

Ecole Nationale de la Santé Publique

ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 1998-2000

**Le nouveau mode de financement
des établissements hébergeant des personnes âgées :
les enjeux pour l'hôpital d'une réforme en demi-teinte.**

Sylvain Ducroz

Mes remerciements vont
à Monsieur Jean Yves Laffont
pour sa prescience et sa confiance dans le choix de ce sujet,
et à Monsieur Erick Lajarge
pour son aide et sa disponibilité dans la direction de ce mémoire.

« ...ni un tapis de roses, ni un long fleuve tranquille... »

Jean René Brunetière, responsable de la mission MARTHE

Paris, Maison de la Mutualité

le 7 octobre 1999

Liste des sigles utilisés

EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
MARTHE	Mission d'Appui pour la Réforme de la Tarification en Etablissement d'Hébergement
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
CH	Centre Hospitalier
EPS	Etablissement Public de Santé
UF	Unité Fonctionnelle
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Analyse d'une réforme en demi-teinte</i>	<i>4</i>
I. La nécessaire réforme de la tarification des EHPAD	4
A. Le contexte démographique et institutionnel...	4
① Aspects démographiques	4
② Aspects institutionnels	5
B. et l'inadaptation du mode de financement...	8
① Des modes de financement éclatés	8
② De nombreux effets pervers	10
C. Ces dérives ont justifié la réforme de la tarification	13
① Les objectifs de la réforme	13
② Le dispositif adopté	14
II. Une réforme d'emblée contestée	16
A. Un dispositif juridique imparfait...	16
① Un calendrier mal maîtrisé	16
② Un dispositif juridique imprécis	20
B. Une réforme qui accentue les inégalités entre résidents	22
① La réforme introduit de nouvelles inégalités	23
② L'absence de prise en charge de la dépendance	24
C...et accroît les contraintes des établissements.	27
① Une autonomie de gestion réduite	27
② Le risque de diminution des ressources	30
<i>Anticiper la réforme de la tarification dans le secteur hospitalier</i>	<i>35</i>
I. La réforme de la tarification entraîne des contraintes spécifiques aux établissements publics de santé gérant des EHPAD	35
A. La spécificité des EPS dans l'hébergement des personnes âgées	35
① La place des EHPAD du secteur hospitalier public	35
② L'enjeu de la redéfinition des soins de longue durée	38
B. Le fonctionnement budgétaire des EHPAD rattachés aux hôpitaux	41
① L'influence de la construction des budgets	41
② Des flux financiers difficilement identifiables	43
C. Les transferts de charges entre le budget général et les budgets annexes	46
① L'évaluation des transferts de charges	46
② Conséquences sur les budgets	47
II. Les méthodes d'anticipation de la réforme	51
A. La maîtrise et le choix du classement GIR	51
① La nécessaire maîtrise du girage	51
② Le choix du classement GIR	54
B. La présentation des budgets dans la nouvelle tarification	58
① Le calcul des charges de personnel	58
② La question du périmètre des charges à imputer	60
C. La préparation de l'application de la réforme	64
① Préparer la réforme en interne	64
② L'outil des conventions tripartites	66
<i>Conclusion</i>	<i>70</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>72</i>
<i>Liste des annexes</i>	<i>76</i>

INTRODUCTION

« En établissement d'hébergement, le prix payé par les personnes âgées ne dépend pas de leur état de santé ou de dépendance, mais de la nature juridique de l'établissement ».

Si, depuis le rapport du Professeur Henrard de 1983, cette affirmation est devenue un véritable lieu commun, elle n'en décrit pas moins la réalité des établissements pour personnes âgées depuis une vingtaine d'années. Mais cette flagrante inégalité, ancienne, entre les résidents n'est devenue un problème prégnant que sous l'influence d'évolutions socio-démographiques récentes.

En effet, l'arrivée en établissements d'hébergement de personnes de plus en plus âgées, vivant de plus en plus longtemps, oblige à remettre en cause les missions et l'organisation de ces établissements. De plus, l'amélioration de l'espérance de vie ne fait que retarder de peu l'apparition des premiers facteurs de la dépendance « sociale et domestique », définie comme l'incapacité à effectuer sans aide extérieure les actes essentiels de la vie quotidienne. Les structures d'accueil doivent donc prendre en charge une population souvent très âgée et, partant, moins autonome.

La loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance a constitué, malgré son caractère provisoire et les critiques qu'elle suscite, une avancée significative dans la prise en compte du problème de la dépendance. En instituant une prestation spécifique, elle a reconnu la nécessité d'une solvabilisation des personnes âgées dépendantes, à laquelle ne pouvaient pourvoir les régimes d'assurance maladie, ni les prestations traditionnelles d'aide sociale. En prévoyant, dans ces Titres IV, V et VI, une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, elle a posé les principes d'un système plus équitable pour les résidents et davantage adapté aux besoins des institutions.

A la fois attendue et redoutée par les directeurs d'établissements pour personnes âgées, cette réforme n'est finalement parue que le 27 avril 1999, les textes d'application étant publiés avec un retard d'un an sur le calendrier annoncé par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité en novembre 1997. Elle s'appuie principalement sur deux décrets, complétés par trois arrêtés.

Le décret 99-316 édicte les principes essentiels de la nouvelle tarification et le décret 99-317 définit le nouveau régime budgétaire et comptable des établissements pour personnes âgées.

Au-delà des critiques portant sur la complexité du dispositif institué, les principales craintes portent aujourd'hui sur les transferts induits par cette réforme ; transferts de charges entre financeurs, transferts de coûts entre résidents et transferts de moyens entre établissements.

Certes les transferts entre financeurs permettront, enfin, de faire payer à chacun les dépenses de sa sphère de compétence et l'ajustement du prix payé par les résidents selon leur niveau de dépendance correspond à l'objectif premier de la réforme. Mais la perspective d'un redéploiement de moyens entre structures, même si elle ne figure pas explicitement dans le texte de la réforme, ne peut être exclue dès lors que les coûts des structures seront mis en regard de la population qu'elles accueillent. Les établissements publics de santé hébergeant des personnes âgées dépendantes sont sans doute les plus sensibles à ce risque, car accusés d'être mieux dotés que les autres structures, ils connaissent déjà, en court séjour, les coûts de la redistribution budgétaire.

Face à ces évolutions majeures, les hôpitaux gérant des services de long séjour ou des maisons de retraite ne peuvent rester passifs et se doivent de préparer l'entrée en vigueur de cette réforme, prévue, au plus tard, le 1^{er} janvier 2001 pour les services supérieurs à 85 lits.

L'activité d'un établissement tel que le Centre Hospitalier de Saint-Cloud a incité l'équipe de direction a apporté une attention toute particulière au nouveau dispositif réglementaire.

En effet, avec 120 places de maison de retraite et 120 lits de long séjour, le poids financier de ces budgets annexes recevant des personnes âgées dépendantes représente un quart du budget total de la structure. De plus, chacun de ces deux services présente la taille nécessaire à l'entrée en vigueur de la réforme lors de sa première année d'application. Enfin, l'ensemble de ces lits d'hébergement font partie de l'échantillon national sélectionné par les services du Ministère pour simuler les conséquences de la nouvelle tarification. Pour toutes ces raisons, il apparaît possible de s'appuyer sur l'expérience de l'établissement pour juger des conséquences de cette réforme et pour esquisser quelques recommandations générales quant à son application, en particulier dans le secteur hospitalier public.

L'ambition de ce mémoire est ainsi de montrer en quoi la nécessaire réforme de la tarification a abouti à un dispositif d'emblée contesté, source de difficultés particulières pour le secteur hospitalier, qui doit donc en préparer au mieux l'application.

Analyse d'une réforme en demi-teinte

I. La nécessaire réforme de la tarification des EHPAD

L'inadéquation entre l'offre d'hébergement et les besoins socio-démographiques, qui semble à la fois cause et conséquence d'un mode de financement inadapté, justifiait depuis de nombreuses années la mise en œuvre d'une réforme du mode de tarification.

A. Le contexte démographique et institutionnel...

① Aspects démographiques

Davantage que le vieillissement de la population, évolution traditionnelle des pays développés, c'est l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes qui a incité les pouvoirs publics à légiférer et à revoir la réglementation des établissements d'accueil.

En 2015, les plus de 60 ans représenteront 25 % de la population française, contre 20 % en 1997. L'âge moyen de cette population est en constante augmentation, l'espérance de vie à la naissance progressant d'un trimestre par année : en 1997, elle s'établit à 74,2 ans pour les hommes et 82,1 ans pour les femmes¹. A ces évolutions, qui conduisent déjà à s'interroger sur les capacités d'accueil en établissements d'hébergement, s'ajoutent deux constatations plus préoccupantes concernant la qualité de vie de ces personnes âgées.

En premier lieu, l'espérance de vie sans incapacité, que l'on peut assimiler à l'espérance de vie sans dépendance à autrui, reste encore largement inférieure à l'espérance de vie. En 1991, on estimait ainsi qu'en moyenne, les femmes vivaient les douze dernières années de leur vie avec une ou plusieurs « incapacités » (neuf ans pour les hommes). La

survenance d'une incapacité sévère apparaissait 2,3 ans avant l'âge moyen de décès des femmes, et moins d'un an avant pour les hommes. Aujourd'hui, une personne âgée sur douze est très dépendante, soit 700 000 personnes, dont 270 000 vivent en établissements².

A cette augmentation, mécanique, du nombre de personnes âgées pour lesquelles l'accomplissement des gestes essentiels de la vie quotidienne nécessite l'aide d'un tiers, s'ajoute la progression de l'âge moyen d'entrée en institutions depuis une vingtaine d'années. L'importante amélioration des dispositifs de prise en charge à domicile permet en effet de retarder l'arrivée en établissement d'hébergement. Ainsi, et pour prendre un exemple récent, l'âge moyen des nouveaux entrants est passé, dans l'unité de soins de longue durée du CH Saint-Cloud, de 84.65 à 86.33 ans entre 1993 et 1998.

Enfin, pour conclure cette description démographique, on peut comparer l'âge moyen des personnes âgées accueillies dans les services d'hébergement du CH Saint Cloud (86,4 ans) à celui de l'espérance de vie sans incapacité sévère des femmes (qui représentent 83 % des résidents) ; 78,8 ans.

② Aspects institutionnels

L'accueil de cette population, c'est à dire de 13 % des plus de 75 ans, s'organise dans près de 10 000 établissements d'hébergement. L'essentiel de ces structures relèvent de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, même si une part importante des places de ces institutions sont médicalisées au titre des soins courants ou des sections de cure médicales¹. Seules les unités de soins de longue durée sont régies par la loi du 31 juillet 1991 (qui remplaça l'ancienne dénomination de « services de long

¹ DREES Données sur la situation sociale 1999 septembre 1999

² *ibid*

séjour », introduite par la loi hospitalière de 1970). Aux termes de la loi, ces soins, qui comportent un hébergement, sont dispensés dans des établissements de santé à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Depuis 1990, l'augmentation du nombre de places d'accueil s'effectue à un rythme moins rapide que celle de la population âgée. Le taux d'équipement est ainsi passé, en dix ans, de 179 à 169 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (ce taux étant très variable géographiquement). Les maisons de retraite et les USLD continuent d'augmenter leur capacité d'accueil à un rythme, faible, de 3 % annuel.

