfait de section de cure médicale soit aussi faible par rapport au prix de journée en unité de long séjour (79 F contre 130 F pour 1983). Ce plafond doit pouvoir être dépassé, lorsque l'état des personnes hébergées dans l'établissement nécessite des soins de maternage importants et une surveillance médicale accrue. M. Henrard, au cours de son audition devant la Commission, a admis la nécessité, d'une part, d'introduire des procédures souples dans la détermination des forfaits de cure médicale, d'autre part, d'en augmenter sensiblement le plafond. Il est regrettable qu'aucune directive n'ait été prise en ce sens par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les caisses régionales déterminent elles-mêmes leurs critères d'intervention en fonction de leurs propres contraintes financières. Certaines refusent encore d'accorder des forfaits de cure médicale supérieurs au plafond fixé.

## B. - LES CHOIX DE L'ÉTAT RENFORCENT CETTE SITUATION DE BLOCAGE

Les mesures décidées à l'heure actuelle, tant sur un plan général, que portant plus particulièrement sur l'hébergement des personnes âgées, comportent des menaces pour l'avenir, car elles ne constituent que des solutions partielles. Etant donné nos contraintes budgétaires pour les prochaines années, elles imposeront à terme un arbitrage qui risque, pour des raisons financières, d'être rendu au détriment des personnes âgées dépendantes.

### I. - *Les limites de ce choix.*

#### 1. Les soins à domicile : solution heureuse : oui, panacée : non.

Le problème de l'hébergement des personnes âgées a suscité, depuis plusieurs années, une théorie préconisant au maximum le maintien à domicile, même dans le cas où les intéressés ont déjà perdu en grande partie leur indépendance.

Cette politique est une politique humanitaire. Elle part de données essentielles de la psychologie des intéressés, en cherchant à éviter à ceux-ci le déracinement. Rien n'est ressenti plus douloureusement à un âge déjà avancé, que d'être séparé totalement de ses habitudes, de ses meubles, de son environnement et de son voisinage où subsiste souvent un tissu d'amitiés.

Le transfert en milieu hospitalier, en hospice, en maison de retraite, est ressenti par beaucoup de vieillards comme une coupure totale avec les conditions de vie antérieures. Une grande partie d'entre eux ne peuvent se faire à un tel changement, et, bien souvent, on enregistre des décès quelque temps après l'abandon du domicile familial.

Telle est donc l'explication première de cette politique nouvelle qui veut que les personnes âgées soient - dans toute la

mesure du possible, et lorsqu'elles ne relèvent pas d'une médicalisation active - maintenues chez elles.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place avec un succès évident. Le service des aides ménagères fonctionne dans de nombreuses villes et il a donné des résultats probants. Il est vrai que, dans ce cas, les vieillards sont encore la plupart du temps valides et ont besoin d'une simple assistance pour des travaux de la vie journalière, tels que la bonne tenue de l'appartement et les courses courantes, données essentielles de la vie quotidienne.

#### **a) Une forme très indiquée.**

Mais, pour les soins à domicile, on aborde une étape déjà différente. Dans ce cas, les vieillards ont besoin d'un traitement médical léger mais régulier. Il est le plus souvent dispensé par une infirmière. Ce traitement relève un peu de l'habitude. Par contre, apparaît très vite le problème du « nursing », problème difficile et qui nécessite souvent plusieurs interventions quotidiennes chez la même personne.

Il n'empêche que, lorsque la formule demeure possible, le service des soins à domicile atteint ce résultat idéal : pouvoir laisser la personne âgée dans son cadre habituel et lui éviter un déracinement qu'elle appréhende.

Il est donc logique que, depuis trois ans environ, soient apparus à travers la France des services de soins à domicile qui, à l'instar des services d'aide ménagère, sont la plupart du temps mis en place par des associations du type de la loi de 1901 où le bénévolat a sa part, notamment en ce qui concerne les organisateurs et les responsables de l'association. A côté d'eux figure un personnel rémunéré : infirmières et aides soignantes.

Il paraîtrait normal que ces associations qui se fixent un but humanitaire et qui, par ailleurs, contribuent à régler un problème douloureux - celui du vieillissement -, obtiennent, de la part de tous, le maximum de compréhension, le maximum d'aide administrative et en définitive un appui constant à tous les niveaux.

#### **b) Les obstacles sont nombreux.**

Force est de constater que, malheureusement, il n'en est pas ainsi, et cela nous fixe déjà les limites de la formule. Les soins à domicile doivent être considérés comme une orientation extrêmement valable. Mais on ne saurait en aucun cas les considérer comme la solution universelle pour les questions d'hébergement des personnes âgées.

Telles sont les raisons qui inspirent la réserve lorsque l'on prend connaissance des déclarations officielles qui font porter l'accent uniquement sur une telle éventualité. Encore une fois nous ne pouvons que souhaiter le développement des soins à domicile et nous considérons qu'il s'agit d'une solution excellente. Par contre il serait extrêmement dangereux de vouloir faire admettre que la solution de toutes les difficultés se trouve dans la vulgarisation de la méthode. Cette méthode a ses limites et il serait regrettable de l'ignorer.

On serait alors conduit dans les années qui viennent et devant la poussée démographique des personnes âgées, à faire des analyses totalement erronées. On se trouverait très vite placé devant une situation qui, finalement, serait fortement dégradée.

Il faut donc s'interroger sur les limites de la formule : elles sont de plusieurs natures :

- *L'inadaptation administrative.*

On ne peut contester la force d'inertie inhérente à toute administration importante. Sans pour autant porter condamnation, il faut voir les réalités en face et savoir que toute modification profonde entraîne nécessairement, surtout au début, un phénomène, sinon de rejet, tout au moins de freinage à l'égard des solutions préconisées.

Telle est précisément la constatation que l'on peut faire en ce qui concerne les services de soins, lesquels bouleversent les habitudes acquises.

Encore une fois, la Commission de contrôle n'a pas pour objectif de porter un jugement de valeur et de s'attaquer à des organismes qui ont fait leurs preuves par ailleurs. Elle a cependant recueilli suffisamment d'éléments, d'abord dans la région Ile-de-France, puis même dans la région Franche-Comté, pour s'apercevoir que les esprits ne sont pas suffisamment préparés, à l'échelon des organismes administratifs concernés, pour arriver, du jour au lendemain, à faire passer dans la pratique le système des soins à domicile.

C'est ainsi que plusieurs présidents d'associations lui ont fait part des multiples difficultés qu'ils ont rencontrées pour faire admettre par des caisses d'assurance maladie, tout d'abord le principe puis la mise en pratique des services de soins à domicile. Cette mise en place passe par une convention qui doit être établie entre l'organisme maladie concerné - et quelquefois même plusieurs organismes - d'une part, et, d'autre part, les responsables de ces associations à but humanitaire.

