



Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées et à la Famille

PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE

Présenté par Philippe BAS,
Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées et à la Famille

27 juin 2006

La France doit avoir une politique ambitieuse de la longévité. C'est le sens des actions que nous avons engagées. Une politique de la longévité, cela veut dire : une politique du nouvel âge actif et de l'activité professionnelle (avec le plan d'action pour l'emploi des seniors) ; une politique qui conforte le maillon fort de la solidarité que sont les 55 – 75 ans (avec la Conférence de la famille 2006 consacrée à la solidarité intergénérationnelle) ; une politique du grand âge (avec le plan Solidarité – Grand Age).

Pourquoi ce Plan ?

- **Parce que nous vivons une révolution : celle de la longévité.** Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. Elle dépasse désormais 80 ans. C'est une chance pour chacun d'entre nous et un enrichissement pour toute la société. Quatre générations, voire cinq, coexistent désormais au sein d'une même famille. Mais la longévité, c'est aussi un défi collectif, pour notre pays, pour notre système de soins, pour l'ensemble de la solidarité nationale. Nous avons une capacité médicale et sociale à prévenir et à prendre en charge la dépendance liée au grand âge, qui est sans précédent dans notre histoire : elle doit être renforcée et adaptée aux attentes des Français.
- **Parce que nous devons nous préparer à cette mutation.** Alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005, en raison du déficit de naissances lié à la première guerre mondiale, il va quasiment doubler dans les dix prochaines années, passant de 1 100 000 personnes en 2005 à 1 900 000 en 2015.

- **Parce que le nombre de personnes dépendantes va augmenter.** Ceci même si la plupart des personnes âgées vont bien vieillir, en conservant un bon état de santé. De nos jours, 70% des hommes de 90 ans sont encore autonomes. On estime cependant que la perte d'autonomie touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes de plus de 60 ans.
- **Parce que la charge de la dépendance pèse sur les familles.** Avoir un proche dépendant à charge, c'est lui consacrer tout son temps, son énergie, ses ressources financières. C'est porter un fardeau affectif et psychologique. 26% des personnes les plus dépendantes sont prises en charge exclusivement par un proche. Nous devons aider ces « aidants familiaux ».
- **Parce que les personnes âgées veulent pouvoir rester chez elles.** Avec le boom démographique des plus de 85 ans à l'horizon 2015, le nombre de personnes très âgées prises en charge à domicile va fortement augmenter. L'offre de soins et de services à domicile doit être développée et adaptée, pour répondre aux attentes des personnes âgées et leur permettre de conserver leur cadre familial habituel le plus longtemps possible.
- **Parce qu'aujourd'hui, le mode de prise en charge des personnes âgées est trop binaire,** entre maintien à domicile et hébergement en établissement. Des formules intermédiaires, souples, doivent être développées et diversifiées. A nouveau, cela répond au souhait de la majorité des personnes âgées. Il faut inventer la maison de retraite de demain, ouverte sur la cité, offrant toute une palette de services de jour pour favoriser le maintien à domicile et faire en sorte que l'entrée en hébergement soit mieux préparée.
- **Parce que la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement n'est pas assez organisée.** Il existe une rupture entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale. Ce manque de coordination entraîne une augmentation de la durée moyenne du séjour hospitalier d'une personne âgée. Il existe également des ruptures entre le domicile et la prise en charge en établissement. Il faut offrir une continuité dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
- **Parce que l'organisation des soins ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles.** A l'hôpital, le patient âgé peut être mal orienté, faute de prise en charge gériatrique spécifique alors que les personnes âgées représentent 70% des admissions en urgence. Cette absence augmente l'attente aux urgences, le risque de déstabilisation de la personne âgée, de perte définitive d'autonomie. Et cela provoque des ré-hospitalisations nombreuses et l'accroissement du taux de placement en maison de retraite médicalisée.
- **Parce que les prix de journée dans les établissements ne doivent pas être trop élevés,** afin que toutes les personnes âgées puissent entrer en maison de retraite si elles le souhaitent. Il faut ainsi veiller à ce que les dépenses d'investissement des établissements ne fassent plus monter les prix d'hébergement.

Quelques chiffres

- 1 100 000 personnes de plus de 85 ans en 2005. Elles seront 800 000 de plus en 2015. Leur nombre aura doublé en 2020.
- Les maladies neuro-dégénératives (*Alzheimer, Parkinson et maladies apparentées*) touchent environ 12% des personnes de plus de 70 ans. 850 000 personnes sont actuellement atteintes d'une maladie altérant le fonctionnement du cerveau ; 225 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Plus d'un Français sur quatre a au moins un parent touché par une maladie du cerveau. Ces maladies sont à l'origine de 70% des placements en institution et de 72% des demandes d'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).
- Il existe aujourd'hui en France 87 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 610 000 places en maison de retraite dont 390 000 en maisons de retraite médicalisées.

Le calendrier d'élaboration du Plan

- Juillet 2005 - commande de Philippe BAS au Commissariat général du Plan, devenu depuis Centre d'analyse stratégique, d'un rapport sur les évolutions possibles du dispositif médico-social de prise en charge des personnes âgées, axé sur un scénario : celui du « libre choix » pour les personnes âgées.
- 19 septembre 2005 - lancement par le ministre des travaux de la commission du Commissariat général du Plan.
- Automne 2005 - rencontres avec les professionnels, les fédérations d'établissements, les instances représentatives des personnes âgées ; concertation interministérielle.
- Janvier 2006 - élaboration des premières mesures.
- Printemps 2006 - nouvelle concertation avec les associations professionnelles sur les principales pistes d'action du plan.
- 26 mai 2006 - annonce des enjeux, des objectifs et des grands axes du plan par le Premier ministre Dominique de VILLEPIN à Bergerac (Dordogne).
- 27 juin 2006 - présentation de l'ensemble des mesures du plan par Philippe BAS.

Une réforme en cinq grands axes

- 1/ Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix** de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;
- 2/ Inventer la maison de retraite de demain** et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.
- 3/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées**, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite ;
- 4/ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance**, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance ;
- 5/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.**

Ce qui a déjà été accompli

- ***Le Plan Vieillesse et Solidarités de novembre 2003***

Programmé sur quatre ans, après le drame de la canicule en 2003, ce plan mis en place par le Gouvernement de Jean-Pierre RAFFARIN aura permis d'accroître nettement le nombre de places d'accueil et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Entre 2004 et 2005, les 10 000 places supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévues par le plan sur quatre ans ont été financées, ainsi que 10 000 places en services de soins infirmiers à domicile, 4 250 places en accueil de jour et 2 250 places en hébergement temporaire. Le Gouvernement de Dominique de VILLEPIN décide en août 2005 de doubler l'effort de création de places : entre 2006 et 2007, 10 000 places supplémentaires en établissement seront financées.

- ***La loi du 30 juin 2004***

Elle a posé le principe d'une prise en charge collective de la dépendance et instauré la Journée de solidarité.