Statuts	Nombre d'établissements	Nombre de places	<i>dont % de places en section de cure</i>	Soit nb moyen de places	Part dans le total des places
Maisons de retraite	6 072	406 026		67	63%
Sections d'hôpitaux publics	1 091	100 994	47%	93	15,5%
Publics autonomes	1 492	113 111	42%	76	17,4%
Privées à but non lucratif	1 984	119 587	24%	60	18,4%
Privées à but commercial	1 505	72 334	4%	48	11,1%
Foyers – logements	2 940	155 709		53	24%
Publics	2 020	106 344	3%	53	16,3%
Privés à but non lucratif	812	43 456	4%	54	6,7%
Privés à but commercial	108	5 909	1%	55	0,9%
Services de soins de longue durée	984	81 216		82	12,5%
Hôpitaux publics	861	74 517		87	11,5%
Etablissements de santé privés	123	6 699		55	1%
Autres structures	170	3 533		23	0,5%
Total	10 166	646 484		64	100%

Sources : SESI 1997 et données DREES 1999

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de l'analyse de ce tableau. Le premier est la place prépondérante des établissements relevant de la loi de 1975 qui représentent 85 % du nombre total des structures d'accueil et des places disponibles, dont 62 % en maisons de

¹ Le contenu de ces forfaits de soins est décrit dans le décret 78-478 du 29 mars 1978 (voir infra)

retraite. Le second enseignement concerne la prédominance du secteur public, qui regroupe 61 % des places, même si les établissements privés ont triplé leur capacité en dix ans.

On constate également que, hors unités de soins de longue durée, les maisons de retraite gérées par des établissements hospitaliers ont à la fois la densité en lits la plus forte et le taux de médicalisation le plus élevé (on s'aperçoit d'ailleurs que ce taux augmente avec le nombre de places). Au total, le nombre de places en sections de cure médicale représente un quart de l'ensemble des places d'hébergement, 75 % de ces 137 000 places se trouvant dans des établissements publics. Enfin, les lits médicalisés du secteur public (sections de cure et USLD) représentent plus de 30 % des capacités d'accueil.

La maison de retraite et le long séjour du CH Saint-Cloud, avec 120 lits chacun, se situent au-dessus de la moyenne des autres établissements de même statut. Ces deux structures font ainsi partie des 12 % d'établissements de plus de 100 lits, qui regroupent, à eux seuls, plus de 30 % des capacités d'accueil. En outre, avec 108 lits en section de cure et 12 en section de soins courants, la maison de retraite présente un très fort taux de médicalisation, ce qui renforce encore la constatation d'une corrélation entre nombre de lits et médicalisation.

De ce paysage démographique et institutionnel, on peut d'ores et déjà dégager quelques évolutions qui ne sont pas sans conséquences pour la réforme de la tarification ; l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes n'est qu'en partie compensée par l'ouverture de nouvelles places ; la prépondérance du secteur public dans l'offre totale est encore plus marquante à mesure que la médicalisation des places disponibles est importante.

B. et l'inadaptation du mode de financement...

① Des modes de financement éclatés

Le financement des établissements accueillant des personnes âgées distingue une part finançant les dépenses d'hébergement, à la charge du résident ou supportée par l'aide sociale, et une part destinée à financer les soins dispensés, payée par l'assurance maladie.

S'il existe presque autant de forfaits d'hébergement qu'il y a de structures d'accueil¹, on peut néanmoins établir une comparaison en fonction du degré de médicalisation et des statuts juridiques de ces structures. Une minorité des établissements d'accueil ne perçoit pas de forfaits de soins ; dans ces établissements non médicalisés, l'assurance maladie ne prend en charge que le remboursement à l'acte de soignants libéraux. Le niveau des forfaits journaliers de soins dépend de la médicalisation des structures, la création de lits de sections de cure ou de soins de longue durée étant soumis à l'autorisation préalable des autorités sanitaires régionales (préfet ou ARH).

Les forfaits soins font l'objet d'un plafonnement national, l'essentiel des établissements médicalisés percevant le niveau plafond. Au terme du décret du 29 mars 1978, les forfaits soins courants et cure médicale sont calculés à partir des dépenses prévisionnelles correspondant aux personnels médicaux et soignants, aux achats des produits et médicaments nécessaires aux soins. En sus, le forfait de la section de cure doit financer « la fourniture du petit matériel médical et les amortissements des aménagements nécessaires à la dispensation des soins ». En 1998, le forfait « soins courants » s'établissait à 20,13 francs, le forfait

¹ Cf annexe détaillant les moyennes régionales des prix d'hébergement

« section de cure médicale » à 163 francs et le forfait attribué aux unités de soins de longue durée à 260,60 francs.

Mais ce système de forfait soins corrélé au statut juridique des lits installés induit des dérives dans les dépenses d'assurance maladie. En effet, il est fréquent de constater que des

EHPAD recevant une population équivalente sont régis par des forfaits de soins différents (voire ne reçoivent aucun forfait global de soins), alors qu'ils doivent faire face à des charges médicales semblables. L'intervention de libéraux et le recours à des prestations de soins hors de l'établissement servent alors de variable d'ajustement. D'après une étude de la CNAM¹, les coûts journaliers pour l'assurance maladie, remboursements et forfaits soins, sont ainsi de 66,75 francs dans les établissements non médicalisés, de 46,50 francs pour les places de soins courants et de 165,48 francs en section de cure médicale. Le coût pour l'assurance maladie est ainsi paradoxalement plus élevé dans une structure non médicalisée que pour des places de soins courants.

Les prix de journée correspondant à l'hébergement connaissent une dispersion beaucoup plus importante pour plusieurs raisons. En premier lieu, il n'existe aucun plafonnement et le niveau maximum dépend uniquement de la politique ou de la situation budgétaire des conseils généraux, qui supportent souvent le prix de l'hébergement au titre de l'aide sociale. Les forfaits hébergement reflètent en principe la qualité de la structure d'accueil, en termes de personnel ou de confort ; les établissements commerciaux présentent généralement des prestations qui justifient des prix journaliers d'hébergement plus élevés. Enfin et surtout, le forfait hébergement fait souvent figure de variable d'ajustement lorsque la dotation versée par l'assurance maladie ne permet pas de couvrir l'ensemble des prestations de soins.

¹ CNAM Les dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie en EHPAD octobre 1997

Même lorsqu'ils ne financent aucune dépense de soins «indue », les prix de journée relatifs à l'hébergement augmentent logiquement avec la médicalisation des structures.

Au CH Cloud, ces prix s'établissaient ainsi en 1998 à 337 francs à la maison de retraite et 443 francs en long séjour.

② De nombreux effets pervers

Les effets pervers de ce mode de tarification éclaté sont nombreux et pèsent à la fois sur les structures et sur les personnes âgées accueillies.

En premier lieu, les modes d'allocation des budgets ne permettent pas une analyse globale, adaptée à la prise en charge par chaque financeur des dépenses qui lui incombent. En effet, le plafond du forfait soins est fixé à l'échelle nationale et attribué ensuite aux établissements médicalisés, à un niveau égal ou inférieur, par les DDASS. En règle générale, la dotation ainsi versée ne permet pas le financement des dépenses normalement prises en charge au titre du forfait correspondant, car elle est simplement calculée d'après la hausse annuelle de certaines charges (essentiellement de personnel) et non pas en l'ajustant sur les dépenses afférentes aux soins réellement supportées par l'établissement.

Dès lors, le prix de journée hébergement est calculé par les établissements de manière à couvrir l'ensemble des dépenses restantes, y compris les dépenses de soins non financées. Les structures d'accueil médicalisées sont ainsi contraintes, pour préserver leur équilibre, de négocier avec les Conseils Généraux et de faire payer à leurs résidents des prix de journée supérieurs au coût réel de l'hébergement. L'existence de forfaits plafonds et leur sous-dimensionnement induit donc de fréquents et importants transferts de charges au détriment des prix de journée d'hébergement.

Le processus de médicalisation des structures, c'est à dire l'attribution de places en section de cure ou en soins courants, souffre également des incohérences de la tarification actuelle. En amont, les critères d'autorisation de ces places, qui s'appuient en priorité sur les indices d'équipement du secteur, tiennent insuffisamment compte des besoins réels des résidents ou du déséquilibre existant entre structures privées et publiques. On constate dès lors une sous-médicalisation du secteur privé dont on ne sait si elle est, ou pas, justifiée par l'état des personnes hébergées. En aval, l'insuffisance des forfaits soins empêche souvent que cette attribution de ressources supplémentaires par l'assurance maladie se traduise par une hausse équivalente des dépenses de soins de l'établissement. En effet, le Conseil Général peut profiter de ce rattrapage pour réduire sa contribution ; la répartition des charges entre financeurs devient alors plus rationnel, mais la sous-dotatation de l'établissement perdure.

L'insuffisance des forfaits soins, ajoutée aux difficultés d'interprétation des textes sur la médicalisation des établissements d'hébergement, explique également certaines dérives dans l'organisation et le financement de la prise en charge médicale. Ainsi, de nombreux établissements non médicalisés disposent de personnels médicaux salariés, émergeant sur le tarif hébergement. Mais cette situation est peut-être préférable à l'intervention de multiples professionnels libéraux, sans coordination, dans des structures où la prise en charge se fait à l'acte, sans contrôle possible. Dans les établissements médicalisés, la détermination des dépenses entrant dans le cadre du forfait soins ou devant faire l'objet d'un remboursement supplémentaire a longtemps entretenu la polémique entre l'assurance maladie et les structures d'accueil (décision de la Cour de Cassation du 20 juin 1996 précisant que les médicaments dépassant le simple entretien ne sont pas compris dans le forfait soins¹).

¹ Arrêt 2961 du 20 juin 1996, chambre sociale de la Cour de Cassation

⇒ In fine, l'ensemble de ces dérives repose sur une seule constatation ; l'insuffisance des forfaits soins est compensée par une sur-évaluation des prix d'hébergement supportée par la collectivité départementale, mais aussi par les personnes âgées accueillies.

Le tableau suivant permet d'appréhender l'importance du transfert de charges, en francs, entre l'assurance maladie et les autres financeurs dans le budget 1998 de l'unité de soins de longue durée du CH de Saint-Cloud.

	Recettes		Dépenses		
SOINS	dotation globale 98	11 062 907	groupe 1	aides soignants	8 596 664
				Infirmiers	4 251 534
	autres recettes de soins	80 184		kiné, diét.	241 534
				Médecins	1 797 845
			groupe 2		706 844
	total	11 143 091	Total		15 594 421
	différence	4 451 330			
HEBERGEMENT	produits de l'hébergement	19 512 855	groupe 1	ASH	3 374 575
			groupe 3		10 554 368
			groupe 4		754 505
			Total		14 683 448
			Différence		4 829 407

⇒ L'autre effet pervers manifeste de ce mode de tarification est évidemment l'absence de prise en compte du degré de dépendance des résidents. Or, il est depuis longtemps admis que la dépendance des personnes âgées nécessite des prestations supplémentaires correspondant à la fois à des soins de base, à des dépenses logistiques et à un soutien relationnel et social plus importants. Ainsi, il n'est fait aucune évaluation de cette dépendance et de son coût au moment de l'autorisation de médicalisation des structures, ni lors de la procédure de fixation des forfaits de chaque établissement. Au sein d'un même établissement, aucune modulation des tarifs appliquée n'est également prévue pour tenir compte des différents degrés d'autonomie des résidents.

C. Ces dérives ont justifié la réforme de la tarification

① Les objectifs de la réforme

Pour permettre d'adapter l'offre d'hébergements en institutions sociales et médico-sociales aux évolutions démographiques d'ores et déjà amorcées et pour remédier à l'ensemble des effets pervers induits par le mode actuel de financement, les concepteurs de la réforme de la tarification se sont fixés plusieurs objectifs :

- établir une corrélation entre, d'une part, la dépendance des résidents et, d'autre part, le niveau de ressources des établissements et le prix payé par chaque personne accueillie
- éviter les transferts de charges indus entre les financeurs en imputant les dépenses relevant de chacun d'entre eux dans des sections tarifaires étanches
- parvenir à une meilleure prise en charge des usagers en favorisant la médicalisation de l'ensemble des structures et en obligeant les établissements à s'engager dans une démarche d'évaluation de la qualité des prestations fournies.

A ces objectifs étaient associés deux impératifs. En premier lieu, si la conséquence d'un surcoût pour la sécurité sociale semblait inéluctable et était d'ailleurs en partie accepté par l'Etat à condition qu'il soit étalé dans le temps, l'équilibre des pouvoirs et des compétences respectives de l'Etat et des départements devait être respecté. De fait, l'Etat est resté le tarificateur de la part à la charge de l'assurance maladie, le département tarifant l'hébergement et la dépendance. Le second impératif avait trait à la préservation de la part payée par les usagers. Il a en effet été estimé que les résidents acquittent près de 60 % des charges afférentes à leur prise en charge (au titre de l'hébergement, mais aussi du ticket modérateur pour les actes libéraux)¹.