Or, l'on constate un phénomène bien connu : celui de la dépendance dans laquelle se trouve l'administré, en l'espèce les responsables des associations, par rapport à la puissance publique représentée par les caisses.

- *Procédures interminables.*

Le dialogue engagé n'est pas un dialogue égalitaire et il est marqué de bout en bout par la notion de puissance publique : l'on pourrait même dire par la notion de hiérarchisation, où se placent souverainement les organismes d'assurance maladie.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les associations attendent quelquefois plusieurs mois, voire même une année pleine, avant que leurs propositions de conventionnement ne soient avalisées par les caisses intéressées ; et à supposer même que cet accord finisse par intervenir, des discussions s'engagent ensuite sur le nombre de prises en charge reconnues par les caisses. Il s'agit de tout un processus de démarches épuisantes et il n'est pas étonnant que l'essor de la formule ait été freiné de ce fait. Bien pis, lorsque le système est appelé à fonctionner enfin, les associations se voient le plus souvent opposer des retards extravagants, de l'ordre de plusieurs trimestres, avant d'obtenir le remboursement des dépenses qu'elles ont engagées et des soins qui ont été prodigués.

Alors qu'elles sont dans la nécessité de payer avec une scrupuleuse exactitude les employés comme les aides soignantes et les infirmières, les remboursements se font attendre longuement et la situation de trésorerie de telles associations frise bien souvent le désastre. Nombre d'entre elles ont été contraintes de faire appel à des avances bancaires qui, naturellement, obèrent les frais de gestion, alors que, fort heureusement, ceux-ci sont limités par le bénévolat des dirigeants.

Voici une *première limite*, et elle est d'importance.

- *L'obstacle financier.*

Une *deuxième limite* doit être trouvée dans le domaine financier, cela sans pour autant revenir sur les observations présentées ci-dessus, à partir des retards de remboursement.

Dans de tels services, l'homogénéité ne peut être la règle et pour intervenir dans un secteur de l'ordre de 40.000 habitants, il faut tabler, surtout en milieu rural, sur des déplacements. Or les taux de remboursement n'intègrent pas correctement ces frais de déplacement alors qu'il est cependant nécessaire d'en faire état et d'en tenir compte auprès du personnel soignant, faute de quoi celui-ci se découragera et n'acceptera pas de poursuivre sa tâche.

Certains vieillards obligent à deux ou même plusieurs interventions par jour. Les distances de l'un à l'autre peuvent être de plusieurs kilomètres. Il serait donc normal, si l'on veut voir se développer la formule, de tenir compte de ces frais généraux particulièrement significatifs. Or, tel n'est pas le cas la plupart du temps, et il y a là une limite qui doit être soulignée.

- *Le bénévolat des dirigeants.*

*Une autre limite* provient du caractère hybride de la formule. Nous ne nous trouvons plus dans une formule hospitalière, avec des responsables qui ont subi une formation.

Certes, sur le plan des soins, les précautions sont prises pour que le personnel soit qualifié. Par contre, les organisateurs, animés de leur bonne volonté, ne sont pas formés dans le moule administratif classique. Ceci ne veut pas dire que l'on puisse leur faire le moindre reproche, mais il y a, sans aucun doute, à leur égard une certaine réserve, en voyant progressivement se substituer à une formule à la fois administrative et hospitalière, une formule qui donnera la prééminence au secteur « privé » et à des personnes qui n'ont pas reçu la formation habituelle.

Et c'est ce caractère hybride qui peut expliquer la mentalité qui s'est créée et cette sorte de refus inavoué qui freine le développement de la formule des soins à domicile.

Il est donc essentiel, si l'on veut poursuivre dans cette voie, de modifier profondément les mentalités acquises et d'affirmer que chacun doit apporter son concours à la nouvelle politique.

- *L'état physique des vieillards.*

*Une dernière limite* provient naturellement de l'état de santé des personnes âgées. Lorsque celles-ci ont atteint un degré physique de déchéance bien attristant mais malheureusement sans appel, il serait imprudent de les maintenir à domicile alors que leur état exige, soit une surveillance de type médical, soit même un contrôle de leur comportement dans les cas malheureusement fréquents de démence sénile.

Vouloir s'acharner à pratiquer alors le maintien à domicile constituerait une erreur évidente et des déboires ne manqueraient pas de se produire. Il faut donc admettre que le système ne modifie en rien le besoin toujours pressant en lits de long séjour.

Nous rappelons pour mémoire que chaque famille, chaque chef de service hospitalier, chaque élu municipal chargé des affaires sociales est confronté de façon permanente avec le problème de l'hébergement des personnes âgées dont l'état de

santé exige malheureusement le placement, car elles sont devenues dépendantes et le plus souvent grabataires.

Si l'on ajoute les conséquences d'une évolution démographique, dont on se doit dès maintenant de mesurer l'ampleur, on s'aperçoit que, loin de limiter la mise en place de nouveaux lits de long séjour, il faut, au contraire, s'attacher à en créer de nouveaux puisque, dans notre pays, la durée de la vie humaine s'accroît sensiblement, sans pour autant que tous les vieillards conservent leur indépendance totale.

A ce sujet, il faut observer aussi que le maintien à domicile, après un temps plus ou moins long d'usure physique, rendra plus aiguë l'urgence d'une hospitalisation en long séjour le jour où, bien souvent dans des conditions brutales, la personne en cause deviendra grabataire.

La tendance démographique est telle que vouloir ignorer ce phénomène essentiel amènerait une catastrophe qui serait très mal ressentie à la fois par les vieillards concernés, mais aussi par toutes les familles. Celles-ci ne peuvent plus, à notre époque, dans bien des cas, garder des personnes impotentes à domicile. Les conditions de vie, l'hébergement dans des logements de dimensions réduites, le relâchement aussi des liens familiaux, font que les solutions d'antan ne trouvent plus place, tout au moins dans la plupart des cas.

*En conclusion*, et pour les services des soins à domicile, il faut, certes, recommander leur extension. Cette méthode apporte, et nous l'avons déjà dit plusieurs fois, une façon humanitaire de concevoir la protection de la vieillesse. Elle répond aussi à un souci d'économie, même si cet argument paraît quelque peu sordide, et s'il ne peut naturellement être placé qu'en seconde position.

Il est bien certain que les vieillards dont l'état de dégradation physique est avancé coûtent infiniment plus cher à la société lorsqu'ils sont intégrés dans des services actifs des hôpitaux ou même dans des hôpitaux psychiatriques. A ce niveau, ils bloquent des lits actifs qui ne peuvent être utilisés par de véritables malades. De plus, ils sont pris en charge dans des conditions financières qui sont extrêmement dispendieuses.

Une politique qui évite la transplantation et des conditions de séjour qui ne peuvent être appréciées par personne, car, à la longue, elles sont ressenties comme l'est une situation carcérale, est donc à recommander au maximum.