2 milliards d'euros supplémentaires peuvent ainsi être mobilisés chaque année : 1,2 milliard pour les personnes âgées et 800 millions pour les personnes handicapées, qui ont déjà permis de consolider le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de créer de nouvelles places, d'assurer le financement de la nouvelle prestation de compensation du handicap... C'est aussi grâce à cet effort des Français que les objectifs du Plan Vieillesse et Solidarités ont été atteints dès la fin 2005, avec deux ans d'avance et qu'un doublement du nombre de créations de places du plan Vieillesse et Solidarités a pu être décidé.

La loi a également créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui gère les crédits issus de la Journée de solidarité, sous le contrôle de la Cour des Comptes : c'est une garantie de transparence dans l'utilisation des sommes dégagées.

- ***Un effort sans précédent en 2006***

- 500 millions d'euros ont été dégagés pour mettre aux normes, moderniser et humaniser les maisons de retraite et les maisons d'accueil spécialisé pour les personnes handicapées. En un an, c'est dix fois plus que le total mobilisé pour de tels travaux lors des cinq dernières années.
- Le taux de TVA pour les travaux de rénovation dans les établissements a été abaissé de 19,6% à 5,5%. A titre d'exemple, on peut économiser de l'ordre de 1 million sur un montant de travaux de 8 millions d'euros.
- Les crédits médico-sociaux ont progressé de près de 13,5% pour les personnes âgées et de 6,1% pour les personnes handicapées par rapport à l'année dernière.

Pour relever ce formidable défi de la dépendance, il faut anticiper les transformations démographiques que va connaître notre pays et adapter notre dispositif à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées : c'est tout l'objectif du Plan Solidarité – Grand Age.

Le plan Solidarité – Grand Age

Un ensemble de mesures contenues dans cinq grands axes

→ Le libre choix du domicile

- 1/ Pouvoir être soigné à la maison**
- 2/ Avoir plus de services à domicile**
- 3/ Créer un « droit au répit » pour les aidants familiaux**
- 4/ Créer de nouvelles formes de logements**

→ Inventer la maison de retraite de demain

- 5/ Eviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite**
- 6/ Avoir plus de personnel soignant auprès des personnes âgées**
- 7/ Mettre en œuvre un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge**
- 8/ Lutter contre la maltraitance**
- 9/ Développer une démarche qualité et une culture d'évaluation**
- 10/ Maîtriser le prix payé par les personnes âgées**
- 11/ Poursuivre l'effort de création de places dans toute la France**

→ Adapter l'hôpital aux personnes âgées

- 12/ Développer la médecine gériatrique**
- 13/ Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital**

→ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance

- 14/ Lancer pour cela une mission d'étude et de propositions**

→ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

- 15/ Proposer systématiquement une consultation gratuite de prévention à 70 ans**
- 16/ Lancer un grand programme de recherche sur les maladies du grand âge**
- 17/ Lancer un plan gériatrique universitaire pour former les professionnels de santé à la gériatrie**

Les mesures du plan

→ Le libre choix du domicile

Avec l'allongement de la longévité, notre vision du domicile doit changer. Beaucoup de personnes âgées peuvent rester chez elles. C'est un choix de vie qu'elles doivent être en mesure d'exercer en toute liberté, si leur état de santé le permet. Mais cela suppose de faciliter la vie au domicile. Développement de l'offre de soins et de services ménagers, soutien à l'entourage familial, création de nouvelles formes de logement : tous les leviers doivent être mobilisés pour adapter le domicile au service du grand âge.

1 / Etre soigné à la maison

→ Le constat

Trop souvent, l'entrée en maison de retraite ou à l'hôpital est liée à une mauvaise prise en charge médicale à domicile, en raison d'une offre inadaptée ou insuffisante.

→ L'objectif

Permettre aux personnes âgées de rester à domicile si elles le souhaitent, en offrant tous les soins nécessaires, des traitements les plus simples aux plus complexes.

→ Les mesures

➤ Doubler les capacités d'hospitalisation à domicile d'ici 2010

Le nombre de places d'hospitalisation à domicile passera de 8 000 à 15 000 en 2010.

C'est l'assurance de pouvoir être soigné à domicile si cette prise en charge est plus adaptée, alors que pour certaines personnes âgées particulièrement fragiles, l'hospitalisation présente un risque de déstabilisation conduisant parfois à une perte définitive d'autonomie. C'est aussi la possibilité de rentrer plus tôt chez soi, tout en gardant des soins médicaux lourds et complexes.

➤ **Développer le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile**

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) offrent aujourd'hui toute la palette de soins nécessaires aux personnes âgées : soins infirmiers, mais aussi actes pratiqués par des aides soignants, comme la toilette ou le changement de certains pansements.

Le nombre de places de soins infirmiers à domicile, actuellement limité à 87 000, sera augmenté de 40% en 5 ans :

- **dès 2006, 6 000 places seront créées chaque année.**
- **à partir de 2010, ce sont 7 500 places de services de soins infirmiers à domicile qui seront créées chaque année.** On rendra ainsi possible l'objectif de 232 000 places en 2025, conforme aux préconisations du rapport « *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* » du Centre d'Analyse Stratégique.

Il faut aussi **adapter la tarification aux actes** infirmiers les plus complexes. Ces actes sont aujourd'hui mal pris en compte. Cette revalorisation s'effectuera dès le premier semestre 2007, sur la base d'une expérimentation conduite en 2006 dans le département de la Charente.

➤ **Assurer une présence médicale sur l'ensemble du territoire**

Les personnes âgées à domicile doivent pouvoir compter partout sur un bon maillage de soins de premiers recours - médecins généralistes et infirmiers. C'est le sens du plan sur la démographie médicale présenté en janvier 2006 par le ministre de la Santé et des Solidarités (cf. *dossier de presse « Réponses au défi de la démographie médicale » – 25 janvier 2006*), qui prévoit :

- une augmentation du nombre de médecins formés chaque année (numerus clausus porté à 7 000, contre 3 850 en 2000) ;
- une augmentation de 20% de la rémunération des médecins installés dans des zones déficitaires en professionnels ou qui risquent de le devenir. Un dispositif d'aide similaire doit être mis en place pour les infirmières libérales à compter de l'automne 2006.

2/ Avoir plus de services à domicile

→ Le constat

Pour les personnes âgées, le maintien à domicile nécessite souvent une aide dans la vie quotidienne. Une partie de ces aides est financée par les collectivités territoriales (Mairies, Conseils généraux,...), l'autre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Ces aides à domicile jouent un rôle essentiel pour faciliter la vie des personnes âgées, pour détecter les premiers signes d'un problème de santé et alerter l'entourage, ou encore pour faciliter le retour chez soi après une hospitalisation.

→ L'objectif

Développer les aides à domicile, étendre la palette des services offerts et améliorer la gestion et l'utilisation de ces aides pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

→ Les mesures

➤ Développer et diversifier l'aide à domicile

- La convention d'objectifs et de gestion de la CNAV prévoyait une enveloppe de 231 millions€ Elle sera augmentée de 24 millions en 2006. Cela permettra de diversifier les services à domicile aux personnes âgées, sans diminuer pour autant l'aide ménagère à l'avenir.
- Un « plan d'action personnalisé » sera proposé aux personnes âgées ayant besoin de services à domicile : à partir d'un bilan de leurs besoins élaboré avec elles et chez elles, il leur donnera accès à une gamme de services adaptés à leur situation particulière : heures d'aide à domicile, rangement, accompagnement chez le médecin, à la banque ou pour faire ses courses, aides aux démarches administratives, portage de repas, jardinage, bricolage...