La réforme devait à la fois ne pas accroître la part de dépenses payée par les résidents et résorber les fortes inégalités entre eux, résultant de l'hétérogénéité des prix des établissements.

¹ Direction de l'Action Sociale Etude sur la tarification en établissements d'hébergement Mars 1995

② Le dispositif adopté

Le dispositif de la réforme de la tarification s'organise autour de deux décrets et trois arrêtés datés du 26 avril 1999.

Le décret 99-316 « relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD » présente les principes essentiels de la nouvelle tarification. Il détaille le contenu des trois sections tarifaires en précisant les dépenses devant être couvertes par les tarifs journaliers d'hébergement et de soins, mais surtout de dépendance (c'est à dire les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liées aux soins médicaux). Ces différents tarifs sont déterminés en fonction des dépenses afférentes aux trois sections, rapportées à la répartition totale des résidents dans les six groupes de l'outil d'évaluation de la dépendance AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources). Cette grille d'évaluation, qui porte sur l'ensemble des actes de la vie quotidienne, permet le classement des résidents en groupes réunissant des niveaux de dépendance équivalents¹.

Chacun des six groupes est affecté d'une pondération, ce qui permet à l'établissement de déterminer son gir moyen pondéré (GMP), en rapportant la production totale de points GIR au nombre de résidents présents.

L'évaluation est réalisée par l'équipe de l'établissement, puis validée par les médecins du département et de l'assurance maladie. Chaque établissement calcule ensuite un tarif hébergement commun à tous les résidents, mais aussi un tarif soin et un tarif dépendance pour chacun des six groupes GIR.

Enfin, il est prévu le calcul d'une liste de ratios et de comparaisons entre le Gir moyen pondéré de l'établissement et ses charges, à destination des autorités tarifatrices.

Le décret 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable conserve la distinction entre les établissements d'hébergement, en consacrant un titre à chacune des grandes

¹ Grille d'évaluation conçue par le Syndicat National de Gérontologie Clinique

catégories juridiques de structures d'accueil (établissements publics autonomes ou rattachés, associatifs, privés à but non lucratif, privés commerciaux habilités ou non à l'aide sociale). Ce texte précise que les établissements conserve l'initiative en matière de propositions budgétaires, qui doivent être transmises avant le 15 octobre aux autorités tarifaires du département et de l'assurance maladie.

En cas de désaccord sur les tarifs fixés, des procédures contradictoires, puis contentieuses sont prévues. Des dispositions permettant l'adoption de décisions modificatives, voire la révision des tarifs, sont également insérées dans la réglementation.

Le premier des trois arrêtés du 26 avril 1999 décrit le droit d'option tarifaire dont disposent les établissements en matière de soins. Ils peuvent en effet choisir un tarif partiel incluant les dépenses des personnels médicaux et soignants salariés de l'établissement, les rémunérations d'infirmières libérales, le coût et l'amortissement du petit matériel médical ; à ces dépenses, le tarif global ajoute la prise en charge de l'ensemble des interventions des professionnels libéraux, des examens de biologie et radiologie, des médicaments.

Le second arrêté prévoit la création d'une commission départementale de coordination médicale, constituée d'un médecin de la DDASS, du Conseil général et de l'assurance maladie. Cette commission est chargée de la surveillance des opérations d'évaluation de la dépendance, de leur contrôle a posteriori et de leur transmission.

Enfin, le troisième arrêté fixe, de manière détaillée, le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle signée entre le Président du Conseil général, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et les établissements souhaitant héberger des personnes âgées dépendantes. Ces conventions tripartites conclues pour cinq ans définissent, conformément aux dispositions des lois du 30 juin 1975 et du 24 janvier 1997, les conditions financières du fonctionnement des établissements, mais surtout les critères de la qualité des prestations fournies et de leur évaluation.

II. Une réforme d'emblée contestée

L'ensemble des professionnels de l'hébergement pour personnes âgées reconnaissait la nécessité d'une réforme de la tarification et acceptaient les grandes lignes du projet tel qu'il avait été présenté. Mais, au lendemain de la publication des textes, l'hostilité est presque générale contre un dispositif juridique qualifié d'inadapté, car conduisant à augmenter les inégalités entre résidents et à accentuer les contraintes sur les structures d'accueil.

A. Un dispositif juridique imparfait...

Dans leur forme, les textes réglementaires édictant la réforme de la tarification présentent deux défauts principaux ; ils souffrent à la fois d'un calendrier mal maîtrisé et d'imprécisions importantes.

① Un calendrier mal maîtrisé

Pour plusieurs raisons, le calendrier de la réforme de la tarification paraît inadapté ; en effet, les textes sont publiés dans un contexte réglementaire qui les fragilise, d'autant qu'ils contribuent, à leur tour, aux difficultés d'intégration dans le temps du nouveau dispositif.

Il existe un véritable paradoxe à constater que les textes du 26 avril 1999 ont sans doute été publiés à la fois prématurément et avec retard. Sur plusieurs points, il apparaît que les textes réformant le financement des structures d'accueil ont précédé des modifications plus ambitieuses de l'hébergement médico social et social, alors que l'ordre inverse aurait été plus conforme à la logique législative. La loi de 1975, que l'on peut considérer comme une véritable loi cadre pour la prise en charge des personnes âgées, a été à plusieurs reprises modifiée (en particulier par la loi instituant la PSD), mais jamais véritablement réformée.

Pourtant, lors du premier semestre 1998, la Direction de l'Action Sociale du Ministère de la Solidarité a diffusé un avant-projet de loi de rénovation du texte de 1975. Ce projet comportait d'ailleurs certaines dispositions des textes d'avril 1999 : était ainsi prévue l'instauration de trois sections tarifaires, dont l'une relative à la dépendance. Malgré l'accueil globalement favorable des professionnels, ce projet a finalement été abandonné alors qu'il semblait constituer, à plusieurs égards, un préalable nécessaire à la réforme de la tarification.

Si une rénovation de la loi de 1975 eût été préférable avant toute réforme de la tarification, elle ne constituait pas pour autant une obligation législative. A l'inverse, la loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD, sur la base de laquelle ont été édictés les décrets d'avril 1999, prescrivait la redéfinition des soins de longue durée « au plus tard le 31 décembre 1998 ».

Or, dans une circulaire d'application du 15 juin 1999¹, il était précisé que la réforme s'appliquait bien aux unités de soins de longue durée, malgré le caractère provisoire de leur statut. L'absence de redéfinition des USLD constitue dès lors un des principaux moyens soulevés par des fédérations d'établissements dans leur recours pour excès de pouvoir, présenté conjointement, contre les décrets du 26 avril.

Ainsi, cette réforme peut paraître prématurée en ce qu'elle a précédé la rénovation des textes qui régissent les structures dans lesquelles elle s'applique. De même, l'absence d'une véritable simulation précédant l'adoption de ce texte peut laisser croire à une certaine précipitation des autorités réglementaires. Celles-ci se sont en effet appuyées sur des études dont le champ était pour le moins parcellaire et dont l'objet n'était pas d'appliquer aux établissements le dispositif des décrets du 26 avril (la plus complète de ces études étant sans doute celle réalisée par la DAS en 1995 et portant sur 39 établissements seulement²). Face à cette lacune et devant les difficultés et les critiques prévisibles que n'ont pas manqué de

¹ Circulaire MARTHE-DAS-DH 99-345 relative à la réforme des USLD et à la réforme de la tarification dans les EHPAD

² déjà citée

susciter la réforme, une Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement (MARTHE) a été institué avec, pour première tâche, la réalisation d'une simulation nationale portant sur un échantillon de mille établissements, soit 10 % de l'ensemble des structures. Le nombre d'établissements peut faire conclure à la représentativité de cet échantillon. En réalité, celui-ci ne reflète la réalité de la répartition entre structures de statuts différents qu'au niveau national et n'est donc pas représentatif aux échelles départementales ou régionales, alors que la convergence tarifaire sera organisée au niveau de ces collectivités.

Pour autant, et malgré cette impression de précipitation, il apparaît que cette réforme avait pris un retard important sur le calendrier initial que s'étaient fixés ses concepteurs. Celui-ci, établi par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité dans un discours de novembre 1997, fixait la date limite de parution des décrets au mois de mai 1998. Ce retard d'un an n'a malheureusement pas été mis à profit, ni, comme on l'a vu, pour simuler la réforme, ni pour approfondir la concertation avec les professionnels, puisque l'essentiel des fédérations d'établissements et le conseil d'administration de la CNAM avaient émis un avis défavorable sur le projet.

Il faut sans doute imputer à ce retard initial les nouvelles perturbations et la confusion certaine qu'entraîne l'application du calendrier prévu par les textes d'avril 1999.

En premier lieu, seules quelques dispositions de ces textes sont d'application immédiate ; il s'agit de celles modifiant et précisant le contenu des forfaits soins des sections de cure médicale. Ceux-ci recouvrent désormais davantage de dépenses qu'avant la parution du décret, ce qui permet de lever les ambiguïtés décrites plus haut et de préparer l'entrée en vigueur du nouveau forfait soins.

Les autres dispositions des décrets n'entrent en vigueur que progressivement et sous certaines conditions. La réforme ne s'applique d'abord, du moins de manière obligatoire,

qu'aux structures dont les capacités sont supérieures à 85 places (ce seuil s'applique aux unités de soins qui constituent une même entité juridique ou un même budget annexe, sans considérations d'éloignement géographique). Pour les autres établissements, la réforme ne s'applique qu'à partir du 27 avril 2001, à moins que ces établissements ne souhaitent anticiper cette date.

Par ailleurs, l'article 54 du décret 99-317 prévoit que le texte entre en vigueur, pour chaque établissement, à partir de la signature de la convention tripartite et celle-ci doit être conclue avant le 27 avril 2001, quelle que soit la taille de l'établissement. Ce délai rendant obligatoire la signature des conventions était prévu à l'origine par la loi du 24 janvier 1997, qui en fixait le terme au 31 décembre 1998. Mais ce délai a été prorogé par l'article 139 de la loi du 31 juillet 1998 contre les exclusions qui dispose que «la convention doit être conclue deux ans au plus tard après la date de publication du décret prévu à l'article 27.4 ». Cet article de la loi du 30 juin 1975 précise que « les montants des prestations sont déterminés dans des conditions fixées par voie réglementaire » ; il renvoie donc aux décrets du 26 avril 1999 réformant la tarification. Devant cet enchevêtrement des textes, on comprend les nombreuses incertitudes des professionnels quant aux délais de mise en œuvre de la réforme.

Enfin, si la convention est signée après le début de l'année civile, le budget et les tarifs de l'établissement signataire pourront être modifiés au cours de l'année pour prendre effet dès la signature du texte.

L'ensemble de ces dispositions compliquent la montée en charge de la réforme à la fois pour les établissements concernés et pour les services des conseils généraux et des DDASS, qui tentent aujourd'hui de réguler dans le temps l'étalement des demandes de conventionnement.

② Un dispositif juridique imprécis

A l'enchevêtrement et à l'inadaptation du calendrier réglementaire, viennent s'ajouter les critiques juridiques et les multiples imprécisions du texte qui rendent encore plus contestée et délicate la mise en œuvre de la réforme.

Les deux décrets instaurant la nouvelle tarification ont fait l'objet de plusieurs recours, portant sur des points souvent identiques, émanant des principales organisations professionnelles (qui s'étaient préalablement concertées).

A la suite de ces recours, une demande de moratoire sur la mise en œuvre de la réforme a également été déposée, sans réponse des autorités réglementaires. D'après les requérants, un certain nombre de dispositions, parmi les plus importantes, sont illégales en ce qu'elles manquent de bases juridiques.