Les indications données ci-dessus montrent cependant qu'il serait infiniment dangereux de considérer la formule comme la panacée universelle. La recommander est certes souhaitable mais

il ne faut jamais perdre de vue que les limites sont vite atteintes et qu'on ne peut trouver là la solution totale à un problème qui devient de jour en jour plus aigu avec des conséquences redoutables : celui de l'hébergement des personnes âgées.

## **2. L'insuffisance des structures d'hébergement.**

Elle est évidente, en ce qui concerne les structures d'accueil pour personnes âgées invalides ou dépendantes.

On peut, néanmoins, rappeler les difficultés qu'il y a, à faire un recensement des besoins réels et des équipements collectifs existants. D'une part, en ce qui concerne les établissements de long séjour, il n'y a pas eu élaboration d'une carte sanitaire. Les estimations et les prévisions sont donc délicates à établir.

D'autre part, la définition d'une « personne âgée dépendante » est très difficile à établir. Cette notion recouvre plusieurs états pathologiques auxquels il faut s'efforcer d'apporter des solutions diversifiées : la dépendance correspond à l'état d'une personne qui a besoin d'autrui pour accomplir une ou toutes les fonctions de sa vie quotidienne. Cette dépendance peut donc être plus ou moins grave, temporaire ou définitive, stabilisée ou évolutive. Ces personnes âgées « dépendantes » peuvent, de plus être atteintes de maladies chroniques ou de sénilité.

A l'heure actuelle, l'étude des besoins ne repose pas sur une étude approfondie de l'état sanitaire de la population âgée de plus de 65 ans. Quelques études ponctuelles ont été réalisées (1). Il est certain que ces enquêtes doivent être développées, dans l'avenir, afin que toute décision en matière d'équipement puisse être prise en fonction de l'état de santé réel des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la transformation des hospices.

Sous réserve de ces deux types de difficultés, il est clair que le territoire souffre d'une insuffisance de structures pouvant héberger les personnes âgées « dépendantes ».

### **a) Les principes généraux.**

La politique de maintien à domicile, le développement des foyers-logements, foyers-soleil, hébergement temporaire et les capacités d'accueil des maisons de retraite satisfont dans

---

(1) Enquête sur la santé des personnes âgées. Haute-Normandie. I.N.S.E.R.M. (1981).  
Estimation de l'Observatoire régional de santé. Ile-de-France (1980).

l'ensemble les besoins en matière d'hébergement des personnes âgées valides, même si des disparités géographiques demeurent, qui font que localement certains besoins ne peuvent être satisfaits.

Il n'en est pas de même pour les personnes âgées dépendantes, et la Commission de contrôle a pu le constater au cours de ses visites et des auditions qu'elle a eues.

Les capacités d'accueil théoriques ont été fixées par la circulaire ministérielle du 24 septembre 1971 qui prévoit 50 lits pour 1.000 personnes de plus de 65 ans parmi lesquels 60 % devraient être réservés à des invalides.

Selon leur degré de dépendance et leur état médical, ces personnes seront hébergées en maisons de retraite avec section de cure médicale, où elles bénéficieront de soins médicaux simples, et des actions de « nursing » ou de maternage. Lorsque la perte d'autonomie résulte d'un accident, ou qu'elle peut être réversible, la mission thérapeutique de l'établissement de moyen séjour permet la réduction et la réadaptation. Enfin, les établissements de long séjour devraient être réservés aux personnes âgées dont l'état nécessite des soins médicaux supérieurs à ceux occasionnés par leur perte d'autonomie.

**b) Plusieurs raisons justifieraient le développement accru de structures pour personnes âgées dépendantes.**

*- Les listes d'attente.*

Dans la plupart des départements, le coefficient d'occupation des établissements ou partie d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est très élevé, et les listes d'attente sont importantes.

- Région Alsace-Lorraine ;

- Région Haute-Normandie : besoins estimés à 1.828 lits au 1-03-1983 ;

- Région Ile-de-France : besoins de lits de long séjour estimés à 10.500 lits (enquête D.D.A.S.S.).

Les besoins sont très importants en ce qui concerne Paris. Il faudrait que d'ici à 1985, l'équipement long séjour de l'Assistance publique puisse passer de 5.321 à 7.000 lits. Au 1<sup>er</sup> janvier 1979, les dossiers en attente au bureau d'aide sociale de la ville de Paris et concernant des lits de long séjour étaient au nombre de 1.300.

Ce sentiment est général, et nombre d'élus locaux sont sollicités par les demandes concernant des établissements de long séjour. Ces listes d'attente ne reflètent d'ailleurs pas l'ensemble

des demandes. Elles ne recensent pas l'ensemble des personnes âgées « dépendantes » qui restent à domicile : pour nombre d'entre elles, cependant, la famille, les relations de voisinage, le développement des soins à domicile, leur permettent de vivre chez elles dans de bonnes conditions. Mais, pour d'autres, on peut, avec raison, s'interroger sur leurs conditions de vie, leur protection et leur sécurité ; mais faute de place en hébergement collectif, elles restent chez elles.

- *Les perspectives démographiques* rappelées au début de ce rapport laissent présager un accroissement des demandes provenant de personnes âgées dépendantes.

L'augmentation sensible du nombre de personnes de plus de 75 ans implique une hausse du nombre de personnes dépendantes. Cependant, M. Henrard a rappelé devant la Commission de contrôle que dans dix ou vingt ans l'état de santé des personnes de plus de 85 ans ne serait pas du tout le même que celui de celles qui ont 85 ans actuellement. Les progrès de la médecine, de la prévention, les conditions de vie différentes, permettent d'imaginer que la santé de ces personnes sera nettement meilleure, et qu'elles pourront donc vivre plus longtemps chez elles ; néanmoins, le seul poids démographique des personnes âgées de plus de 75 ans fera augmenter le nombre de personnes dites « dépendantes ». Les besoins en structure d'hébergement collectif adapté seront donc accrus dans les années à venir (1985-2000).

- *La transformation et l'humanisation des hospices.*

Selon les estimations, il reste encore 70.000 lits à moderniser. Le rythme moyen est de 2.500 tous les ans. Lors de son audition devant la Commission de contrôle, M. Daniel Benoist, secrétaire d'Etat chargé des Personnes âgées, a rappelé que les anciens hospices seraient transformés en établissements d'accueil médicalisés. C'est-à-dire que la création ou l'extension de centres de long séjour sont pratiquement abandonnées. En l'absence de toute enquête générale sur l'état de santé des personnes hébergées en hospice, il est difficile de déterminer les structures d'accueil les plus adaptées à leurs besoins. Mais une partie des personnes hébergées à l'heure actuelle en hospice relèverait d'un établissement de long séjour. M. Cadène, secrétaire général de la Fédération hospitalière de France, estime que 50.000 lits d'hospice devraient être transformés en lits de long séjour.