➤ Former les professionnels de l'aide à domicile à repérer les premiers signes de la dépendance

Les professionnels intervenant à domicile sont aujourd'hui peu formés à repérer les signes précurseurs de la dépendance, comme la dénutrition ou les pertes de mémoire : leur formation s'effectuera à partir d'une grille d'évaluation des signes avant-coureurs de la dépendance élaborée par le Comité national d'évaluation sociale et médico-sociale.

3/ Créer un droit au répit pour les aidants familiaux

D'autres mesures sont prévues pour les aidants familiaux dans le cadre de la Conférence de la famille 2006.

→ Le constat

Les familles qui aident quotidiennement une personne âgée à leur domicile sont souvent en situation de tension, d'isolement et de fatigue, surtout si cette personne est très dépendante et souffre de pathologies difficiles à prendre en charge (troubles de la mémoire, de la marche...). Ces aidants familiaux s'épuisent à leur tâche. Ils doivent être mieux soutenus.

→ L'objectif

Créer un véritable « droit au répit », permettant à chaque famille de pouvoir « souffler ».

→ Les mesures

➤ **Ouvrir les structures nécessaires pour permettre aux aidants familiaux de « souffler »**

2 500 places d'accueil de jour et 1 100 places d'hébergement temporaire seront créées tous les ans dans les cinq prochaines années.

➤ **Mettre en place des formules innovantes sur le modèle du « baluchon » canadien**

Le « baluchon » permet le recrutement d'un professionnel de l'aide à domicile présent 24 heures sur 24, pour un laps de temps déterminé, lors des vacances ou d'une absence momentanée de la famille ou des proches.

Afin de mettre en œuvre cette formule :

- la rémunération du professionnel pourra être assurée en tout ou partie par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ou l'aide sociale ;
- il sera bien sûr également possible de recourir au chèque emploi service universel -CESU- (éventuellement abondé par une collectivité locale, une caisse de retraite, une caisse de sécurité sociale ou une entreprise) ;
- une liste des professionnels volontaires pour être recrutés sur des missions courtes sera tenue par les Comités de liaison, d'information et de coordination (CLIC).

4/ Créer de nouvelles formes de logement

→ Le constat

Le maintien au premier domicile n'est pas toujours possible en raison de l'isolement ou de l'inadaptation du logement à la perte d'autonomie ou au handicap. De nombreuses expériences montrent toutefois qu'il est possible de créer des logements mieux adaptés au grand âge.

Une première étape a été franchie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, avec la réforme des logements - foyers, qui permet désormais des médicalisations de ces établissements progressives et adaptées à la situation des résidents.

→ L'objectif

Développer de nouvelles formules de logement, conjuguant le confort et l'intimité du domicile avec la sécurité et les services qu'offrent les maisons de retraite.

→ Les mesures

➤ Encourager le développement des « résidences - services ».

Au sein de ces résidences, les personnes âgées sont propriétaires de leur logement, et bénéficient également de services collectifs (aides ménagères ou prise en charge paramédicale). La législation doit toutefois être adaptée :

- pour éviter que ces résidences soient requalifiées en établissements médico-sociaux, avec les contraintes qui en découlent (présence obligatoire de lieux collectifs de vie, normes de sécurité incendie de type hospitalier, etc.) ;
- pour leur permettre de bénéficier de l'agrément « services à la personne », qui ouvrira droit à la TVA à 5,5% et à des exonérations de cotisations sociales.

➤ Développer l'accueil familial

- Les accueillants familiaux sont des particuliers hébergeant chez eux, à titre professionnel, des personnes âgées. **La création d'un statut des « accueillants familiaux »** permettra d'améliorer leurs conditions d'existence et d'augmenter leur nombre. Les collectivités locales ou les organismes privés seront autorisés à en recruter en qualité de salariés. Ce statut assurera également leur accès à la formation continue et facilitera leur remplacement en période de congé.

- **Cette évolution favorisera le développement des « maisons familiales »** : regroupées en très petites résidences afin de mettre en commun quelques services, ces maisons verront cohabiter dans un même pavillon des personnes âgées et un accueillant professionnel logé avec sa famille. Elles offriront à leurs résidents un accompagnement constant, des services collectifs et un cadre familial.

➤ **Favoriser l'aménagement du domicile par des aides fiscales**

Un nouveau dispositif fiscal, permanent, est en place depuis cette année.

Les revenus déclarés en 2006 peuvent, pour la première fois, bénéficier d'un crédit d'impôt applicable aussi bien aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées qui réalisent des travaux pour aménager leur domicile. Le crédit consenti s'élève à 15% ou à 25% du coût des travaux, dans la limite de 5 000€ par personne seule et de 10 000€ pour un couple.

Les travaux réalisés bénéficient en outre de la TVA au taux réduit de 5,5%.

➤ **Réunir une « Journée nationale du logement des personnes âgées et handicapées » à l'hiver 2006**

L'objet de cette Journée sera d'étudier les formules nouvelles de logement collectif ou intergénérationnel proposées par les collectivités territoriales, les promoteurs privés, les offices HLM, les mutuelles ou les associations. A l'issue de la journée, des expérimentations seront menées et des décisions seront prises afin de développer les formules de prises en charge les plus adaptées.

→ Inventer la maison de retraite de demain

L'entrée en établissement ne doit plus être vécue comme un choc ou une rupture. L'objectif est d'offrir aux personnes âgées des établissements plus médicalisés, avec une palette de services diversifiés en lien avec le domicile. Il faut aussi renforcer la lutte contre la maltraitance ; et généraliser une politique ambitieuse de qualité dans laquelle beaucoup d'établissements se sont déjà engagés.

5 / Eviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite

→ Le constat

Aujourd'hui, les solutions se résument la plupart du temps à un choix binaire entre rester chez soi ou aller en maison de retraite. Le passage de l'un à l'autre est souvent une rupture complète pour la personne âgée. C'est un choc qui peut accélérer la perte d'autonomie, même quand l'entrée en maison de retraite n'a pas été provoquée par un motif de santé : décès du conjoint, absence momentanée de l'aide à domicile, interruption estivale d'un service d'aide ménagère...

→ L'objectif

Assurer aux personnes âgées une transition douce entre leur domicile et la maison de retraite et leur offrir la solution de prise en charge la plus adaptée à leur situation personnelle et à leurs souhaits. Pour cela, il faut que les maisons de retraite s'ouvrent sur l'extérieur et offrent une large palette de services, qui sont autant de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement.

→ Les mesures

➤ Prévoir dès la conception des nouvelles maisons de retraite une large palette de services orientés vers le domicile

Il s'agit de compléter les règles d'autorisation des maisons de retraite afin que tous les projets présentés prévoient, en nombre suffisant, directement ou par convention avec d'autres structures :

- des places d'accueil de jour, permettant d'accueillir des personnes âgées à la journée, pendant que la famille ou l'aidant travaille ;
- des places d'hébergement temporaire, permettant d'accueillir des personnes âgées pour de courts séjours (quelques semaines par exemple, pour permettre aux aidants familiaux de partir en vacances ou de trouver une solution à une situation inattendue) ;
- un service de soins infirmiers à domicile ;

- un service d'aide à domicile ou un réseau d'accueillants familiaux, permettant une ouverture plus grande de l'établissement vers l'extérieur.