Ainsi, la répartition de la charge de travail des aides soignants entre le soin (pour 70%) et la dépendance (30%), qui entraîne répartition de la charge tarifaire, ne repose sur aucun argument juridique, ni publication légale. En effet, il apparaît que cette clé de répartition a été adoptée pour limiter les déports de charges sur l'assurance maladie et qu'elle devait progressivement disparaître au profit d'une imputation intégrale des aides soignants sur le forfait soins.

De la même façon, l'instauration par les articles 16, 17 et 18 du décret 99-316 d'un mécanisme permettant la redistribution des ressources n'était pas prévu par la loi.

En effet, en prévoyant le calcul de moyennes des points relatifs à la dépendance et aux aides soignants, assorti à l'obligation pour les établissements de justifier leurs différences, ces articles prévoient un mécanisme de convergence tarifaire et dépasseraient les objectifs fixés par le législateur.

Enfin, ces organisations contestent la disparition des sections de cure médicale. Mais s'il est vrai que la loi du 24 janvier 1997 n'a pas remis en cause explicitement l'existence de

ces structures, elle a néanmoins prévu leur disparition progressive en prescrivant qu'aucune nouvelle place de section de cure ne serait autorisée (sauf pour les dossiers déposés avant 1997).

In fine, seul l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat, dans un délai qui n'empêchera sans doute pas la mise en œuvre de la réforme, décidera de la légalité des décrets et du respect par le pouvoir réglementaire de son champ de compétences. Mais d'ores et déjà, il semble que ces textes instaurent un système plus complexe que le régime précédent, ce qui vaut à la réforme le qualificatif, devenu fréquent en droit social, « d'usine à gaz ».

La première des imprécisions du pouvoir réglementaire est en fait un oubli de taille ; un tarif dépendance est institué, sans que soit précisé s'il est dû par l'assurance maladie, le département ou le résident. En pratique, il est clair que ce tarif est à la charge de l'utilisateur, éventuellement solvabilisé par une prestation d'aide sociale, mais cet oubli du gouvernement est révélateur des nombreuses imprécisions dont souffrent ces textes.

L'instauration de trois sections tarifaires au sein desquelles doivent être ventilées les charges et recettes des établissements est source de nombreuses difficultés d'appréciation, que ne résolvent pas des textes souvent imprécis. Ainsi, si l'imputation entre les différentes sections des principales dépenses est précisée par le décret 99-316 et ses annexes, l'imputation des recettes de ces établissements, qui viennent diminuer les charges avant le calcul des tarifs, est laissée à l'appréciation des différents gestionnaires. D'après la mission MARTHE, cette imprécision est sans véritable incidence car les recettes représentent, en moyenne, moins de 5 % des dépenses ; pourtant, on verra dans la seconde partie qu'il arrive que ces recettes soient beaucoup plus importantes et leur imputation délicate.

Parmi les zones de flou des textes, on peut également déplorer l'absence de définition du matériel affecté à la prise en charge de la dépendance, alors que la liste du matériel médical susceptible d'être amorti fait l'objet d'une annexe. Le choix du matériel affecté à la dépendance (et dont l'amortissement est supporté par l'utilisateur) est donc laissé à la libre appréciation des établissements. Il existe également des contradictions dans les consignes

données pour répartir les dépenses de personnel. Ainsi, il est conseillé de tenir compte des qualifications et non pas des fonctions exercées pour déterminer les dépenses d'aides soignants à répartir, alors que pour les agents, les fonctions priment sur la qualification¹.

De même, de nombreux comptes ou sous-comptes ne figurent pas dans les tableaux de calcul annexés au décret 99-316 ; dès lors, leur imputation peut être source de différences et d'inégalités entre établissements.

La mission MARTHE a d'ailleurs été la destinataire de nombreuses questions portant sur l'imputation des dépenses, ce qui a contribué à ralentir et à compliquer l'exercice de simulation nationale. Parmi les lacunes du texte qui ont fait l'objet de précisions a posteriori, on peut citer les exemples du médecin du travail ou des heures syndicales mutualisées, qu'il a été décidé d'imputer sur la section hébergement (et non pas, comme on aurait pu le penser, au prorata des charges de personnel). De telles décisions, émanant de services de l'Etat (mais n'ayant pas pour autant force de droit) peuvent prêter à polémique puisqu'elles conduisent à alourdir les dépenses à la charge de l'utilisateur ou du département en diminuant le forfait soins.

B. Une réforme qui accentue les inégalités entre résidents

Si, pour les premières années d'application au moins, la nouvelle tarification ne permet donc pas de simplifier les modalités de financement des établissements hébergeant des personnes âgées, il est plus préoccupant de constater qu'elle ne permet pas non plus d'assurer l'égalité de ces personnes âgées. En effet, tant par la méthode adoptée que sur le fond, le nouveau dispositif introduit de nouveaux facteurs d'iniquité entre les résidents d'un même établissement ou d'établissements différents.

¹ Indications contenues dans la « foire aux questions » diffusée par la mission MARTHE

① La réforme introduit de nouvelles inégalités

Dans le calendrier qu'il établit, distinguant les établissements de plus et de moins de 85 lits, l'article 3 du décret 99-316 établit une distinction qui semble arbitraire entre les établissements et surtout entre leurs résidents. En effet, les établissements qui comportent moins de 85 lits ne seront pas tenus d'appliquer dans un délai d'un an la nouvelle tarification. A l'inverse, les établissements les plus importants devront rapidement signer la convention tripartite emportant la création d'un tarif dépendance à la charge des résidents. Ainsi, pour deux résidents atteints d'un même niveau de dépendance, mais hébergés dans des structures de taille différentes, l'un supportera immédiatement les charges inhérentes à la prise en charge de son handicap, alors que l'autre ne continuera à payer que les charges relatives à son hébergement.

De la même façon, l'article 30 du décret 99-316 distingue les établissements dont le gir moyen pondéré est supérieur à 700 et ceux pour lesquels il est inférieur, en prescrivant que la dotation globale de soins des premiers ne peut être réduite, même si l'application de la nouvelle tarification le justifiait. Selon les établissements, le déport sur les tarifs hébergement et dépendance sera donc évité, permettant aux résidents de ne pas supporter des dépenses qui seront à leur charge dans une autre structure (et cela pour un même niveau de dépendance et des prestations équivalentes).

Enfin, la réforme adoptée présente un défaut majeur au regard du principal objectif qui lui était fixé ; l'établissement d'un lien entre la dépendance de chaque résident et le coût par lui supporté. En effet, s'il est exact que les résidents paieront des tarifs dépendance différents en fonction de leur classement dans la grille AGGIR, ces tarifs sont en fait calculés d'après la part relative de chaque groupe iso-ressources au sein de la population hébergée. Par exemple, à la maison de retraite du CH Saint-Cloud et toutes choses étant égales par ailleurs, un résident classé en Gir 1 paierait 114 francs par jour au titre de la dépendance s'il est le seul

affecté d'un tel niveau de dépendance, mais il ne paierait que 104 francs si ce groupe rassemble 12 % des résidents (comme c'est le cas en réalité).

Ainsi, l'objectif d'une tarification adaptée à chaque résident en fonction de son niveau de dépendance, qui avait fait l'objet d'un large consensus lors des concertations initiales, a été dévoyé par les mécanismes mis en place et l'introduction de nouvelles distinctions entre les établissements.

② L'absence de prise en charge de la dépendance

Surtout, et c'est sans doute là le défaut principal de la réforme engagée, l'imputation aux personnes hébergées des coûts afférents à la prise en charge de leur dépendance n'est pas accompagnée d'un dispositif efficace de solvabilisation de ces personnes. Ainsi, en matière de dépendance, le législateur français a fait le « non-choix » de la PSD, prestation dont le versement en établissements ne permettra pas d'accompagner la montée en charge de la réforme, ni d'en atténuer les effets pervers.

La réforme de la tarification a résulté, chronologiquement, de la mise en place de la prestation spécifique dépendance, alors que cette prestation aurait dû être instituée en fonction des exigences induites par la nouvelle tarification. C'est en effet, on le rappelle, la loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation dépendance qui a prévu une réforme de la tarification des EHPAD avant le 31 décembre 1998. Pour beaucoup, cette loi au caractère provisoire (« loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie...») devait être renouvelée, du moins pour la partie afférente au versement de la prestation en établissements, au moment de la réforme de la tarification. Pourtant, cette loi temporaire se pérennise, alors que le comité national de la coordination gérontologique, chargé de son évaluation, souligne « les faiblesses du dispositif, les insuffisances de la loi et de son application »¹ et que la réforme du financement rend encore plus urgente sa rénovation.

¹ Synthèse du rapport du comité national de la coordination gérontologique janvier 1999

Le texte du 24 janvier 1997 marque le refus de l'instauration d'un financement socialisé de la dépendance comme « cinquième risque » de la sécurité sociale, financé par les cotisations sociales, à l'image de l'assurance –dépendance instituée en Allemagne en mai 1994. De manière plus paradoxale et préoccupante, il semble également que cette loi résulte moins

d'une volonté forte de mieux répondre aux besoins liés à la dépendance, que d'un souci des financeurs de l'aide sociale de limiter la hausse de leurs dépenses. En effet, les Présidents de Conseils Généraux souhaitaient faire évoluer l'allocation compensatrice pour tierce personne, qui participait au financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en limitant son champ d'attribution aux personnes handicapés de moins de soixante ans. Ce désengagement a permis aux départements de limiter la progression de leurs dépenses d'aide sociale, qui ont même diminué entre 1996 et 1997 .

Parce qu'elle ne traduisait pas une véritable volonté politique assortie de financements suffisants, la PSD présente aujourd'hui un bilan largement négatif. En premier lieu, elle n'a pas permis une prise en charge plus large des personnes âgées dépendantes, mais elle a au contraire restreint le champ des allocataires.

En effet, les critères d'attribution de cette prestation sont plus sévères que ceux qui régissaient le versement de l'allocation compensatrice pour tierce personne aux plus de soixante ans (allocation désormais réservée aux GIR 1 à 3, mise sous conditions de ressources plus stricte, dispositif de récupération sur succession). De plus, ce dispositif souffre d'une contradiction fondamentale puisque les départements où la population est la plus âgée sont justement les plus défavorisés et ils ne peuvent donc servir un montant d'aide suffisant. Dès lors, une population importante ne bénéficie plus de cette forme d'aide sociale ; deux ans après sa mise en place, et alors que le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 700 000, seules 80 000 personnes recevaient la PSD (contre 1 500 000 bénéficiaires de l'assurance dépendance en Allemagne)¹.

¹ DREES Etudes et résultats La prestation spécifique dépendance avril 1999

Le versement de la PSD en établissements pour personnes âgées semble concentrer tous les défauts du dispositif. Au début de l'année 1999, on pouvait estimer à 36 000 le nombre de personnes âgées hébergées recevant la PSD, pour environ 300 000 personnes très dépendantes reçues en institutions. Même en ajoutant à ces allocataires les quelques 60 000 résidents qui perçoivent encore l'ACTP, seulement 15,5 % des personnes hébergées, soit 30 % des plus dépendants (GIR 1 à 3), reçoivent une aide liée à leur perte d'autonomie. Par ailleurs, le montant de la prestation versée est notoirement insuffisant parce qu'il n'existe pas, comme c'est le cas pour la prestation versée aux personnes à domicile, de seuil minimal du niveau de PSD en établissements. Ainsi, ces montants varient fortement en fonction des moyens et des politiques des collectivités départementales ; pour un montant moyen de 70 francs par jour pour un GIR 1, plus d'un tiers des départements français versent moins de 60 francs et onze départements offrent une aide journalière supérieure à 80 francs¹.

L'insuffisance du nombre d'allocataires et du montant des prestations est encore devenue plus criante avec le nouveau mode de financement des établissements qui fait supporter aux résidents les charges liées à la dépendance. Même si des projets de réforme de la PSD apparaissent de plus en plus souvent, il n'est plus question, comme c'était le cas dans les premières versions des décrets parus en avril, de faire « couvrir le tarif dépendance par la PSD » (la suppression de cet alinéa expliquant sans doute « l'oubli » de désignation du payeur de ce tarif dans la version finale des textes). Il semble même que certains départements souhaiteraient réserver l'attribution des prestations d'aide sociale à la solvabilisation des dépenses d'hébergement et ne pas l'étendre à celles relatives à la dépendance.