C'est ainsi qu'au cours de la visite effectuée par la délégation à Versailles, le directeur du centre hospitalier a insisté sur les besoins de la ville de Versailles, et plus généralement des Yvelines, en lits de long séjour : le choix des nouvelles structures

a été fait après une étude approfondie de l'état sanitaire des personnes âgées hébergées actuellement dans l'hospice. Ainsi 72 % des journées réalisées en 1981 concernent des pensionnaires non valides, bénéficiaires de prestations de soins médicalisés dépassant le cadre du simple hébergement, et imputées indirectement aux caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire du tiers payant. De plus l'âge moyen des hébergés s'élevant de façon régulière implique des soins de plus en plus médicalisés. A l'heure actuelle la moyenne d'âge est de 84 ans.

L'examen des personnes âgées hébergées à l'heure actuelle en section d'hospice a permis d'établir la répartition des pensionnaires en fonction de leur état de dépendance et de leur pathologie :

- 209 pensionnaires présents au 6 septembre 1982 :
  - valides tant moteur que psychique : 23 ;
  - valides moteur, détériorés psychiquement : 27 ;
  - pensionnaires à mobilité réduite, psychisme conservé : 32 ;
  - pensionnaires à mobilité réduite, détériorés psychiquement : 39 ;
  - grabataires, psychisme conservé : 24 ;
  - grabataires, détériorés psychiquement : 64.

Les affections qui dominent la pathologie responsable de la réduction de l'autonomie ou de la grabatisation sont les accidents vasculaires cérébraux, les séquelles de fractures principalement du col du fémur ou les séquelles d'affections osseuses invalidantes.

- 35 pensionnaires nécessitent un pansement, presque uniquement soins d'escarres ;

- 121 pensionnaires sont incontinents et sont changés plusieurs fois par jour ;

- 153 pensionnaires ne peuvent faire leur toilette qui est donc assurée par le personnel ;

- 69 pensionnaires ne peuvent manger seuls.

Enfin, l'étude des besoins du département des Yvelines justifiait ce choix, car il est apparu que les structures admettant les personnes ayant perdu leur autonomie de vie étaient en nombre très insuffisant. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les lits de long séjour, il en existe 100 pour le département des Yvelines, soit deux fois moins que la moyenne régionale.

Cette étude justifiait non seulement la transformation des lits d'hospice existants en lits de maison de retraite avec section de cure médicale, ou en lits de long séjour, mais également la

création de lits de long séjour : en ce qui concerne cette unité, la demande concernait en effet 80 lits, dont 45 par transformation de lits d'hospice et 35 par création.

De même, lors de la visite effectuée par la Commission de contrôle au centre hospitalier de Roubaix, le directeur de ce dernier a exposé à la délégation sénatoriale les raisons pour lesquelles, à l'inverse des conclusions de l'enquête menée par l'Inspection générale de la santé (1981), il estimait nécessaire que les lits de l'hospice Barbieux soient reconvertis en lits long séjour.

- La séparation du sanitaire et du social ne reflète pas la réalité. Les personnes âgées requièrent un environnement sanitaire et social adapté mais aussi familial et culturel. Pour ces raisons l'ancien hospice doit se rénover et se transformer en unité de long séjour proche de l'habitat, de la famille et des amis.

- Le nombre de lits de séjour est particulièrement insuffisant tant à Roubaix que dans les établissements environnants et la reconversion de l'hospice Barbieux aboutira à faire passer sa capacité d'accueil des 926 lits actuels à 600 lits après humanisation.

- Actuellement, plus de 60 % des personnes âgées hébergées à l'hospice Barbieux relèvent, en raison de leur dépendance physique et psychique, du long séjour.

- *Les hébergements indus.*

Un certain nombre de personnes âgées ne sont pas hébergées dans des structures adaptées.

D'une part, il y a un certain nombre de personnes âgées « indûment » hospitalisées dans des services de médecine actifs ou en psychiatrie. Une enquête effectuée par des médecins-conseils du régime général de l'assurance maladie en 1980 (1) démontra que 38 % des personnes hospitalisées depuis plus de 20 jours ne relevaient pas d'un service de médecine. Ces malades auraient dû se trouver chez elles, dans une maison de retraite ou en service de long séjour. En ce qui concerne les hospitalisations indues en milieu psychiatrique, les estimations sont approximatives : entre 20.000 et 30.000 personnes (toutes ne sont pas évidemment des personnes âgées).

D'autre part, l'insuffisance des structures de long séjour détourne les autres services de leur mission thérapeutique. C'est essentiellement le cas des services de moyen séjour. Conçus pour assurer « après la phase aiguë, le prolongement de soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du

(1) Rapport sur la tarification et le fonctionnement des établissements pour personnes âgées. M. Henrard 1982.

retour à une existence autonome» (décret n° 80.824 du 17 avril 1980), il est fréquent qu'une partie des lits de moyen séjour serve à désencombrer les lits de service aigus, dans l'attente d'une admission en établissement de long séjour. Une enquête de la Caisse nationale d'assurance maladie (1980) (1) montre que 26,8 % des malades y sont indûment hospitalisés. Les établissements de moyen séjour ne remplissent pas vis-à-vis de ces malades leur mission thérapeutique. Des structures hybrides ont parfois été mises en place : il s'agit du long séjour transitoire : cette structure peut accueillir des « personnes âgées en moyen séjour, lorsque la consolidation de leur état requiert un environnement médical léger ou que les conditions sociales sont temporairement inadaptées au retour à domicile ». Mais elles ne paraissent pas réellement adaptées aux besoins des personnes âgées.

### **3. L'effort doit donc porter sur des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes.**

*- Une situation actuelle de blocage.*

Les orientations ministérielles depuis plusieurs années sont nettes : on ne doit construire qu'exceptionnellement des établissements de long séjour. De plus, ces créations de lits, lorsqu'elles sont autorisées, sont soumises au principe de la compensation financière, et imposent donc la fermeture de lits de médecine... L'option retenue est l'implantation de maisons de retraite avec section de cure médicale. Cette option ne répond cependant pas aux multiples besoins évoqués dans ce rapport.

La section de cure médicale ne joue pas le même rôle thérapeutique qu'un service de long séjour. La maison de retraite avec section de cure médicale ne peut répondre à tous les besoins. D'une part, la médicalisation des établissements sociaux est nécessaire mais elle ne doit pas être excessive. L'animation des structures est d'autant plus difficile à mettre en place que le nombre de personnes dépendantes et invalides est important. De plus, les personnes valides en maison de retraite redoutent aussi dans une certaine mesure la cohabitation avec des personnes âgées invalides. Il faut donc s'efforcer de parvenir à un juste équilibre.

D'autre part, les maisons de retraite avec section de cure médicale n'apportent pas de solution aux limites du système de soins à domicile. Lorsque l'état de la personne ne permet plus de lui apporter les soins nécessaires, tout en la maintenant chez elle, il faut chercher une solution d'hébergement collectif. Or, à l'heure actuelle, les maisons de retraite acceptent avec difficulté les

(1) Rapport sur la tarification et le fonctionnement des établissements pour personnes âgées. M. Henrard 1982.

entrées « directes » en section de cure médicale. Une personne âgée dépendante ou invalide a très peu de chance d'être admise en maison de retraite. D'autres structures doivent donc être trouvées, qui hébergeront ces personnes.