➤ **Autoriser les établissements privés à avoir une activité de soins à domicile**

Contrairement aux établissements publics, la réglementation actuelle empêche les établissements privés de proposer d'autres services que ceux strictement liés à la maison de retraite. Cette contrainte sera supprimée afin qu'ils puissent également offrir des services tournés vers le domicile.

➤ **Permettre d'apporter temporairement des soins lourds en maison de retraite pour éviter l'hospitalisation**

Il s'agit de modifier la réglementation afin que les services d'hospitalisation à domicile puissent intervenir non seulement au bénéfice des personnes qui vivent à leur domicile, mais aussi de celles qui sont en maison de retraite. Les mêmes dispositions seront prises pour les soins palliatifs.

➤ **Expérimenter avec quelques départements volontaires une gestion départementale de l'ensemble des budgets relatifs à la prise en charge des personnes âgées**

En effet, les départements sont aujourd'hui compétents pour toute l'action sociale en direction des personnes âgées mais certains leviers leur échappent :

- l'attribution des aides à domicile pour les personnes âgées les moins dépendantes, qui relève de la CNAV ;
- la création de places médicalisées dans les maisons de retraite et les services de soins à domicile, qui relève de l'Etat avec des financements de l'assurance maladie.

Cet enchevêtrement de compétences est source de complexité, aussi bien pour les personnes âgées que pour les maisons de retraite qui doivent tenir des budgets séparés.

Il est proposé de transférer pour 2007 à plusieurs départements, à titre expérimental, l'ensemble de ces budgets.

6 / Avoir plus de personnel soignant auprès des personnes âgées

→ Le constat

Grâce aux conventions tripartites signées entre l'Etat, le Conseil général et les maisons de retraite, de nombreux établissements ont pu être médicalisés et ont pu recruter du personnel supplémentaire, en moyenne 7 à 8 personnes par établissement. A la fin de 2006, près de 80% des places en maisons de retraite bénéficieront d'une convention. C'était une première étape indispensable, permettant une remise à niveau générale. Mais beaucoup reste encore à faire.

L'entrée en maison de retraite survient de plus en plus tard, dans un état de dépendance plus avancé. Les personnes âgées ont donc de plus en plus besoin non seulement d'aide pour les gestes quotidiens mais aussi de soins médicaux. Face à cette évolution, les effectifs, notamment en personnel soignant, restent un problème aigu dans beaucoup de maisons de retraite aujourd'hui.

→ L'objectif

Faciliter le recrutement de personnels, pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées, les soigner de façon adéquate et renforcer l'aide régulière aux activités quotidiennes.

→ Les mesures

➤ Augmenter le personnel dans les maisons de retraite en fonction des soins à apporter aux résidents

Une personne âgée en maison de retraite a besoin de deux types de soins :

- des soins liés à sa dépendance (faire sa toilette, s'habiller, se déplacer, se nourrir...);
- des soins médicaux liés à sa santé (soin d'une escarre, prise de médicaments, surveillance de la tension...).

Or aujourd'hui, le nombre de soignants dans les maisons de retraite tient compte du niveau de dépendance des résidents, mais peu des soins médicaux dont ils ont aussi besoin. Il manque une évaluation individualisée des besoins de soins de chaque résident.

A l'occasion des renouvellements de convention, les besoins en soins seront pris en compte. Cela permettra d'augmenter significativement le nombre de soignants auprès des personnes âgées (passer d'un ratio moyen de 0,57 pour 1 résident, tous personnels confondus, à 0,65 pour 1 résident).

En outre, pour les personnes âgées les plus malades et les plus dépendantes, le ratio sera augmenté à 1 professionnel pour 1 résident (*voir ci-après*).

➤ **Adapter régulièrement l'encadrement dans les maisons de retraite au degré de dépendance des résidents**

Aujourd'hui, les moyens des maisons de retraite sont figés pendant la durée des conventions tripartites, soit 5 ans. Les conséquences sont importantes :

- pendant ce temps, les résidents perdent en autonomie, si bien que le personnel et les moyens deviennent progressivement insuffisants ;
- dans ces conditions, lorsqu'une place se libère, l'établissement n'a pas d'autre choix que de remplacer la personne très dépendante qui est partie par une personne peu dépendante, qui demandera moins de soins. Les personnes les plus lourdement dépendantes ont ainsi les plus grandes difficultés à trouver une maison de retraite, alors que ce sont elles qui en ont le plus besoin.

Désormais, le niveau de dépendance des résidents de chaque établissement sera évalué chaque année, dans le cadre de la convention tripartite, afin d'ajuster régulièrement ses effectifs en personnel soignant.

➤ **Développer l'animation**

Aujourd'hui, l'animation est entièrement à la charge du résident alors qu'elle participe du soin. Elle est essentielle au maintien des facultés physiques, intellectuelles et relationnelles des résidents.

Désormais, la convention tripartite passée entre l'Etat, le Département et la maison de retraite pourra prévoir que l'animation n'est pas intégralement facturée au résident.

➤ **Renforcer la présence des paramédicaux dans les maisons de retraite médicalisées**

La médicalisation des établissements a toujours été conçue de manière complémentaire au maintien voire au renforcement des interventions ponctuelles des professionnels paramédicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes). Or les directeurs d'établissement recourent de moins en moins à ces professionnels car leur budget actuel ne leur permet pas de répondre convenablement à la demande. Il en résulte un risque de mauvaise prise en charge des personnes âgées qui ont besoin de ces soins.

Deux mesures techniques permettront d'ouvrir davantage les maisons de retraite aux soins de ville :

- le budget des établissements en tarif global sera augmenté de 15% ;
- un décret permettra la conclusion de « conventions de prestations de soins » entre la maison de retraite médicalisée et les paramédicaux de ville, donnant ainsi un cadre précis à leur intervention.

Pour les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants¹ :

➤ Assurer la présence d'1 professionnel pour 1 résident

Dans les établissements pour personnes handicapées, l'effectif est en moyenne d'1 agent pour 1 personne accueillie. Ce ratio est, en revanche, de seulement 1 professionnel pour 2 résidents dans les maisons de retraite. Or les besoins des personnes accueillies sont en réalité très comparables.

Il faut remédier à cette situation, en se fixant l'objectif d'une convergence dans les 5 ans entre ces deux types d'établissements.

➤ Augmenter dès 2006 les financements pour tenir compte des besoins en soins médicaux

Pour les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants, l'augmentation de moyens se fera dès cette année.

Pour les autres, c'est au moment du renouvellement des conventions tripartites que les besoins en soins vont être pris en compte (*cf. supra*).

¹ Gir Moyen Pondéré (GMP) supérieur à 800, calculé à partir de la grille « AGGIR » d'évaluation de la dépendance des personnes âgées sur la base d'un questionnaire sur le degré d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

7 / Mettre en œuvre un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge

→ Le constat

Les besoins en recrutement dans les années qui viennent sont considérables. 400 000 professionnels devront ainsi être recrutés au cours des dix ans à venir, à tous les niveaux, depuis l'aide à domicile jusqu'au directeur d'établissement.