Dès lors, les résidents paieront l'essentiel des dépenses de la section tarifaire dépendance, y compris si un seuil minimal est fixé. De plus, un excès inverse n'est également pas à exclure, puisqu'on peut craindre que le niveau de PSD de certains allocataires soit réduit

¹ Le Livre noir de la PSD juin 1998

par le Conseil Général, si le tarif dépendance de l'établissement s'avère moins élevé que la prestation reçue.

On voit donc que l'absence de connexion entre tarif dépendance et PSD devrait encore accentuer les conséquences préoccupantes de la loi du 24 janvier 1997.

A titre d'exemple, le département des Hauts de Seine verse, au maximum, 92 francs par jour pour un GIR 1, ce qui constitue l'une des dix plus fortes PSD attribuée en établissement. Dans les structures d'hébergement du CH de Saint Cloud, une telle prestation permet en principe de couvrir l'essentiel du tarif dépendance de ce GIR, qui s'établirait respectivement à 105 et 120 francs en long séjour et maison de retraite. Mais, du fait des conditions restrictives d'attribution de la prestation (et alors même que près de 50 % des résidents perçoivent l'aide sociale), seuls cinq résidents en long séjour et un en maison de retraite ont reçu la PSD en 1998, pour des montants moyens de 82 francs par jour. Dans ces structures situées dans l'un des départements les plus riches de France, la PSD prend ainsi en charge seulement 1 % des dépenses afférentes à la dépendance.

C...et accroît les contraintes des établissements.

La réforme adoptée risque donc d'accroître les inégalités entre usagers, alors même que son objectif était justement de remédier aux disparités liées aux statuts juridiques des établissements. De plus, les modifications de la procédure budgétaire conduisent à accentuer les contraintes pesant sur les établissements, qui dans leur ensemble, ne disposeront pas de financements supplémentaires pour faire face aux nouvelles exigences introduites par les textes.

① Une autonomie de gestion réduite

Les textes réformant le financement des EHPAD, et en particulier le décret 99-317 sur la procédure budgétaire et comptable, organisent une certaine uniformisation des procédures budgétaires puisque l'ensemble des catégories juridiques d'établissements sont désormais

régis par un même texte, sous réserve de certaines spécificités. Pour autant, le régime mis en place ne constitue pas véritablement un progrès en matière d'autonomie budgétaire en ce qu'il accroît le pouvoir des autorités tarifcatrices, dans le cadre d'une contractualisation « à sens unique ».

Certains aspects du décret budgétaire et comptable améliorent les marges de manœuvre des établissements en matière de procédure comptable, en uniformisant des règles déjà en vigueur dans certains d'entre eux. Ainsi, les établissements publics autonomes et privés à but non lucratif peuvent désormais procéder à l'affectation de leurs excédents à l'investissement ou à la réserve de compensation.

De telles mesures devraient permettre aux établissements de faire face aux conséquences de la réforme en cours en finançant les investissements nécessaires au respect des normes de qualité et en lissant dans le temps les effets des enveloppes limitatives de l'assurance maladie. De même, ces établissements auront désormais la possibilité d'effectuer des reprises sur leurs excédents de trésorerie (qui sont parfois importants dans les EHPAD) afin de financer des investissements ou des mesures pérennes d'exploitation. Enfin, les directeurs d'établissement peuvent désormais procéder à des virements de crédits, de compte à compte, sans délibération préalable du conseil d'administration. En effet, les approbations compte par compte sont remplacées par la fixation par chaque autorité tarifaire du montant global de dépenses lui incombant.

Mais ces quelques avancées techniques dans l'autonomie de gestion des directeurs d'établissements paraissent de bien minces compensations aux procédures nombreuses qui tendent, à l'inverse, à augmenter le pouvoir des autorités tarifcatrices.

En premier lieu, et de manière symptomatique, l'élargissement des possibilités d'affectation des résultats est immédiatement compensé par l'impossibilité, pour les gestionnaires, d'affecter les résultats d'une section tarifaire à une autre de ces sections (afin de respecter le principe d'étanchéité des trois sections). De même, en contrepartie de l'autorisation de nouveaux modes de financement des investissements, le décret a ajouté « les

opérations d'investissement ayant une incidence financière pluri-annuelle sur le budget d'exploitation » aux décisions qui doivent être soumises à autorisation préalable des autorités de tarification. Ce principe d'inopposabilité aux financeurs de décisions qu'ils n'auraient pas approuvées s'étend également aux variations du tableau des effectifs et à toute dépense non approuvée. Même si les rédacteurs du décret s'en défendent, il s'agit là d'un accroissement du champ d'intervention de la tutelle a priori.

Enfin, ces dispositions sont complétées par l'obligation, pour les directeurs d'EHPAD, de présenter un rapport circonstancié justifiant les éventuels déficits de leur budget et présentant les mesures pour y remédier.

Si on peut comprendre que les conseils généraux ou l'assurance maladie refusent de financer des dépenses qui résulteraient de décisions unilatérales et injustifiées des établissements, on peut également regretter que la réciproque ne soit pas vraie et que les établissements puissent pâtir, sans pouvoir les contester, de décisions diminuant leurs ressources. En effet, l'article 29 du décret 99-317 prévoit que des décisions modificatives susceptibles d'entraîner une révision des tarifs peuvent intervenir, entre autres, « à l'occasion de la modification des choix budgétaires de la collectivité concernée ». Cette disposition soumet donc les établissements à un risque de diminution de leurs ressources budgétaires résultant d'un simple changement d'orientation politique du Conseil Général.

L'instauration de conventions tripartites (réunissant l'établissement, le Conseil général et l'assurance maladie) constitue l'une des principales novations de la réforme. La contractualisation des relations régissant les EHPAD et les autorités de tarification constitue, à première vue, un progrès et une garantie quand à l'autonomie des établissements. Mais il semble que, là aussi, l'impression d'émancipation des gestionnaires d'établissements ne résiste pas à l'analyse de l'environnement et du contenu de ces conventions. Les obligations des parties contractantes n'ont pas la même durée de validité et on peut donc s'interroger sur le caractère synallagmatique de ces contrats.

En effet, les établissements signataires doivent s'engager sur des objectifs de qualité des prestations pour une période de cinq années (durée de validité des conventions). Mais, tant l'assurance maladie que les conseils généraux ne sauraient s'engager pour une telle période au cours de laquelle ils ne peuvent garantir la stabilité de leurs ressources budgétaires (en application du principe d'annualité budgétaire). Les textes prévoient donc la possibilité de modifier ces conventions par des avenants annuels, dont l'initiative risque d'être réservée, sinon en droit du moins en fait, aux autorités de tarification.

Enfin, les conventions tripartites induisent une évolution importante en matière de responsabilité des directeurs d'établissement. En effet, en signant ces textes, ils s'engagent à faire fonctionner leurs structures avec les moyens prévus et reconnaissent le caractère suffisant de ces moyens au regard de leurs besoins. Ainsi, les responsables des EHPAD auront la charge d'une évaluation fine de leurs besoins futurs, d'autant plus difficile qu'elle devra porter sur des domaines, inscrits dans le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril, jusque-là étrangers à la plupart des EHPAD. Par ailleurs, il ne sera plus possible pour les gestionnaires d'établissements d'arguer de l'insuffisance de leurs ressources pour justifier les éventuels manquements à leurs obligations (pratique aujourd'hui fréquente, en particulier en matière de sécurité).

② Le risque de diminution des ressources

L'accroissement des contraintes pesant sur les EHPAD ne se limite pas à des considérations de procédure budgétaire ou comptable, ni à l'introduction d'une contractualisation obligatoire. Elle se traduit surtout pour de nombreux établissements par un risque de diminution des ressources budgétaires qui s'appuie sur plusieurs mécanismes distincts.

Mécaniquement, la réforme de la tarification devrait profiter à certains établissements et coûter à d'autres.

En effet, de nombreux établissements, en particulier dans le secteur commercial, ne reçoivent actuellement aucune dotation de l'assurance maladie et financent leurs dépenses de

soins par une partie des produits de l'hébergement. Dans ces EHPAD, l'impact favorable de la réforme devrait être égal aux dépenses désormais imputées à la section soins. Cette conséquence devrait être la même dans tous les établissements où le forfait global de soins ne finançait pas l'ensemble des dépenses médicales, à condition que cette hausse des recettes de la section soins ne soit pas compensée par une diminution équivalente des produits de l'hébergement.

En contrepartie, il existe quelques établissements (beaucoup moins nombreux) dans lesquels le forfait global de soins finance aujourd'hui des dépenses afférentes à l'hébergement des résidents. Dans ces structures, la dotation versée par l'assurance maladie devrait diminuer, sauf si ces établissements présentent un GIR moyen pondéré supérieur à 700 ou un ratio « poste d'aides soignants par lit » inférieur à la moyenne régionale (mécanisme du cliquet anti-retour). Cette hypothèse semble pourtant peu probable, considérant le caractère assez restrictif des deux conditions énoncées. In fine, il semble donc que ce rééquilibrage entre les financeurs ne sera pas neutre au plan national comme pouvaient le penser les rédacteurs des décrets, mais qu'il entraînera un surcoût important pour l'assurance maladie.

Par ailleurs, au-delà de cette conséquence attendue d'une remise à niveau des financements respectifs, la réforme initiée se fixe un objectif d'allocation optimale des ressources entre établissements à partir de plusieurs éléments de comparaison. A juste titre semble-t-il, ces dispositions contenues dans les articles 16 à 20 du décret 99-316 ont été comprises comme instituant un mécanisme de convergence tarifaire entre les EHPAD. Les comparaisons entre établissements sont organisées autour de deux ratios relatifs aux coûts de la dépendance et des soins, calculés par les autorités respectives de tarification. Le président du Conseil général calcule ainsi la valeur du point relatif à la dépendance en divisant les charges nettes afférentes à cette section par la production totale de points Gir. De même, le préfet divise les charges relatives aux aides-soignants imputées à la section soins par la production totale de points Gir. Les EHPAD devront ensuite expliquer et justifier les écarts si la valeur de leurs ratios est supérieure à la moyenne départementale.

Ces dispositions permettent de comparer les moyens des établissements et d'imaginer un mode transparent et équitable d'allocation des ressources. Pour autant, cette comparaison présente des risques importants pour l'ensemble du secteur d'hébergement. En effet, on perçoit d'ores et déjà le raisonnement « sophiste » sur lequel ne manqueront pas de s'appuyer les autorités de tarification ; si la valeur du point (dépendance ou soins) d'un l'établissement A est supérieur à la moyenne départementale, cela signifie qu'il est trop doté et que ses ressources doivent diminuer pour opérer un rapprochement avec les autres EHPAD. Si les moyens des établissements les mieux dotés sont diminués, la valeur moyenne du point départemental baisse les années suivantes, et de nouveaux établissements (disposant de ressources toujours moins importantes) se retrouvent au-dessus de cette moyenne. On perçoit là le mécanisme de cercle vertueux pour les financeurs, vicieux pour les établissements.

On peut pourtant renverser cette logique pour considérer que l'ensemble des EHPAD ne dispose pas des ressources suffisantes pour offrir des prestations de qualité ; il conviendrait alors de rapprocher les moyennes départementales des plus hautes valeurs de points constatées (et non pas l'inverse) en augmentant les ressources de tous les établissements.