*- A la recherche de solutions nouvelles, en ce qui concerne le financement des équipements.*

La Commission de contrôle n'a pu que constater, au cours de ces déplacements, les difficultés que rencontraient certains acteurs économiques pour obtenir des subventions. A Vichy, de graves problèmes de trésorerie se sont posés lors de la construction, au centre hospitalier, d'un pavillon de long séjour. L'équilibre financier résulte de subventions accordées par diverses autorités : Etat, E.P.R., régimes de sécurité sociale. Bien souvent, les prêts sont subordonnés à l'obtention de ces subventions.

Pour l'avenir, il faut s'efforcer de dégager de nouvelles sources de financement, si l'Etat ne peut plus dégager la même enveloppe budgétaire pour subventionner les réalisations d'hébergement collectif. C'est ainsi que, selon le C.E.F.R.A.S. (Centre d'études de formations et de recherches pour l'animation sociale) (1), depuis le 31 décembre 1978, il n'y a aucune autorisation pour créer des établissements de long séjour, en Ile-de-France. Tous les crédits sont affectés à la seule rénovation des hospices.

D'autres modes de financement pourraient être dégagés. La modification du décret de mars 1978 est actuellement à l'étude, pour que les prêts locatifs aidés dont bénéficient déjà les foyers et logements pour personnes âgées ou handicapées puissent également financer les constructions des maisons de retraite. Ces prêts (taux actuariel : 7,85 % sur 34 ans, attribués par la direction départementale de l'équipement) pourraient être substitués aux subventions de l'Etat, si celui-ci ne peut plus les accorder. Pour l'instant, les caisses d'assurance maladie ou vieillesse n'acceptent pas ce type d'aide de l'Etat et ont refusé de financer une maison de retraite, qui avait pu exceptionnellement bénéficier d'un prêt locatif aidé. Il s'agit donc de mettre fin à de telles incohérences.

La Commission a également pu constater par les auditions et les visites effectuées que les procédures d'agrément des sections de cure médicale étaient très longues (environ deux ans). Il faut l'avis de la commission médico-sociale, le rapport des médecins-conseils de la caisse d'assurance maladie ; des vérifi-

(1) Le C.E.F.R.A.S. (association à but non lucratif créée en juin 1981) a pour objet la promotion, l'étude, la recherche des techniques d'animation et de gestion des équipements sociaux et hospitaliers, la formation professionnelle dans le domaine sanitaire et social, la gestion et la réalisation de tous les équipements à vocation sanitaire et sociale.

cations sont faites par la direction des Affaires sanitaires et sociales. De tels délais pèsent très lourd sur la trésorerie des maisons de retraite.

*- En ce qui concerne les structures.*

La Commission de contrôle est consciente des imperfections des établissements de long séjour (type V 120-240 [1]) et des critiques que l'on peut formuler à leur encontre. Elle les évoque dans ce rapport. Les structures et le fonctionnement en sont trop hospitaliers. Bien souvent, les personnes qui y sont hébergées auraient besoin essentiellement de « nursing » plus que de soins médicaux intensifs.

Mais les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes sont indispensables. La solution n'est pas d'abandonner tout effort en ce domaine, mais bien de perfectionner les structures existantes et d'innover.

Les maisons de cure médicale devraient être généralisées, car elles évitent les chocs psychologiques qui se produisent au moment du transfert des personnes âgées d'un établissement à un autre. Il s'agit d'unités de long séjour couplées avec des lits de moyen séjour. Ce couplage se réalise souvent dans des constructions de type V 120 et V 240, mais il pourrait se faire dans d'autres structures, et ce, à raison de un tiers des lits pour le moyen séjour et de deux tiers des lits pour le long séjour. Il pourrait même y être adjoint quelques lits de médecine aiguë dans la proportion de 5 à 10 % des lits, afin d'éviter une fois encore toute rupture ou transfert géographique que redoutent les personnes âgées.

## **II. - *Les raisons financières de ce choix.***

### **1. L'option retenue par l'Etat : la retraite à soixante ans.**

Les motifs qui ont conduit le Gouvernement à abaisser l'âge du droit à la retraite sont évidents. Cette mesure consiste moins en un progrès social qu'en un dispositif destiné à améliorer immédiatement la situation de l'emploi, et cela de l'aveu même du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Le

(1) V 120-240 : structure industrialisée. V : vieux ; 120-240 : nombre de lits prévu dans la structure.

ministère s'est, en effet, félicité que l'ordonnance du 26 mars 1982 ait des effets plus positifs sur l'emploi que ceux résultant de la législation précédente puisque son champ d'application est plus large que ne l'était celui des textes sur la garantie de ressources.

Selon les estimations du ministère dès 1983, 100.000 personnes pourront demander le bénéfice de ces nouveaux droits ; à l'horizon 1990, l'effectif des retraités supplémentaires est évalué à 700.000 environ, soit 250.000 de plus que la garantie de ressources.

Le rapport de M. Picot, expert désigné par les partenaires sociaux, estime que 85 % de l'effectif de la tranche d'âge 60 - 65 ans est susceptible à terme de partir en retraite.

Cependant, si l'abaissement de l'âge de la retraite permet d'alléger le marché de l'emploi, il alourdit les charges de la Sécurité sociale et rend plus aigu encore le problème des personnes âgées.

Cette réforme pèsera gravement dans l'avenir sur l'équilibre de nos régimes de retraite. Le déficit prévisible de l'assurance vieillesse en 1983 (plus de six milliards) laisse présager, pour les exercices suivants des difficultés plus graves. Quant au coût net de la réforme, il a été estimé à 2,5 milliards de francs. Les déficits financiers s'ajoutant les uns aux autres, il est donc peu probable que la politique d'ensemble des personnes âgées et plus particulièrement, celle concernant leur hébergement bénéficie de cette mesure.

De plus, le fait d'abaisser l'âge de la retraite ne contribuera pas à maintenir la population âgée en bonne forme physique. Le rapport Lion « Vieillir demain » a produit de nombreux témoignages médicaux destinés à prouver que l'activité intellectuelle et physique est encore le meilleur remède contre le vieillissement. Ce n'est donc pas en réduisant des catégories de plus en plus jeunes à l'inactivité que l'on améliorera l'état de santé futur du quatrième âge.

## **2. Les conséquences du transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités locales.**

La proposition de loi sénatoriale tendant à compléter la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat qui a été récemment adoptée par le Sénat en première lecture a repris, en matière sanitaire et sociale, les dispositions contenues dans le projet de loi initial dont est issue la loi du 7 janvier 1983,

dispositions qui avaient, par la suite, été retirées du projet de loi par le Gouvernement. Elle établit la répartition suivante en ce qui concerne l'aide sociale aux personnes âgées.