→ L'objectif

Former davantage de professionnels, valider les acquis de l'expérience et rendre plus attractifs ces métiers, afin de pouvoir **recruter 40 000 professionnels par an** dans les métiers du grand âge.

→ Les mesures

1. Recruter plus de professionnels

➤ Maintenir à un niveau élevé les flux de formation initiale pour les professions de santé

Les quotas de formation d'infirmiers et d'aide-soignants ont été considérablement augmentés ces dernières années². Ils seront maintenus à ce niveau élevé afin de pourvoir aux postes vacants et aux places créées par ce plan.

➤ Renforcer les possibilités de formations en alternance pour tous ces métiers

Les métiers d'auxiliaires de vie et d'aides médico-psychologiques seront ouverts à la formation en alternance.

➤ Ouvrir tous les métiers de la filière sanitaire et sociale à la validation des acquis de l'expérience dès 2006

Ce sera le cas des métiers d'éducateurs techniques spécialisés, de techniciens de l'intervention sociale et familiale, d'assistants familiaux, de directeurs d'établissements, de moniteurs éducateurs et de conseillers en économie sociale et familiale.

➤ Favoriser les coopérations entre établissements pour recruter dans certains métiers (ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue)

² Ils sont ainsi passés, pour les instituts de formation en soins infirmiers, de 18 000 places en 1999 à 30 000 places depuis 2003. Pour les aide-soignants, le nombre de places est passé de 13 000 à 19 000 places en écoles d'aides soignants.

Les établissements seront autorisés à se regrouper pour salarier en commun certains professionnels que leur taille ne leur permet pas de recruter.

➤ **Enrichir les carrières de direction**

Le statut des directeurs sera revalorisé, modernisé et simplifié d'ici fin 2006.

2. Rendre les métiers sociaux et médico-sociaux encore plus attractifs

➤ **Bâtir des passerelles entre les différents diplômes**

Les modules de formation seront simplifiés et uniformisés :

- en 2006 pour les aides médico-psychologiques,
- en 2006 pour les auxiliaires de vie sociale,
- en 2007 – 2008 pour les aide-soignants.

Cela facilitera ainsi les passages d'un diplôme à l'autre et élargira les perspectives de carrière des professionnels concernés.

➤ **Autoriser chacun de ces métiers à être pratiqué indifféremment en établissement et à domicile**

Les auxiliaires de vie sociale, qui actuellement ne peuvent exercer qu'au domicile, pourront aussi exercer en établissement.

3. Professionnaliser les métiers : bâtir un programme ambitieux de formation des aides à domicile

➤ **Répondre aux besoins de formation initiale et continue des aides à domicile**

Aux côtés des départements, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie soutiendra le développement de la formation continue par le biais de financements dédiés.

➤ **Conclure des accords - cadres avec les grands opérateurs de l'aide à domicile en France (UNA, ADMR, Familles Rurales...) afin de moderniser le secteur**

Ces accords élaborés avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie permettront notamment :

- de fixer des objectifs de formation des aides à domicile pour permettre à plus de la moitié des effectifs de chaque réseau d'aides d'obtenir le diplôme d'auxiliaire de vie sociale ;
- de moderniser chaque réseau d'aides, par le développement d'un système d'informations intégré ;

- de mettre en place des démarches qualité en apportant des aides pour une certification complète des associations.

➤ **Poursuivre la campagne de promotion et de valorisation des métiers du grand âge.**

Cette campagne, commencée en 2005 et renouvelée en 2006, connaît un grand succès auprès des jeunes et des personnes souhaitant se reconvertir dans ces métiers. En 2007, elle sera poursuivie et enrichie par des « bourses à l'emploi » permettant de faire de cette semaine des métiers du grand âge une semaine de rencontre et de recrutement.

4. Créer de nouveaux métiers : développer l'animation dans les établissements

L'animation dans les maisons de retraite permet souvent de retarder la perte d'autonomie, mais elle est encore trop peu développée.

➤ **Reconnaître les diplômes correspondants**

Aujourd'hui, une maison de retraite ne peut recruter une personne pour faire de l'animation qu'à travers d'autres diplômes qu'elle peut avoir (par exemple aide soignant).

Le brevet professionnel « jeunesse et sports » comportant une option animation pour les personnes âgées sera reconnu par la fonction publique hospitalière.

➤ **Faciliter les recrutements en recourant aux contrats aidés**

Dès le mois de juin 2006, le recrutement de 20 000 professionnels sous contrats aidés a été lancé, notamment pour valoriser les nouvelles fonctions d'animation et d'accompagnement.

8 / Lutter contre la maltraitance

→ Le constat

Les personnels des établissements médico-sociaux réalisent un travail remarquable de dévouement et d'implication. En termes quantitatifs, la maltraitance reste un phénomène très limité dans les établissements. Mais chaque nouveau cas est un cas de trop. Et il faut aussi agir contre la maltraitance à domicile.

Une politique nationale de protection des adultes vulnérables est nécessaire pour prévenir la maltraitance, mais aussi pour développer une culture de « bientraitance », appuyée sur un renforcement des moyens, de la formation et des démarches de qualité.

→ L'objectif

Il faut à la fois **améliorer le signalement, renforcer la prévention, et tirer toutes les conséquences des situations de maltraitance**, aussi bien en termes de sanctions que d'actions correctives à mener.

→ Les mesures

1. Renforcer les procédures de signalement et de contrôle

➤ Créer un numéro et un dispositif national d'écoute et de traitement des situations de maltraitance

Aujourd'hui, seuls 55 % des départements bénéficient d'une écoute spécialisée et d'une capacité de médiation sur ce sujet, à travers le réseau ALMA. Avant la fin 2007, l'ensemble du territoire national devra être couvert par une antenne d'accueil téléphonique.

➤ Renforcer le processus de signalement entre établissements et services de l'Etat

Un correspondant sera identifié au sein de chaque DDASS pour le signalement des situations de danger mettant en cause une personne âgée. Un protocole d'information précisera les situations (chutes graves, fugues etc.) qui doivent systématiquement être signalées par chaque établissement à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

➤ Mettre en place un programme d'inspection garantissant la visite régulière des établissements et leur contrôle dans une période de dix ans

L'Inspection Générale des Affaires Sociales sera chargée d'organiser un réseau national d'inspection.

2. Développer la prévention

➤ Nommer un « sage » chargé de défendre les personnes vulnérables

Chargée de repérer les meilleures pratiques et dotée d'un pouvoir de proposition, cette personnalité qualifiée pourra également être saisie ou s'auto-saisir de toute affaire pour demander l'intervention des pouvoirs publics.

➤ Réaliser une auto-évaluation dans tous les établissements dans un délai d'un an

Des signes simples constituent un faisceau d'indices propices au développement de la maltraitance : absence de réunions du personnel depuis plusieurs mois, absence de cadres de santé, absentéisme, dégradation des conditions de travail, évolution rapide de la dépendance des personnes prises en charge, défaut de perspectives sur la formation, l'évaluation ou la progression de carrière des agents. Les guides d'auto-évaluation permettent aux établissements de les identifier et de les corriger. L'absence de transmission des résultats de cette évaluation sera l'un des critères à partir desquels les pouvoirs publics établiront les priorités de leur programme de contrôle.