Les risques de diminution des ressources budgétaires de certains EHPAD sont donc inhérents à la réforme. Pour autant , ils ne sont pas inéluctables ; la contrainte budgétaire sera d'autant moins forte si les financeurs acceptent d'augmenter leur contribution. De nombreux responsables d'établissements reconnaissent d'ailleurs que la réforme de la tarification devient acceptable et même bénéfique si elle est accompagnée de moyens supplémentaires.¹

Les résidents sont les premiers financeurs des EHPAD puisqu'ils supportent déjà directement près de 60 % des dépenses afférentes à leur prise en charge (au titre de l'hébergement et du ticket modérateur lors de l'intervention de professionnels libéraux). Il n'est donc pas question, en principe, d'augmenter leurs dépenses ; pour ses promoteurs, la

¹ Luc Broussy, Président de l'Union nationale des établissements privés pour personnes âgées : « accompagnée de moyens suffisants, cette réforme pourra améliorer la situation. Mise en route à coûts constants, elle accentuera les difficultés des établissements et figera les inégalités »

réforme devrait s'effectuer à coût constant pour les usagers. Néanmoins certains d'entre eux pourraient voir leurs coûts augmenter rapidement. Ainsi dans les établissements où le rééquilibrage entre

les dépenses d'hébergement et de soins provoquera une hausse du tarif hébergement (et dépendance), celle-ci sera supportée par les usagers. De plus, les résidents verront leur contribution s'accroître lorsque leur état d'autonomie se dégradera, les faisant passer dans un groupe iso-ressources plus lourd, au tarif dépendance plus élevé.

Les dépenses des conseils généraux devraient également augmenter dans la minorité d'établissements où le forfait soins finance aujourd'hui indûment des dépenses d'hébergement. Mais cette augmentation de la part des départements dans le financement des EHPAD (environ 10 % dans l'ancienne tarification) dépendra surtout de leur politique en matière d'aide sociale, c'est à dire d'évolution de la PSD et de solvabilisation du tarif dépendance.

En revanche, il est indéniable, on l'a vu plus haut, que les dépenses de l'assurance maladie devraient augmenter de façon importante pour accompagner la montée en charge de la réforme. Pierre Gauthier, Directeur de l'Action Sociale au Ministère de l'emploi et de la solidarité, reconnaissait d'ailleurs que « la réforme est un moteur dont il faut trouver le carburant ; il est évident que la prise en charge convenable des personnes suppose des moyens nouveaux qui viendront de dotations spéciales de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie ou du redéploiement des enveloppes hospitalières »¹. Les concepteurs de la réforme, conscients de l'impact important de la nouvelle tarification sur les dépenses d'assurance maladie, avaient tenté d'en atténuer les effets en répartissant les dépenses d'aides soignants sur le soin et la dépendance. Cette clef de répartition était normalement appelée à disparaître, l'ensemble des charges d'aides soignants devant être payées par l'assurance

¹ in Actualités Sociales Hebdomadaires n°2114 du 19 avril 1999

maladie. Quoi qu'il en soit, elle n'empêche pas la hausse importante des dépenses de soins, conséquence du réajustement mécanique des forfaits.

La Direction de l'Action Sociale, dans un document de juillet 1998, indiquait d'ailleurs que la réforme ne pouvait réussir que si, chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait des mesures nouvelles sur l'ONDAM¹. De même, une circulaire à paraître indique que les enveloppes régionales seront abondées, dès 2000, par des crédits destinés à accompagner la montée en charge de la réforme².

Il faut donc souhaiter que des moyens supplémentaires suffisants soient consacrés aux EHPAD à l'occasion de la réforme de leur mode de financement. A ce titre, on rappelle que le taux d'évolution de l'ONDAM pour le secteur médico-social de 4,9 % prévu pour le budget 2000, soit une augmentation de 500 millions de francs, ne pourra pas être intégralement consacré à la montée en charge de la réforme. Le maintien de ces taux d'évolution à un niveau élevé devrait donc s'accompagner de l'instauration d'une fongibilité des enveloppes entre les secteurs sanitaire et médico-social.

L'accompagnement financier est en effet une condition *sine qua non* à la réussite de ce texte, dont on a vu qu'il était par ailleurs handicapé par biens d'autres défauts.

Comme les autres EHPAD, les établissements hospitaliers gérants des structures d'hébergement souffraient de l'inadaptation de l'ancienne tarification et devront s'accommoder des défauts du nouveau dispositif. Mais la spécificité de ces établissements les expose à bien d'autres contraintes qu'il leur faudra surmonter.

¹ DAS La réforme de la tarification dans les EHPAD document de présentation juillet 1998

² Circulaire MES/MARTHE 99- relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2 000 applicable aux EHPAD

Anticiper la réforme de la tarification dans le secteur hospitalier

I. La réforme de la tarification entraîne des contraintes spécifiques aux établissements publics de santé gérant des EHPAD

A. La spécificité des EPS dans l'hébergement des personnes âgées

① La place des EHPAD du secteur hospitalier public

Les structures d'hébergement gérées par des établissements publics de santé présentent plusieurs caractéristiques qui font de ces établissements un secteur particulièrement menacé par certaines conséquences de la réforme de la tarification.

On a vu dans la première partie la sur-représentation des établissements publics dans l'hébergement des personnes âgées dépendantes et surtout dans l'hébergement médicalisé. Cette sur-représentation est encore plus importante pour le seul secteur de l'hébergement rattaché aux hôpitaux publics. Ce secteur présente également les taux d'encadrement en personnel et les proportions de résidents très dépendants les plus élevés.

Les statistiques du Ministère de l'emploi et de la solidarité dénombrent environ 1 100 maisons de retraite rattachées à des hôpitaux publics, qui représentent plus de 100 000 places (soit 18% des places installées en maisons de retraite)¹. Ces établissements sont ceux regroupant le plus grand nombre de lits, avec une moyenne de 93 places par structure, contre 90 en maisons de retraite autonome et 55 tous statuts confondus. Dans ces maisons de retraite hospitalières, 49 % des lits sont installés en section de cure médicale, contre 42 % dans les maisons de retraite publiques autonomes et 25 % dans les

¹ SESI L'hébergement collectif pour personnes âgées Informations rapides n°89 de février 1997

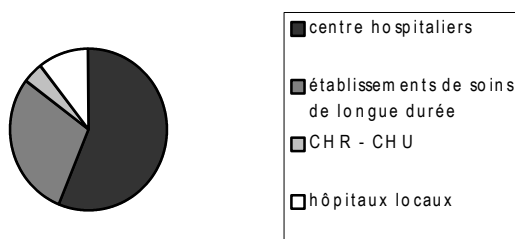
établissements à but lucratif. Les établissements hospitaliers gèrent ainsi plus du tiers des places de section de cure¹.

Considérant la taille moyenne élevée des maisons de retraite hospitalière, une majorité d'entre elles sera tenue d'entrer dans la nouvelle tarification avant l'échéance de 2001. De plus, ces établissements bénéficiant d'une médicalisation très importante (près de la moitié des places sont très médicalisées, sans même tenir compte des forfaits de soins courants), leur passage à la nouvelle tarification devrait s'accompagner d'un fort transfert de charges entre financeurs du fait du réajustement à la hausse du forfait global de soins.

Les services de soins de longue durée sont également très majoritairement installés dans des établissements hospitaliers publics, alors que la loi du 31 juillet 1991 prévoit que tant les établissements de santé publics que privés ont pour objet de dispenser ce type de soins. Avec 861 établissements regroupant environ 75 000 places, le secteur public représente plus de 90 % de l'offre en soins de longue durée. Le nombre moyen de places installées par établissement hospitalier public est de 87, contre 54 dans les établissements de santé privés.

Le graphique ci-dessous présente la répartition des places dans les différents établissements publics de soins.

Répartition des établissements publics comportant des U SLD



Répartition des places d'U SLD dans ces établissements publics



Source ; *Les services de soins de longue durée Rapport de l'IGAS 1996*

Les EHPAD rattachés à des établissements publics de santé présentent donc un taux de médicalisation bien supérieur à la moyenne nationale. Corollaire de cette médicalisation importante, le taux d'encadrement en personnel est également très élevé dans ces structures.

¹ Données du SESI ; bulletins d'informations rapides de 1997 et 1998, données sur la situation sociale 1999
Sylvain DUCROZ – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 1999

Ainsi, selon des données 1996¹, le nombre de personnels statutaires, toutes catégories confondues, employés dans les maisons de retraite hospitalière est de 35 pour 100 lits, contre 31 dans les maisons de retraite privées et 39 dans les autres maisons de retraite publiques. Mais ces ratios sont davantage révélateurs lorsqu'on s'intéresse seulement aux personnels de soins. On s'aperçoit alors que les maisons de retraite hospitalières comptent 4 infirmiers et 13 aides soignants pour 100 lits, alors que ces ratios tombent respectivement à 3 et 9 dans les autres maisons de retraite publiques, et à 1,6 et 5 dans les établissements privés. Ces différences conséquentes recourent celles constatées en matière de médicalisation. On peut les expliquer en prétendant que les autorisations de sections de cure ont été davantage accordées aux établissements publics, mais cette situation est peut-être aussi la conséquence du recrutement des structures rattachées à des établissements de soins, qui attirent naturellement des personnes plus dépendantes.

Les ratios de personnel des unités de soins de longue durée sont évidemment bien plus élevés¹. En premier lieu, on trouve dans ces structures un médecin pour 91 lits contre un médecin pour 488 lits de maisons de retraite hospitalière. Le taux d'encadrement de l'ensemble des personnels non médicaux s'élève à 43 agents par lit selon l'IGAS, à 53 selon le SESI. Au sein de ce personnel, les services de soins de longue durée présentent un ratio d'environ 9 infirmiers et 26 aides soignants pour 100 lits.

La forte médicalisation et les ratios de personnel assez élevés des EHPAD rattachés à des structures hospitalières s'expliquent par l'état de dépendance des personnes hébergées qui s'avère plus lourd que dans les autres structures, comme le montre le tableau suivant.

Ce tableau, qui présente la répartition des résidents hébergés en pourcentages cumulés, montre la sur-représentation des trois Gir les plus lourds en maisons de retraite et, surtout, en long séjour.

¹ SESI Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998

GIR	EHPAD					
	Privé non lucratif*	Public (ensemble)*	MR médicalisés *	MR St Cloud	Long séjour **	USLD St Cloud
GIR 1	17,1	17,2	17,6	13	38,7	47
GIR 2	34,9	44,3	43,6	56	78,7	85
GIR 3	43,5	59,5	58,9	73	89,2	90
GIR 4	58,9	75,4	76,5	87	95,2	99
GIR 5	70,7	84,6	86,9	95	97,9	100
GIR 6	100	100	100	100	100	

Sources ; * Etude sur la tarification en EHPAD DAS 1995

** Les services de soins de longue durée Rapport de l'IGAS 1996

② L'enjeu de la redéfinition des soins de longue durée

Les EHPAD rattachés à des établissements hospitaliers partagent donc d'importantes spécificités, dont une forte médicalisation qui implique l'emploi d'un personnel plus nombreux que dans les autres structures de taille équivalente. Surtout, l'essentiel des unités de soins de longue durée sont installées dans le secteur public. Or, ce secteur est aujourd'hui l'une des principales pierres d'achoppement du nouveau mode de tarification.

On a vu dans la première partie que, contrairement aux dispositions de la loi instituant la PSD, les soins de longue durée n'avaient pas été redéfinis dans le délai imparti au pouvoir réglementaire (expirant le 31 décembre 1998). Cette absence de réforme impliquait, pour de nombreuses organisations professionnelles, que la nouvelle tarification ne s'applique pas aux USLD. Mais, après plusieurs tergiversations, il a été décidé que ces structures entraînent dans le champ de la réforme en considérant que « les personnes accueillies en USLD sont lourdement dépendantes, mais ne nécessitent pas, une surveillance médicale continue, ni des soins techniques lourds »¹. En fait, il semble que cette question de l'application de la réforme aux USLD cache un conflit entre les autorités sanitaires et les autorités du secteur social et médico-social.

¹ Rapport de l'IGAS Les services de soins de longue durée décembre 1996

En effet, en décidant d'appliquer le texte au long séjour, le pouvoir réglementaire rapproche du secteur médico-social les USLD, et les quelques huit milliards de francs consacrés au financement de leur forfaits soins, jusque-là sous la responsabilité unique des autorités sanitaires.