**a) Les nouvelles responsabilités de l'Etat.**

Le département devrait accorder les prestations légales actuelles : aide ménagère, allocation représentative de services ménagers, aide aux foyers-restaurants, placement à domicile ou en établissement.

La détermination des conditions d'attribution des aides à domicile relèverait du règlement départemental d'aide sociale : plafond de ressources, nombre d'heures d'aide ménagère susceptibles d'être attribuées mensuellement, articulation entre l'aide ménagère et l'allocation représentative de services ménagers, conditions d'agrément des foyers-restaurants et de participation de l'aide sociale aux repas.

L'intervention de l'aide sociale dans la prise en charge des frais d'hébergement resterait acquise de plein droit pour les établissements publics et subordonnée à une convention pour les établissements privés.

Les prestations légales d'aide sociale relevant du département seraient les suivantes :

- Aide à domicile aux personnes âgées.

La marge de manœuvre du département est très importante. Il est entièrement libre d'agir, au-delà du minimum légal, sur les conditions d'attribution et le montant des prestations. Il peut également déterminer d'autres formes nouvelles d'aides à domicile.

- Participation aux frais de séjour dans les établissements hébergeant des personnes âgées et notamment dans les centres et unités de long séjour.

Ces centres et unités de long séjour sont actuellement assimilés aux hôpitaux pour la fixation du prix de journée et le département n'a aucune possibilité d'intervention en ce domaine.

La loi complémentaire relative aux institutions sociales et médico-sociales devrait prévoir l'intervention du président du conseil général pour la création, l'extension et la tarification de ces établissements ainsi que la prise en charge des dépenses de maternage par l'assurance maladie.

**b) Les dépenses restant à la charge de l'Etat.**

*L'Etat* devrait conserver à sa charge *l'allocation simple à domicile* qui porte sur un nombre peu important de personnes (moins de 7.000 en 1977) et qui n'a plus qu'une importance résiduelle.

Elle pallie une carence de la Sécurité sociale dans les départements d'outre-mer où elle tient la place de l'allocation du Fonds spécial qui n'est pas étendue à ces départements.

Elle ne s'applique en métropole qu'aux étrangers non bénéficiaires d'une convention internationale de réciprocité justifiant d'une résidence ininterrompue sur le territoire métropolitain d'au moins quinze ans avant 70 ans.

\* \* \*

Cette répartition des compétences risque à long terme de grever lourdement le budget des départements en raison de l'augmentation constante du nombre des plus de 80 ans et la hausse prévisible du coût de l'hébergement liées à une insuffisance des lits de long séjour. La commission des Affaires sociales du Sénat a donc présenté un amendement tendant à préciser le contenu de la loi complémentaire concernant les institutions sociales et médico-sociales et à poser le principe que soient soustraits des dépenses d'hébergement confiées aux départements les frais de maternage que l'assurance maladie viendrait prendre en charge en sus du forfait soins déjà prévu depuis janvier 1978. Cet amendement a été adopté par le Sénat, en première lecture, et aboutirait, s'il était retenu dans la rédaction définitive de la loi, à alléger sensiblement les charges financières des collectivités locales, en la matière.

## DISCUSSION FINALE DU RAPPORT DE LA COMMISSION

La Commission a entendu le mardi 14 juin 1983 l'exposé de son Rapporteur, M. Jean Chérioux ; celui-ci s'est attaché à présenter à ses collègues les grandes lignes du présent document, insistant notamment sur les appréciations qu'il était amené à formuler à propos d'un certain nombre de situations rencontrées au cours des visites de la Commission.

Le Président, M. Jean Colin, a remercié et félicité le Rapporteur pour le caractère extrêmement complet et positif de l'étude à laquelle il s'est livré depuis le début des travaux de la Commission de contrôle. Il a aussitôt ouvert la discussion sur le document mis à la disposition des commissaires.

Mme Monique Midy a considéré que le rapport présenté par M. Chérioux comprenait beaucoup d'éléments d'un grand intérêt mais que son groupe ne pourrait, malgré cela, pas adopter le rapport qu'elle a estimé beaucoup trop « catastrophiste » ; si l'actuel Gouvernement n'a pas beaucoup construit d'établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées, il n'a, en revanche, rien détruit, même pas les salles communes qui existaient bien avant son entrée en fonctions !

Il y a certes beaucoup à faire en matière de locaux et en matière de personnel, mais on ne peut honnêtement pas attribuer tout ce qui ne va pas aux Gouvernements qui se sont succédé depuis le mois de mai 1981.

Mme Cécile Goldet a exprimé ses regrets de ne pouvoir être d'accord avec les conclusions d'un rapport dont le corps est intéressant. Malheureusement, l'aspect politique, et même polémique, qui apparaît dans de trop nombreuses parties de ce document, lui paraît tout à fait inacceptable. Il n'est pas possible de dire que la politique des personnes âgées ne reste pas une priorité des priorités, car le Gouvernement a donné maintes preuves de sa volonté dans ce domaine.

Le maintien à domicile est certes un choix entre les différentes formules d'action possible, mais il est, selon Mme Goldet, un bon choix. Une politique des personnes âgées ne

se juge ni sur un an, ni sur deux ans, mais au minimum sur dix ans ou quinze ans. On verra alors seulement que le Gouvernement a fait ce bon choix. Cela ne veut pas dire que, pour les établissements d'hébergement, la modernisation et l'humanisation aient cessé d'être d'actualité ; ils se poursuivront tous simplement au rythme antérieur !

Selon M. Charles Bonifay, la Commission est en présence d'un rapport qui laissera assurément une trace intéressante. Il a cependant estimé qu'il aurait peut-être été possible de mieux équilibrer ce document entre son rapport et ses annexes, entre le compte rendu de visites ponctuelles et certaines généralités et grands principes qui auraient pu être sensiblement plus développés. M. Bonifay a vivement regretté la tonalité des conclusions ; il aurait préféré une plus grande perspective, une plus grande ouverture sur l'évolution du problème au cours des années à venir, à des développements un peu trop orientés sur le constat de cassure, qu'a voulu faire apparaître le Rapporteur, entre la politique poursuivie avant mai 1981 et depuis lors.

Il a approuvé la qualité du rapport mais a indiqué que ses amis et lui-même ne le voteraient pas à cause de ses conclusions, qu'ils auraient souhaitées plus neutres, pour ne pas dire plus objectives !

M. François Collet a rendu hommage au « véritable apôtre » dont a fait preuve son collègue M. Chérioux depuis son « entrée en politique ». Chacun d'entre les commissaires sait combien est ingrate l'activité publique en matière sociale. M. Chérioux le sait mieux que quiconque. S'il est permis de porter une appréciation sur le travail de celui-ci, on peut dire que son entrée en matière pêche plutôt par excès de discrétion et de réserve, après les incidents très regrettables qui sont intervenus fin 1982 dans une maison de retraite de la région parisienne.