➤ Agir sur le recrutement, la formation et l'accompagnement des personnels

- **Mieux contrôler les embauches**, en assurant la vérification des antécédents judiciaires de tous les professionnels appelés à intervenir en établissement auprès des personnes vulnérables.

- **Expérimenter dans quelques départements pilotes un dispositif de prévention des risques d'épuisement du personnel**. La souffrance au travail constitue, en effet, l'un des facteurs de risque de maltraitance : à travers le nouveau dispositif, les personnels pourront accéder à des conseils téléphoniques dispensés de manière anonyme. Une permanence d'accueil recevra également les professionnels qui en font la demande.

- **Inscrire dans le plan de formation et dans le projet d'établissement un volet concernant la politique de lutte contre la maltraitance**. Des accords - cadres seront signés dans le délai d'un an avec les organismes paritaires collectifs agréés du secteur pour lancer des actions de formation ciblées sur la prévention (connaissance de la personne âgée et de sa maladie, apprentissage des actes quotidiens, anticipation des crises...).

3. Renforcer les sanctions et le suivi des mesures de correction

➤ **Accélérer les fermetures d'établissement en cas de difficultés majeures**. Depuis 2006, ce pouvoir est confié exclusivement au préfet, afin de permettre une action immédiate des pouvoirs publics.

➤ **Installer dans tous les départements un Comité de prévention et de lutte contre la maltraitance aux compétences renforcées**

La composition du Comité de prévention et de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables sera resserrée et sa présence sera systématisée dans tous les départements. Il sera chargé de faire des recommandations à partir des cas de maltraitance signalés, des causes et des suites données à ces affaires. Le refus de procéder à la mise en place d'une recommandation devra être motivé par l'autorité chargée de sa mise en œuvre.

➤ **Renforcer les sanctions et les contrôles en cas de maltraitance**

- Recourir systématiquement à la procédure de suspension des agents en cas de faits avérés.
- Mettre en place un contrôle des suites données aux recommandations dans toutes les affaires ayant donné lieu à une inspection.

9 / Développer une démarche qualité et une culture d'évaluation

→ Le constat

Depuis 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de procéder à une évaluation de leur activité. Ce principe est toutefois très inégalement appliqué.

→ L'objectif

Doter tous les établissements d'une véritable politique de qualité dans les cinq ans. Cela passe par la mise en place d'une évaluation à l'initiative des établissements et par la création d'un organisme national qui puisse donner l'impulsion à la démarche et garantir la validité des évaluations.

→ Les mesures

➤ Transformer le Comité national d'évaluation sociale et médico-sociale en une Agence d'évaluation et renforcer ses moyens

Une mission de préfiguration sera chargée de préparer, pour le début de l'année 2007, la mise en place de cette agence, en concertation avec l'ensemble des partenaires.

➤ Développer la démarche qualité à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites

Les conventions tripartites ont permis de développer fortement les moyens des établissements. A l'avenir, elles devront comprendre aussi des engagements s'inscrivant dans une démarche qualité.

➤ Demander à tout projet d'établissement de prévoir une politique d'évaluation interne et une démarche qualité

Les dossiers d'autorisation présentés au Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale devront désormais comporter systématiquement un chapitre spécifique sur cette question.

➤ Soutenir une politique de labellisation « qualité » par les grandes fédérations du secteur

Les pouvoirs publics travailleront avec les fédérations pour aider à la mise en œuvre de labels « qualité » que les fédérations pourront décerner à leurs adhérents.

10 / Maîtriser le prix payé par les personnes âgées

→ Le constat

80% des maisons de retraite sont éligibles à l'aide sociale, mais le coût à la charge du résident reste encore très élevé (en moyenne, 1 200€ par mois). Les études récentes montrent que, depuis le début des années 2000, les investissements effectués pour moderniser les maisons de retraite sont la principale cause d'augmentation du prix payé par les résidents.

C'est pour cela que des mesures ont été prises dès 2006 :

- un grand plan de modernisation de 350 M€ a été lancé (*500 M€ en comptant les établissements pour personnes handicapées*) ;
- la TVA sur les travaux de restauration du bâti a été réduite de 19,6% à 5,5 %.

→ L'objectif

Continuer l'effort soutenu d'investissement et de modernisation, en veillant à peser le moins possible sur le prix payé par le résident.

→ Les mesures

➤ **Inciter les établissements à se moderniser en compensant une part de leurs frais financiers**

25 millions d'euros par an seront débloqués à cette fin. Cette somme permettra aux maisons de retraite d'emprunter tous les ans jusqu'à 400 millions à taux zéro, sans aucun frais financiers, pour réaliser des travaux. Cet effort s'ajoutera à la participation des Conseils généraux, financeurs traditionnels de l'investissement. Les maisons de retraite pourront ainsi se moderniser sans avoir à augmenter le prix acquitté par les résidents.

➤ **Faire intégralement bénéficier les résidents des subventions à l'investissement**

Lorsqu'un établissement fait des travaux, l'amortissement du coût de ces travaux est répercuté sur le tarif que paie le résident. Or l'Etat ou les Conseils généraux peuvent avoir financé une partie de ces travaux. Aujourd'hui, malgré la subvention publique, l'intégralité du coût est quand même répercutée sur les tarifs. Ce n'est pas normal. Il faut changer cette règle comptable.

➤ **Bâtir une politique fiscale neutre pour la prise en charge des personnes âgées**

La Cour des Comptes insiste, dans son rapport de novembre 2005, sur la nécessité d'uniformiser les différents régimes fiscaux et comptables concernant les maisons de retraite ou les personnes âgées.

Il faut pour cela :

- dégager des ressources supplémentaires pour les maisons de retraite en leur permettant de placer leur trésorerie de façon plus dynamique ;
- lancer une mission d'étude et de propositions sur les différents régimes fiscaux existants (assujettissement à la TVA ou taxe sur les salaires) ;
- uniformiser les réductions d'impôts dont bénéficient les personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement.

11 / Poursuivre l'effort de création de places dans toute la France

→ Le constat

Le Plan Vieillesse et Solidarités lancé fin 2003 avait prévu la création, entre 2004 et 2007, de 10 000 places en établissements. Ce total a été atteint dès la fin de l'année 2005 et l'objectif a pu être doublé pour 2007. Cet accroissement sans précédent a été rendu possible en grande partie grâce à la Journée de solidarité.

→ L'objectif

Continuer de créer des places en maisons de retraite à un rythme élevé, de manière équitable sur l'ensemble du territoire.

→ La mesure

➤ Créer chaque année 5 000 places en établissement

Ce rythme représente un doublement du rythme du Plan Vieillesse et Solidarités de 2003.

→ Adapter l'hôpital aux personnes âgées

Les personnes âgées représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions à l'hôpital non programmées. L'hôpital doit s'adapter à leurs besoins.

Pour une personne très âgée, fragile et souffrant souvent de plusieurs maladies, l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie. Il ne suffit pas de soigner l'organe qui a nécessité l'hospitalisation. Il faut savoir évaluer tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile.