L'application de la nouvelle tarification aux USLD pose plusieurs problèmes. En premier lieu, ces structures n'avaient pas pour vocation initiale de devenir une nouvelle catégorie d'établissements pour personnes âgées, mais de soigner et d'héberger toutes personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale et des traitements d'entretien. Ainsi, environ 3 % des personnes reçues en soins de longue durée, soit 2 500 personnes, ont moins de soixante ans. Les autorités réglementaires ont argué de cette faible proportion pour décider de l'application de la réforme à l'ensemble des lits et résidents du long séjour « quel que soit l'âge des résidents hébergés ». Pourtant, l'attribution de la PSD permettant de solvabiliser le tarif dépendance est réservée aux plus de soixante ans².

Au jour d'aujourd'hui, et d'après les observations apportées par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité aux recours contre les décrets d'avril, il semble que cette décision d'appliquer uniformément la nouvelle tarification soit revue et que les personnes de moins de 60 ans continueront de relever de l'ancienne tarification³. Cette décision, à paraître dans une prochaine circulaire, risque de compliquer davantage la gestion des établissements recevant des moins de 60 ans, mais la perspective de réforme des USLD devrait permettre d'éviter la pérennisation de cette difficulté.

Davantage que la question des résidents de moins de soixante ans, c'est celle de l'évaluation des pathologies des personnes hébergées qui freine cette redéfinition des soins de longue durée. L'affirmation contenue dans la circulaire du 15 juin 1999, selon laquelle la quasi-totalité des personnes accueillies ne nécessite pas de surveillance médicale continue, ni

¹ Circulaire MARTHE-DAS-DH du 15 juin 1999

² article 2 de la loi du 24 janvier 1997

³ Réponse du Minstre de l'Emploi et de la Solidarité adressée au Conseil d'Etat le 9 septembre 1999

de soins techniques lourds, permet d'assimiler les résidents des USLD à ceux des autres EHPAD. Pourtant, un tel constat semble en contradiction avec plusieurs études récentes¹. Celles-ci s'accordent à montrer que les résidents hébergés en USLD souffrent en moyenne de cinq pathologies chroniques, donnant fréquemment lieu à des recours thérapeutiques.

D'après l'IGAS, la charge en soins thérapeutiques et techniques est légère pour 56 % des patients et lourde pour un tiers d'entre eux (elle n'est nulle que dans 3 % des cas).

Associés à la CNAM, les concepteurs de la grille AGGIR, parmi lesquels le Dr Vetel, président du syndicat national de gérontologie clinique, ont élaboré un système d'information destiné à évaluer la charge en soins nécessaire au traitement des états poly-pathologiques des personnes âgées. Cet outil, intitulé PATHOS, permet d'évaluer l'ensemble des populations des institutions gériatriques, il a d'ailleurs fait l'objet d'une large diffusion dans les établissements et est utilisé par le service médical de la CNAM. D'après le Dr Vetel, PATHOS évalue à environ 45 % la part des personnes hébergées en USLD dont l'état pathologique nécessite le recours aux compétences médico-techniques de l'hôpital (ces résidents sont dits hospitalo-requérants). Cette proportion est à comparer aux 95 % de lits de long séjour que le Ministère souhaiterait faire basculer dans le secteur de l'hébergement peu médicalisé.

Ces controverses sur l'évaluation du besoin en soins des résidents d'USLD recourent également des préoccupations financières. Ainsi, alors qu'au printemps dernier était annoncée la publication d'une circulaire organisant l'évaluation de tous les résidents de long séjour selon l'outil PATHOS, celle-ci n'est jamais parue et le Ministère a décidé de ne plus promouvoir un outil qui ne s'applique qu'aux personnes âgées. En effet, les futurs services de long séjour auront également vocation à accueillir des patients jeunes, car ils devront traiter « les états végétatifs chroniques, les maladies dégénératives du système nerveux et les

¹ Rapport de l'IGAS sur les USLD (1996), mémoire de DEA d'O.Drunat sur l'Analyse de l'Activité Médicale Gériatrique en USLD (1997)

malades requérant des soins techniques lourds prolongés »¹. La Direction des Hôpitaux a donc décidé de mettre en place un groupe de travail chargé d'élaborer de nouveaux critères d'orientation des résidents en USLD. Pour certains professionnels, le risque n'est pas à exclure que ce groupe aboutisse à un instrument construit « sur mesure » pour la Direction des Hôpitaux, en fonction du nombre de résidents, et donc du niveau de dépenses, que les autorités sanitaires souhaitent conserver sous leur responsabilité.

In fine, il semble que le nombre de places disponibles dans les USLD rénovés sera réduit. Les résidents dont l'état nécessite peu de soins seront orientés vers les autres structures d'hébergement (le nombre de places étant augmenté par la transformation d'une partie des lits d'USLD). Les autres résidents, une minorité d'après le Ministère, seront pris en charge dans les USLD rénovés, dont la mission pourrait ressembler à celle des actuels soins de suite et de réadaptation. Il conviendra alors de garantir un niveau élevé de médicalisation dans les EHPAD accueillant d'anciens patients de long séjour et d'instaurer de véritables filières de soins entre les nouveaux longs séjours et les plateaux techniques hospitaliers.

Mais quels que soient les modes d'évaluation et d'organisation retenus, ceux-ci n'empêcheront pas la réforme de la tarification dans les services de long séjour, puisque le groupe de travail chargé de leur redéfinition s'est donné deux ans pour rendre ses conclusions.

B. Le fonctionnement budgétaire des EHPAD rattachés aux hôpitaux

① L'influence de la construction des budgets

Les modes de calcul des budgets prévisionnels des structures rattachées aux hôpitaux publics ont conduit à d'importantes dérives dans le financement de ces établissements. En principe, le forfait hébergement recouvre les frais liés à la prise en charge hôtelière du résident (nourriture, logement, entretien...). Le forfait global de soins est destiné à financer l'ensemble des dépenses de personnel médical et paramédical, ainsi que les médicaments et

¹ Circulaire 99-345 du 15 juin 1999 déjà citée

consommables médicaux (le champ de ces dépenses étant plus large en USLD qu'en maison de retraite médicalisée). Les établissements doivent en principe calculer leur forfait global de soins en fonction des prestations afférentes. Le calcul des produits de l'hébergement s'effectue ensuite par soustraction entre les dépenses prévisionnelles de l'établissement et le forfait annuel de soins.

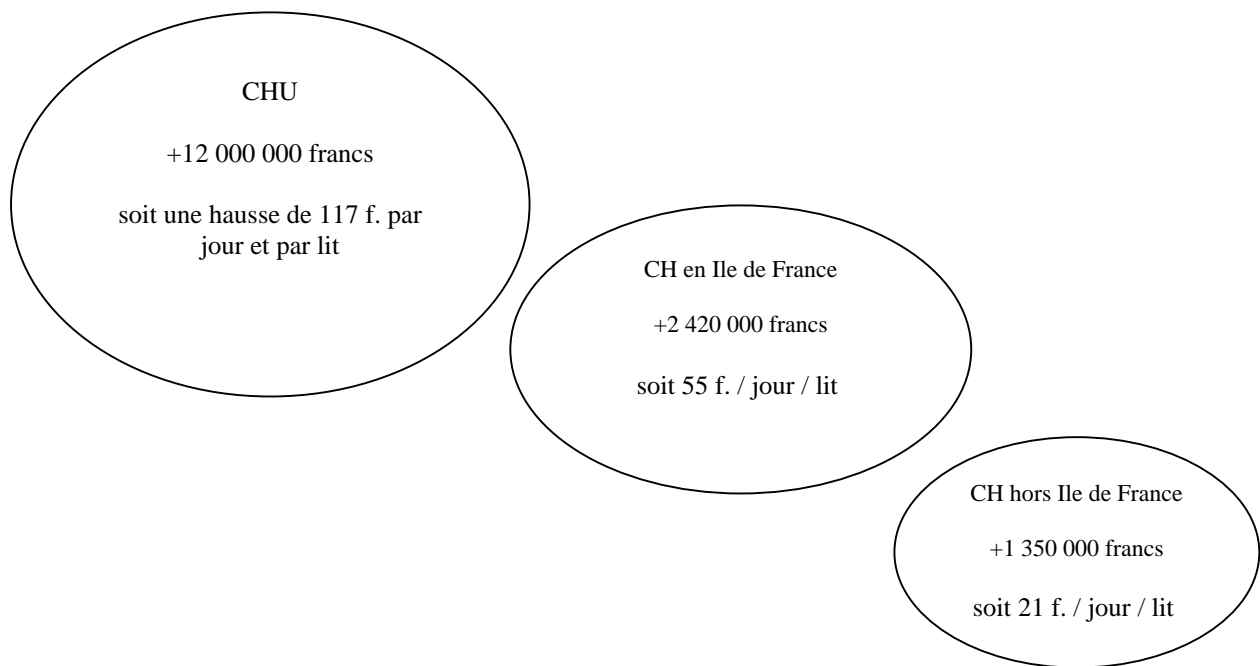
En réalité, le tarif journalier de soins n'était pratiquement jamais calculé en fonction des dépenses réelles des établissements. En effet, on a vu que l'existence d'un plafond national pour ce forfait, destiné à limiter les dépenses de sécurité sociale, a généralement empêché qu'il finance les charges réellement afférentes aux soins. Dès lors, les budgets de ces établissements sont élaborés en fonction d'une prévision d'évolution du niveau plafond du forfait soins. Les établissements doivent s'efforcer de « viser juste » dans cette prévision. En effet, s'ils surévaluent le niveau de ce forfait, une partie des dépenses ne sera pas financée.

A l'inverse, en sous-évaluant le forfait soins, les établissements augmentent « indûment » les dépenses à la charge des résidents (qui financent, quoi qu'il arrive, une partie des dépenses de soins).

L'étude consacrée à la tarification des EHPAD menée en 1995 par la Direction de l'Action Sociale¹, et sur laquelle s'appuient de larges pans de la réforme, a évalué sur quelques établissements l'importance de ces transferts de charges entre l'hébergement et les soins. Il est ainsi estimé que des dépenses de soins de base sont financés par l'hébergement à hauteur de 26.83 francs par lit et par jour.

Le graphique suivant présente l'augmentation du forfait global de soins dans trois établissements faisant partie de l'échantillon simulant la réforme. Pour un seul de ces établissements, on retrouve des ordres de grandeur équivalents à l'évaluation DAS. Au niveau macro-économique, le coût du rééquilibrage pour l'assurance maladie devrait s'avérer très élevé puisqu'on aboutit sur ces trois établissements à une hausse moyenne du forfait journalier de soins de 65 francs.

¹ déjà citée



② Des flux financiers difficilement identifiables

L'exercice de simulation budgétaire permettant de préparer la nouvelle tarification présente des difficultés particulières pour les EHPAD qui constituent des budgets annexes des structures hospitalières.

En premier lieu, la présentation des comptes dans l'ancienne tarification ne correspond pas toujours à celle commandée par le nouveau dispositif.

Ainsi, dans le cas du Centre hospitalier de Saint-Cloud, la simulation budgétaire suppose au préalable de s'assurer de la bonne imputation de l'ensemble des comptes. On s'aperçoit ainsi de quelques imprécisions ; les dépenses de podologie, d'examen à l'extérieur et de consommations d'actes médico-techniques n'apparaissent pas au compte 611 « prestations médicales à l'extérieur », mais étaient incluses dans le compte 628 88 « autres prestations à l'extérieur ». Dans l'ancien système, cette imprécision était sans conséquence, mais dans le nouveau dispositif, elle conduit à sous-évaluer le forfait soins et à surévaluer les dépenses d'hébergement (le compte 628 étant imputé intégralement dans cette section). D'autres erreurs d'imputation sont directement causées par la présentation des textes réglementaires ; on peut ainsi citer le compte 613 « loyers » imputé intégralement en section

d'hébergement, alors qu'en long séjour, un tiers de ces loyers concerne la location de bouteilles de gaz médical.