Abordant la présentation même du rapport, M. Collet a formulé le souhait que, s'agissant notamment des visites effectuées dans certains établissements à travers la France, les indications pratiques de renvoi soient introduites, tant dans le corps du rapport que dans les documents annexes. Il a également demandé que soient reproduits le texte de la résolution initiale et le rapport présenté par M. Chérioux au mois de décembre.

Quelles que soient les options retenues par le Gouvernement, il n'est pas possible de dissimuler la réalité observée par la Commission ; M. Chérioux l'a décrite et il a bien fait !

S'agissant de la responsabilité de l'Etat dans les problèmes de personnel, on peut relever la situation paradoxale d'un établissement comme celui de Cachan qui voulait absolument fonctionner malgré les dramatiques difficultés du personnel qu'il

rencontrait et d'un établissement comme celui de Versailles qui, pour les mêmes raisons, ne veut pas ouvrir avant de les avoir résolues. Abordant enfin le problème de la formation des personnels soignants dans les établissements d'hébergement des personnes âgées, M. Collet s'est demandé s'il est vraiment utile d'assurer aux infirmières appelées à travailler dans ces établissements d'accueil une formation complète au travail en salle d'opération ou en laboratoire. Les personnels travaillant dans ces établissements doivent faire preuve d'un dévouement à toute épreuve, mais ne serait-il pas possible d'offrir des possibilités de carrière à des personnes auxquelles on n'infligerait pas les sacrosaintes conditions de diplôme auxquelles notre pays ne sacrifie que trop ?...

M. Pierre-Christian Taittinger a exprimé sa totale approbation du travail très remarquable, accompli par le Rapporteur. Après tout ce que la Commission a vu au cours de ses visites, on ne peut rester neutre comme certains commissaires l'ont souhaité.

Il faut être critique et incitatif à l'égard du Gouvernement car il faut bien dire que certains problèmes ne sont peut-être pas traités comme il le faudrait.

Etre à la fois incitatif et critique, c'est par exemple se demander si tous les effets de la politique de réduction des horaires hebdomadaires de travail ont été parfaitement analysés, en rapport avec le blocage pratiqué dans le recrutement de nouveaux personnels.

Pour conclure, M. Taittinger a rappelé que depuis déjà bien longtemps, les critiques formulées par le Sénat dans ses rapports sont souvent, pour ne pas dire toujours, mal reçues par les gouvernements ; ceux-ci finissent généralement par les trouver utiles !

M. Béranger a félicité le Rapporteur pour la qualité du corps de son rapport qui comporte les éléments d'une bonne analyse de la situation, un certain nombre de propositions intéressantes ; on aurait peut-être seulement pu souhaiter trouver dans ces documents plus d'éléments constructifs. Reprenant les propos de M. Collet qui parlait de l'apostolat de M. Chérioux, M. Béranger a considéré pour sa part qu'il s'agissait plus d'un rapport de militant que de celui d'un « sénateur décontracté ». Parce que trop militant dans son début et sa fin notamment, ce rapport sera largement utilisé et diffusé par l'opposition nationale à des fins politiques. Pour cette raison M. Béranger, lui, ne l'approuvera pas et le regrette.

M. Jung a tenu à rendre hommage à la qualité des travaux du Rapporteur et a ajouté ses regrets que les élus locaux aient si peu de pouvoirs pour régler les problèmes de personnel des

établissements d'hébergement des personnes âgées, que ce soit en matière de quota et de ratio, en matière de recrutement, etc.

M. Colin a, lui, estimé que le Rapporteur avait peut-être péché par excès de modération; il aurait, quant à lui, mis assurément plus de virulence dans un tel document. Le souci de dosage auquel s'est livré le Rapporteur est certes sympathique mais peut-être excessif; il y a certainement des erreurs qui remontent peut-être aux gouvernements précédents; le moins qu'on puisse dire est qu'elles se perpétuent et s'amplifient, le Gouvernement se dégageant de manière inquiétante; n'attend-t-il pas tranquillement, pour parachever ce désengagement, qu'entre en application la loi de décentralisation qui transférera les charges dont il ne veut plus sur les collectivités locales ?

Selon M. Colin, un certain nombre des blocages les plus inadmissibles proviennent de la manière déplorable dont sont traités les problèmes de personnel. Il convient aussi de s'alarmer de l'absence de réflexion, alors que la pression démographique ne cessera de s'aggraver dans les quelques dizaines d'années qui viennent.

Il faut certes parfaire les tâches d'humanisation entreprises mais cela ne suffit pas pour faire une bonne politique des personnes âgées. C'est une grave erreur que de ne plus faire, ou presque plus, de lits de long séjour et de bloquer les recrutements de personnel. La politique malthusienne du personnel constatée par la Commission tout au long de ses visites est pour le moins regrettable et risque d'être dramatique. Le rapport de M. Chérioux n'est peut-être pas assez ferme pour condamner le fait que des établissements neufs ne peuvent pas ouvrir faute d'avoir reçu les moyens en personnel correspondants. C'est certes une bonne chose que de favoriser le développement d'une politique de soins à domicile; encore faudrait-il faire en sorte de ne pas mettre des « bâtons dans les roues » à tous ceux qui souhaiteraient prendre des initiatives dans ce domaine.

S'il est exact que le Gouvernement fait fond, pour l'essentiel, sur la seule politique des soins à domicile, il s'agit là d'une analyse totalement fautive de la situation prévisible dans les années à venir; étant très souhaitable durant les premières étapes du vieillissement, elle trouve évidemment bien vite ses limites dès lors que l'état des personnes âgées s'aggrave.

M. Chérioux, rapporteur, a conclu cette discussion générale en rappelant qu'il avait été désigné comme rapporteur d'une Commission de contrôle constituée dans les formes les plus réglementaires, et non d'un simple groupe d'études.

S'il a peut-être déçu certains de ses auditeurs, il ne faut pas oublier que la Commission a été constituée après la survenue d'incidents très localisés et très précis.

Il ne faut donc pas s'étonner de trouver, en filigrane, cette situation dans tout le corps du rapport.

Certains ont voulu instruire, il y a quelques mois, le procès d'établissements relevant des collectivités locales dirigées par l'opposition nationale ; le secrétaire d'Etat aux Personnes âgées a voulu visiter la maison de Nanterre, pourquoi n'est-il pas allé à Lille et à Marseille ? La lumière devait être faite sur ces établissements aussi.

Certes, tout n'a pas commencé en mai 1981, mais le but de la Commission était de faire la lumière sur ce qui existe, et sur tout ce qui existe. S'il y a un héritage antérieur à 1981, il convient de rappeler que seules une volonté politique locale ou une volonté sociale comme celle des régimes et des caisses de protection sociale peuvent sentir, capter et faire se développer les virtualités offertes par l'Etat ; sinon il ne se passe rien. Il en est de même, bien sûr, si l'Etat n'offre rien. Ainsi s'expliquent les carences très graves constatées à Lille, à Marseille et ailleurs.