12/ Développer la médecine gériatrique

→ Le constat

Très performant pour prendre en charge les maladies de patients plus jeunes, l'hôpital doit encore développer **une prise en charge gériatrique spécifique** :

- aujourd'hui, le manque de lits pour personnes âgées peut se traduire par une longue attente aux urgences ou une orientation du patient vers un service de spécialité qui ne correspond pas toujours à son état ;
- pour une personne âgée, une sortie de l'hôpital non préparée peut entraîner une rechute, une nouvelle hospitalisation ou un placement en maison de retraite non désiré, alors que la dépendance aurait pu être évitée.

→ L'objectif

Développer dans tous les hôpitaux la médecine gériatrique. Il faut pour cela **réorganiser l'accueil des patients âgés à l'hôpital**, grâce à une filière de soins qui permette :

- une prise en charge globale de la personne âgée qui tienne compte de sa fragilité ;
- la préservation de son autonomie ;
- son retour au domicile dans les meilleures conditions.

→ Les mesures

➤ Organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés

- une **unité de court séjour gériatrique**, capable d'accueillir directement les patients, sans passer par les urgences, en provenance du domicile, des maisons de retraite ou des services de soins au domicile ;
- une **unité de soins de suite et de réadaptation**, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile ;
- une **équipe mobile de gériatrie** ;
- un **pôle d'évaluation gériatrique** comprenant un hôpital de jour, des consultations et des consultations-mémoire³ ;
- un nombre de **lits de soins de longue durée** adapté aux besoins.

Les unités composant la filière gériatrique seront mises à la disposition de tous les services hospitaliers non gériatriques pour prendre en compte le vieillissement des patients accueillis dans ces services.

➤ Créer le nombre de places nécessaires

- court séjour gériatrique : avoir un lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, soit **1 000 lits supplémentaires** ;
- services de soins de suite et de réadaptation : avoir 3 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, soit **3 000 lits supplémentaires** ;
- équipes mobiles de gériatrie : créer **86 équipes mobiles**, à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile) ;
- hôpitaux de jour : ouvrir une place pour 2 000 habitants de plus de 75 ans, soit **950 places supplémentaires**.

➤ Labelliser les filières gériatriques par les Agences Régionales d'Hospitalisation

Les CHU, CH, hôpitaux locaux, établissements publics ou privés peuvent faire partie de la filière s'ils répondent au cahier des charges.

Les crédits des établissements tiendront compte de la labellisation.

³ Les consultations-mémoire ont pour objectif d'améliorer le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. Elles comprennent médecin gériatre, neurologue et/ou psychiatre, neuropsychologue, infirmière, assistante sociale etc.

➤ **Recruter et former les personnels nécessaires**

professeurs des universités, praticiens hospitaliers, chefs de clinique-assistants, médecins, titulaires de la capacité de gériatrie, infirmières, aide-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales.

A l'issue d'une montée en régime de 5 ans, l'objectif est d'avoir recruté de l'ordre de 7 000 professionnels supplémentaires (dont 800 médecins, 6 000 soignants et paramédicaux).

13/ Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital

→ Le constat

Le médecin traitant, l'hôpital, les maisons de retraites, les services de soins à domicile doivent former entre eux un véritable réseau de soins.

Trop souvent, les hôpitaux ont du mal à organiser la sortie de leurs patients, que ce soit vers le domicile, faute de soutien adapté, ou vers une maison de retraite. Cela bloque le fonctionnement de la filière de soins et empêche l'admission de nouveaux patients. De leur côté, les maisons de retraite rencontrent des difficultés pour trouver rapidement une place pour un de leurs résidents dans un service hospitalier de gériatrie, ce qui se traduit par un recours excessif aux urgences. Il faut mettre fin à ce cercle vicieux.

→ L'objectif

Créer un réseau qui permette aux différents acteurs de nouer un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à l'autre.

Dans le cadre de ce partenariat, les maisons de retraite et les services de soins à domicile doivent, par exemple, pouvoir faire appel à l'hôpital pour que la personne âgée soit hospitalisée dans le meilleur délai dans le service de gériatrie sans passage aux urgences. Réciproquement, la maison de retraite ou le service de soins à domicile doivent donner la priorité aux personnes âgées prêtes à sortir du service de gériatrie partenaire.

→ Les mesures

- **Systématiser les conventions entre les différents partenaires** (services de gériatrie, maisons de retraites, services de soins infirmiers à domicile, médecins libéraux) :
 - une convention-type sera diffusée dans ce but ;
 - la conclusion de cette convention signée par tous les partenaires sera nécessaire à la labellisation d'une filière gériatrique.

➤ **Poursuivre le développement des réseaux de santé « personnes âgées »**

Ces réseaux unissent, pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les médecins généralistes, les services d'aide et de soins à domicile, les maisons de retraite et les hôpitaux. Ils ont un financement spécifique.

- **Informer en temps réel les personnes âgées, leurs familles et les professionnels sur les places disponibles** dans les services hospitaliers, les maisons de retraite et les services à domicile.

Cette mission d'information et de coordination sera confiée à un Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et au réseau de santé « Personnes âgées ».

→ Assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir

14 / Lancer une mission d'étude et de propositions

→ Le constat

Dans son rapport public de novembre 2005 sur « *Les personnes âgées dépendantes* », la Cour des Comptes insiste sur l'inévitable augmentation des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance dans les années à venir. On sait en effet que, dans les 10 ans qui viennent, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,1 million à 1,9 million.

Aujourd'hui, la Journée de solidarité permet de dégager 2 milliards d'euros supplémentaires pour les personnes âgées et les personnes handicapées. L'allocation personnalisée d'autonomie apporte une première réponse en aidant à la solvabilisation des personnes âgées, pour faire face aux besoins d'aide liés à la perte d'autonomie. Les caisses de retraites financent, pour leur part, des aides au domicile. S'y ajoutent des aides au logement, des aides fiscales, la prise en charge des soins.

Si rien n'était fait, la part restant à la charge des personnes âgées et de leurs familles risquerait de s'alourdir.

→ L'objectif

Engager dès aujourd'hui **une réflexion sur les modalités possibles de financements supplémentaires** qui respectent le principe de solidarité, fondement de notre modèle social.

→ La mesure

Confier à Hélène GISSEROT, Procureur général honoraire auprès de la Cour des Comptes, le mandat d'étudier et de proposer des modes de financement complémentaires.

La mission envisagera, d'une part, l'organisation d'une nouvelle branche de protection sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées et, d'autre part, l'instauration d'une couverture complémentaire « autonomie », au même titre que les couvertures complémentaires pour la maladie et les retraites.

Le groupe de travail de Mme GISSEROT se réunira dès la fin du mois de juin 2006. Il étudiera les avantages et inconvénients des options possibles. Il rassemblera des experts et consultera très largement les partenaires sociaux et les acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il préparera un débat national qui sera organisé début 2007 sous l'égide du ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Les conclusions de ce débat seront prises en compte dans le rapport de Mme GISSEROT.

La mission rendra ses **conclusions au début de l'année 2007.**

→ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

La dépendance n'est pas une fatalité. Plus de la moitié des personnes de plus de 90 ans sont autonomes. L'espérance de vie sans incapacité progresse plus vite que l'espérance de vie. Un nombre croissant de personnes atteindront donc leur grand âge sans connaître la dépendance.

Ces résultats peuvent encore être améliorés en agissant sur :

- la prévention ;
- la recherche.

15/ Promouvoir une politique de prévention des maladies liées au vieillissement

→ Le constat

La majorité des maladies liées au vieillissement peut être prévenue, tout au long de la vie, par une détection précoce et une prise en charge des facteurs de risque, une hygiène de vie et des traitements appropriés. Dans les trente dernières années, la mortalité prématurée liée aux maladies cardiaques a ainsi été réduite de plus de 40% en Europe. Celle qui était due aux accidents vasculaires cérébraux, de près de 60%.

Cette logique de prévention et de dépistage précoce doit être généralisée pour lutter efficacement contre la dépendance. C'est désormais un objectif majeur de santé publique.

→ L'objectif

Mettre en place une politique de prévention pour corriger tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance et permettre une longévité active et en bonne santé.

→ Les mesures

➤ Proposer systématiquement une consultation gratuite de prévention aux personnes âgées de plus de 70 ans

- confiée au généraliste formé à cet effet, elle reposera sur un protocole comprenant un questionnaire et une batterie d'examen standardisés ;

- elle permettra de détecter les facteurs susceptibles de conduire à la dépendance : troubles de l'équilibre, troubles de la mémoire, ostéoporose, dénutrition, isolement, dépression, chutes, incontinence etc. ;
- elle facilitera la compensation des handicaps existants, le maintien de l'activité et la prévention de l'accueil en institution ;
- elle sera **mise en place dès 2007**. Un groupe de travail pluridisciplinaire vient d'être lancé. Il déterminera le contenu de la consultation et son suivi.

➤ **Dans le cadre du Programme National « Bien Vieillir », financer les projets et les initiatives locales qui valorisent l'activité physique, les pratiques alimentaires saines et le lien entre les générations**

Comme en 2006, 3 millions d'euros seront affectés à ces actions chaque année pendant toute la durée du plan.

16/ Lancer un grand programme de recherche sur les maladies du grand âge, en particulier la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et les pathologies apparentées.

→ Le constat

La maladie d'Alzheimer et les affections apparentées neurodégénératives ou vasculaires représentent une des principales causes de dépendance au grand âge. Ces affections sont responsables de 70% des entrées en institution et 72% des demandes d'allocation personnalisée à l'autonomie. Les coûts annuels sont estimés à 9,9 milliards d'euros et supportés à 55% par les familles. Environ 850 000 personnes sont atteintes en France et 225 000 nouveaux cas sont détectés par an. Retarder l'apparition des symptômes de cinq ans permettrait de diviser par 2 la fréquence de cette maladie. Le diagnostic se fait en moyenne deux ans après le début des symptômes, ce qui est une perte de chances grave pour le traitement des malades.

Face à l'importance de cet enjeu, la recherche est porteuse des plus grands espoirs et doit être confortée : par un renforcement de la coordination entre recherche fondamentale et recherche clinique, par le développement des aspects psychologiques et sociaux, par le financement des grands essais de prévention.

→ L'objectif

Renforcer la recherche sur les maladies du grand âge, en particulier la maladie d'Alzheimer, de Parkinson et les maladies apparentées, à l'instar de ce qui a été fait pour le cancer et le sida.

→ Les mesures

➤ Lancer un « plan national de recherche sur le cerveau et les maladies du système nerveux » dès 2006

Ceci à partir des conclusions d'une mission dont les objectifs sont les suivants :

- dresser un état des lieux des forces et faiblesses de notre dispositif de recherche ;
- proposer des axes de renforcement constituant une véritable stratégie nationale de lutte contre les pathologies cérébrales ;
- évaluer les moyens nécessaires à une politique ambitieuse de recherche dans ces domaines ;
- engager une démarche pluridisciplinaire, rassemblant les grands centres de neuro-imagerie, les sciences cognitives, les sciences biologiques et médicales et assurant une continuité entre recherche fondamentale et recherche clinique.

➤ **Les dépenses des organismes de recherche consacrées aux neuro-sciences représentent 200 millions€ par an. L'Agence Nationale de la Recherche consacrera plus de 20 millions€ supplémentaires à cet effort.**

➤ **Accélérer la mise en œuvre du Plan Alzheimer**

- achever la mise en place du réseau des consultations-mémoire sur tout le territoire : une consultation-mémoire pour 15 000 personnes de plus de 75 ans, soit **316 consultations** (contre 307 aujourd'hui). Cet objectif devra être atteint dès la fin de 2006 ;
- renforcer en personnels de recherche les 25 centres mémoire de ressources et de recherche. Chargés de coordonner la recherche clinique, l'innovation en matière de prise en charge et la formation de tous les professionnels, ces centres travaillent en étroite collaboration avec les unités de l'INSERM, du CNRS et des Universités et avec le réseau européen de recherche sur la maladie d'Alzheimer.

17/ Promouvoir la gériatrie universitaire

→Le constat

Avec la progression du nombre de personnes âgées, il est indispensable d'augmenter rapidement le nombre d'enseignants de gériatrie, pour assurer la formation à la qualité des soins et à la performance de la recherche.

→L'objectif

Doter la gériatrie universitaire, d'ici 2010, des moyens nécessaires pour que le système hospitalo-universitaire français puisse relever le défi du grand âge.

→La mesure

➤ Mettre en place un plan gériatrique universitaire

- augmenter de plus de 60% d'ici 2010 le nombre de professeurs des Universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), aujourd'hui de 40 ;
- une trentaine de postes supplémentaires de chefs de cliniques assistants doit renforcer le vivier dans les années qui viennent, afin de porter à 70 leur nombre en 2010.

Le financement du plan Solidarité – Grand Age

Le Plan Solidarité - Grand Age repose sur une augmentation de 2,3 milliards€ des crédits que l'assurance maladie consacre aux personnes âgées, à l'issue d'une montée en charge progressive sur 5 ans (2007-2012) de près de 500 millions€ chaque année.

En 2006, les dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées (ONDAM médico-social) sont de l'ordre de 5 milliards€.

A l'échéance des 5 ans, les 2,3 milliards€ supplémentaires se répartiront ainsi :

<u>Le libre choix du domicile</u>	504 M€
dont	
- Création de places de services infirmiers à domicile	365 M€
- Création de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour	90 M€
- Revalorisation des tarifs de services de soins infirmiers à domicile	49 M€
<u>Inventer la maison de retraite de demain</u>	1 387 M€
dont	
- Création de places en établissement	165 M€
- Prise en compte de l'évolution de la dépendance des résidents	239 M€
- Prise en compte de l'évolution de la charge en soins de santé	473 M€
- Ratio d'1 professionnel pour 1 résident	510 M€
<u>Adapter l'hôpital aux personnes âgées</u>	400 M€
<u>Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention</u>	35,5 M€
dont	
- Recherche sur les maladies neuro-dégénératives	20 M€
- Plan gériatrique universitaire	5,5 M€
- Consultation de prévention à 70 ans	10 M€
Total	<hr/> 2,3 Mds€