Le Rapporteur pense être resté dans les limites de l'objectivité. La Commission a vu des choses insoutenables qui auraient gagné à se traduire en photos dans ce rapport !

Si celui-ci parvient à sensibiliser un tant soit peu l'opinion sur la terrible détresse du grand âge, la Commission aurait fait, quoi que certains en pensent, du bon travail ! L'opinion publique doit connaître ce qui se passe ; c'est l'objet même de la Commission de contrôle et c'est l'ambition de son Rapporteur, qui souhaite que la France donne l'exemple d'un pays qui se préoccupe du sort de ses personnes âgées.

Or, des constatations faites par votre Commission, il ressort que l'actuel Gouvernement a renoncé à considérer comme « la priorité des priorités » l'action de solidarité entreprise en faveur des personnes âgées dépendantes, au profit d'autres actions telles que l'abaissement de l'âge de la retraite.

Mme Goldet a craint d'avoir été peut-être mal comprise dans son intervention initiale lorsqu'elle parlait de choix ; elle a confirmé que, pour elle, le choix d'un effort très important pour le développement des soins à domicile est tout à fait complémentaire du maintien de l'effort d'humanisation des établissements d'hébergement ; elle a tenu, à la fin de son exposé, et recevant l'approbation de tous ses collègues, à rendre hommage à la qualité de la présidence exercée par M. Jean Colin tout au long du semestre qui vient de s'écouler.

A l'issue de cette discussion générale, le présent rapport a été adopté, trois commissaires déclarant s'abstenir.

## CONCLUSION

Arrivée au terme de ses travaux, votre Commission est en mesure de dénoncer avec plus de vigueur « l'imposture » qui consistait à accuser certains établissements d'héberger des personnes âgées, dans des conditions déplorables, voire inhumaines, alors que la situation est bien pire dans certains autres. Il est sûr que des maisons, comme la Fondation Cousin de Méricourt à Cachan, rencontrent des difficultés de fonctionnement, mais ces dernières ne résultent pas d'une carence en matière d'investissement ou d'une mauvaise gestion. C'est le Gouvernement qui est responsable de ces problèmes, puisqu'il n'autorise pas les créations de postes permettant à la Fondation d'accueillir les personnes âgées valides et surtout invalides en toute sécurité et dans les meilleures conditions possibles. A cela s'ajoutent les nouvelles mesures sociales réduisant le temps de travail, qui ont eu pour conséquence paradoxale d'aggraver les charges et les conditions de travail du personnel.

D'autre part, les visites effectuées par la Commission l'amènent à dénoncer des « scandales » autrement plus graves et insupportables à notre époque. Il existe encore des établissements, dont l'architecture, les agencements intérieurs, le fonctionnement et les conditions de vie restent imprégnés par une vision des hospices héritée du XIX<sup>e</sup> siècle. La Commission a visité à Lille comme à Marseille des hospices, où les conditions d'hygiène et de promiscuité imposées aux personnes âgées étaient insoutenables. Dans ces cas-là, il est évident que les responsables politiques n'ont pas eu la volonté de mettre en place une véritable politique d'hébergement des personnes âgées.

De plus, dans d'autres départements, votre Commission a pu constater les efforts financiers consentis pour rénover des bâtiments ou construire de nouvelles structures. Le scandale est alors encore plus grand, de voir que, faute d'effectifs accordés en nombre suffisant, ces établissements neufs restent vides : les personnes âgées sont, par conséquent, maintenues dans des bâtiments vétustes, où les conditions de vie et de confort sont détestables. De tels cas ont été relevés par votre Commission à Versailles, Vichy et Lille... Le Gouvernement bloque toute politique

d'hébergement des personnes âgées et notamment des personnes dépendantes, en réduisant sa participation au financement des équipements et surtout par sa politique restrictive en matière de personnel, tant au niveau des effectifs budgétaires dans les maisons elles-mêmes que des effectifs en formation.

Les raisons avancées pour justifier de telles orientations ne sont pas satisfaisantes et ne constituent en aucun cas une réponse d'ensemble aux besoins d'hébergement des personnes âgées. Ainsi, si le maintien à domicile des personnes est un bon élément de réponse et doit être favorisé, il ne peut tenir lieu de politique cohérente. Le maintien à domicile de personnes âgées n'est, en effet, plus envisageable à un certain niveau de dépendance ou de perte d'autonomie et il faut alors trouver des domiciles de substitution.

Pour justifier le coup d'arrêt mis à la construction des équipements de long séjour (secteur sanitaire) et des difficultés rencontrées par les établissements sociaux pour se médicaliser, il est souvent fait état de disparités d'ordre tarifaire et des distorsions qu'elles impliquent entre les secteurs sanitaire et social. Tout semble arrêté dans l'attente d'une réforme de la tarification de l'ensemble des structures d'hébergement des personnes âgées. Là encore, la raison avancée est mauvaise, car la loi du 4 janvier 1978, en introduisant une certaine souplesse, dans la détermination des forfaits de section de cure médicale, permettrait de réduire, dans une certaine mesure, les inégalités trop flagrantes du système actuel de tarification. Or, les caisses de sécurité sociale, pour des raisons uniquement financières, freinent ou même bloquent toute mise en cause de ces procédures. Avant même de songer à une réforme de l'ensemble de la tarification, il serait hautement souhaitable de voir appliquer les dispositions de textes législatifs déjà votés !

Au-delà de ces justifications, les mesures arrêtées par le Gouvernement sont dictées par des impératifs financiers. La politique d'hébergement des personnes âgées ne constitue plus « la priorité des priorités » aux yeux de nos actuels gouvernants. Les arbitrages financiers ont été rendus en faveur d'autres formes de solidarité sociale.

De plus, le Gouvernement adopte une position « attentiste » pour des motifs évidents. Au travers de la décentralisation, le Gouvernement transfère une partie de ses dépenses aux départements, notamment en matière d'aide sociale. Les transferts de compétences tels qu'ils sont prévus dans la loi du 7 janvier 1983 doivent s'effectuer en tenant compte de la situation existant au jour du transfert. Il est donc fort inquiétant, pour les départements, que l'Etat freine ainsi le développement des structures et le recrutement de personnel car la charge financière qu'ils devront

supporter dans l'avenir pour faire face aux besoins réels dépassera certainement largement les transferts de ressources.

Certaines collectivités seront dans l'impossibilité de prendre en charge de telles dépenses, et surtout, il en résultera des inégalités et des distorsions flagrantes entre départements, selon les orientations et les priorités qu'ils auront définies.

Votre Commission ne peut que dénoncer avec force de telles attitudes, et les dangers qu'elles induisent pour l'avenir, eu égard notamment aux perspectives démographiques des prochaines années.