Ces difficultés et imprécisions d'imputation modifient la répartition entre les dépenses des trois sections d'imputation, mais pour des montants qui restent limités. A l'inverse, les remboursements de frais entre budgets annexes représentent des enjeux plus importants. A l'hôpital de Saint Cloud, le budget USLD a versé en 1998 plus de quatre millions de francs au budget Maison de Retraite au titre des remboursements de frais. Cette somme couvre un ensemble de dépenses (restauration, blanchisserie, personnel) qui émargent normalement aux trois sections tarifaires, mais les règles d'imputation contenues dans les décrets prescrivent l'imputation de l'ensemble du compte 628 88 « remboursements de frais » à la section hébergement. Sauf à déroger au texte réglementaire, il faut donc surévaluer le forfait hébergement en y imputant l'ensemble de ces dépenses.

L'imputation des remboursements de frais présente donc des difficultés en partie dépenses, mais également et symétriquement en partie recettes. On a vu que le pouvoir réglementaire n'avait pas prescrit de règles d'imputation pour les recettes en atténuation des EHPAD, arguant du fait que celles-ci ne représentaient, en moyenne, que 5 % des budgets de ces établissements. Pourtant, dans le budget maison de retraite du CH Saint-Cloud, les recettes en atténuation couvrent 20 % des dépenses, dont 16,8 % proviennent des remboursements du budget B. D'après les réponses apportées par la mission MARTHE, l'imputation des recettes entre les trois sections doit se faire en fonction de leur nature.¹ Les établissements utilisant le mécanisme des remboursements de frais doivent donc réaliser une évaluation précise des charges couvertes par les remboursements de frais. Mais cette imputation « au réel » entre les sections pose un problème de précision des primo-imputations et de la symétrie avec l'imputation des dépenses dans le budget qui paye ces remboursements. En effet, on a vu qu'en dépenses l'ensemble des remboursements de frais devait être affecté

¹ dans la « foire aux questions », disponible sur Internet, déjà citée

en section d'hébergement. La logique supposerait donc qu'en recettes, les remboursements soient également imputés dans cette section, alors qu'ils sont éclatés selon leur nature. Ainsi, l'asymétrie des règles d'imputation entre les recettes et les dépenses provoque une surévaluation des forfaits d'hébergement sur les deux budgets concernés.

L'importance de ces flux doit inciter les établissements qui utilisent le mécanisme des prestations réciproques entre budgets à clarifier ces situations, afin d'imputer directement aux budgets consommateurs les charges qu'ils doivent supporter. Les établissements hospitaliers doivent donc s'astreindre à une gestion moins souple, qui repose sur un paiement direct par chaque budget des charges consommées. Par exemple, les mises à disposition de personnel devraient entraîner un transfert de la paie d'un budget à l'autre pour les heures de travail correspondantes, ce qui implique une gestion au jour le jour des salaires, souvent difficile pour les services du personnel.

Mais cette remise à plat suppose que ces flux croisés correspondent réellement à des prestations entre budgets et qu'ils ne soient pas utilisés par les établissements pour faire financer par un budget les dépenses d'un autre aux ressources insuffisantes. Une telle situation ne semble pas rare, compte tenu de l'insuffisance des forfaits soins versés aux établissements et de l'impossibilité de présenter ces budgets annexes en situation de déficit budgétaire.

De même, ces remboursements de frais ont pu servir de variables d'ajustement lorsque les journées prévisionnelles avaient été surévaluées (afin de percevoir un niveau maximum de dotation globale) et que les recettes encaissées au titre de l'hébergement n'étaient pas à la hauteur des prévisions. En imputant chaque charge à son financeur, ce qui implique une remise à niveau des différentes recettes, la réforme de la tarification devrait empêcher et éviter ces dérives budgétaires. Mais la transition risque d'être délicate pour les établissements qui devront justifiés le contenu de transferts financiers qui n'avaient pas de contrepartie réelle.

C. Les transferts de charges entre le budget général et les budgets annexes

① L'évaluation des transferts de charges

Les flux financiers et l'échange de prestations ne concernent pas seulement les budgets annexes d'hébergement entre eux ; ils impliquent aussi et surtout le budget général. Il est en effet d'usage courant que les budgets long séjour et maison de retraite, entre autres, remboursent au budget hôpital les dépenses occasionnées par leur fonctionnement, mais supportées en première intention par l'hôpital. Ainsi, les dépenses de blanchisserie ou de restauration sont généralement directement supportées par l'hôpital qui héberge ces activités, les budgets annexes versant a posteriori des remboursements au prorata de leur consommation.

Pour être précises, ces opérations supposent que l'établissement connaisse le coût (après consolidation des dépenses) et la répartition des unités d'œuvre qu'il produit. Généralement, les budgets annexes remboursent également les dépenses relatives à la consommation d'actes médico-techniques à l'hôpital.

En revanche, certaines prestations dont le coût est supporté directement par le budget général font rarement l'objet de remboursements, soit parce que leur répartition entre budgets s'avère trop difficile pour être suivie en routine, soit parce que les ressources des budgets annexes ne leur permettraient pas de rembourser ces charges réelles. Dans la circulaire DAS-MARTHE du 25 juin 1999 relative à la simulation, un tableau annexé ne concernant que les établissements de santé gérant des EHPAD demandait à ces établissements d'évaluer les charges réelles ayant vocation à émarginer respectivement au budget général et aux budgets annexes.

Ce tableau comprend cinq types de charges ; blanchissage, alimentation, nettoyage, autres prestations à caractère non médical et autres comptes. Les autres prestations à caractère non médical sont définies comme la quote part de la section d'imputation logistique-administration-facturation. Cette quote part doit être calculée conformément à la

méthodologie des retraitements comptables PMSI. Le guide des retraitements comptables¹ rappelle d'ailleurs

que toutes les consommations des budgets annexes sont supposées égales à la recette constatée au compte 758.4 (remboursements de frais des budgets annexes) et que les établissements ne peuvent ouvrir de section d'imputation particulière de type « charges supportées par le budget H au titre des autres budgets ». Mais on a vu que de nombreux établissements ne facturent pas à leurs budgets annexes l'intégralité des sommes dues. Il s'agit essentiellement de prestations dites « logistiques », qui englobent la direction du personnel, la direction des services économiques, la direction des finances, le service des admissions, mais aussi les services d'entretien et de maintenance.

Les unités d'œuvre produites par ces services et permettant de mesurer l'imputation des charges aux différentes sections consommatrices sont définies dans les guides de retraitement comptable. On utilise ainsi les dépenses de classe 6 comme unité d'œuvre de la gestion générale, le nombre d'agents employés dans chaque service pour la direction du personnel ou le nombre de m² pour les dépenses d'entretien. En revanche, il convient d'adapter certaines clés de répartition à la spécificité de l'activité des EHPAD ; par exemple, le nombre d'entrées ne peut être, à lui seul, une bonne clé de répartition entre le budget général et les budgets annexes pour affecter les charges relatives au service des admissions (il convient de le pondérer par les journées réalisées).

② Conséquences sur les budgets

L'étude des charges réelles aboutit généralement à des transferts importants. Ainsi, au CH de Saint-Cloud, le budget général supporte pour plus de dix millions de charges consommées par les budgets annexes d'hébergement.

¹ Guide des retraitements comptables pour l'exercice 1998 Direction des Hôpitaux Mission PMSI

Seule une partie de ces charges fait l'objet d'un remboursement par ces budgets annexes ; le budget de la maison de retraite verse 1,7 millions de francs au budget H et le budget USLD paye 2,4 millions.

Le solde des charges indûment supportées par le budget général à la place des budgets annexes s'établit donc à plus de six millions de francs.

Le tableau ci-dessous détaille le montant et le type de dépenses supportées par le budget général à la place des budgets annexes.

		B	J	B & J
BLANCHISSERIE	aurait dû payer au H	88 324	303 637	391 961
RESTAURATION	aurait dû payer au H	2 500 160	-1 451 146	1 049 014
LABORATOIRE	aurait dû payer au H	341 578	279 660	621 238
RADIOLOGIE	aurait dû payer au H	53 093	65 005	118 098
PHARMACIE	aurait dû payer au H	169 000	185 000	354 000
GESTION GENERALE	aurait dû payer au H	4 685 310	3 743 108	8 428 418
TOTAL	aurait dû payer au H	7 837 464	3 125 264	10 962 729
Remboursements	payés au H	2 541 500	1 737 000	4 278 500
	solde	5 295 964	1 388 264	6 684 229

On s'aperçoit que les dépenses à caractère médical, qui correspondent ici à l'utilisation des services médico-techniques de l'hôpital, représentent 10 % seulement des charges devant faire l'objet d'un remboursement.

Hors la restauration et la blanchisserie, l'essentiel des dépenses supportées par le budget général à la place de ses budgets annexes concerne des services administratifs ou techniques, qui sont ceux pour lesquels il est le plus difficile d'apprécier la répartition entre les différents budgets consommateurs et qui font donc rarement l'objet de remboursements.

Les dépenses supportées par le budget général représentent un quart des charges du budget de l'USLD. Elles ne constituent que 12 % du budget de la maison de retraite, mais cette situation est spécifique, car la cuisine centrale est installée sur le site de cette structure, ce qui donne lieu à d'importants et multiples transferts avec le budget général. Ces chiffres sont à comparer avec ceux du rapport déjà cité de l'IGAS sur les USLD, estimant les remboursements de frais à 15 % des budgets de ces structures.

En réalité, ce chiffre reprenait simplement le montant des remboursements effectivement versés, mais ne prenait pas en compte l'ensemble des transferts de charges entre les budgets.

Le tableau ci-dessous représente les transferts de charges ne donnant pas lieu à remboursements entre le budget H et les budgets B-J, dans cinq centres hospitaliers gérant des structures d'hébergement et qui font partie de l'échantillon simulant la réforme de la tarification.

	Transferts de charges (total en francs)	Soit par jour et par lit
CH n°1 (hors Ile de France)	+ 16 000 000	+ 117 f.
CH n°2 (Saint Cloud)	+ 6 700 000	+ 70 f.
CH n°3 (hors Ile de France)	+ 4 900 000	+ 45 f.
CH n°4 (Ile de France)	+ 1 700 000	+ 45 f.
CH n°5 (Ile de France)	- 16 000 000	- 130 f.

Dans quatre de ces cinq établissements, dont le CH Saint-Cloud, les transferts positifs signifient que le budget général supporte ces charges à la place des budgets annexes. L'importance du transfert constaté dans le premier de ces centres hospitaliers s'explique par la mise à disposition par le budget général de personnels, non payés par les budgets B et J. Rapportés au nombre de lits de ces structures, on s'aperçoit que les remboursements de ces

charges à leur coût réel donneraient lieu à d'importantes hausses des forfaits ou des prix de journée. Cette hausse, dont la moyenne s'établit ici à 70 francs, porte en fait essentiellement sur le prix de journée de l'hébergement, car on constate que les remboursements de frais payés par les budgets annexes (qui n'apparaissent pas dans ce tableau) payent d'abord les dépenses médicales. Dans les retraitements comptables, ce sont en effet les services médico-techniques qui profitent d'abord des remboursements des budgets annexes.

Même si cet échantillon de cinq établissements ne saurait être considéré comme représentatif, on peut néanmoins supposer que, de manière générale, les prix de journée des EHPAD gérés par des hôpitaux sont plutôt sous-évalués. Réciproquement, les points ISA de ces établissements hospitaliers sont surévalués puisque leurs charges devraient être diminuées d'autant. A Saint-Cloud, l'absence de charges indues pesant sur le budget général permettrait de diminuer la valeur du point ISA de cinquante centimes.

Dans le cinquième établissement présenté, les flux sont inversés ; les budgets annexes d'hébergement « financent » le budget général pour plus de seize millions de francs, ce qui correspond à une surévaluation du prix de journée en EHPAD de 130 francs. Cette situation particulière s'explique par l'activité spécifique de cet établissement, au sein duquel le nombre des places d'hébergement est plus de six fois supérieur à celui des lits de court séjour.

On peut tirer deux conclusions de cette analyse des transferts de charges dans les établissements publics de santé gérant des EHPAD. La première est d'ordre méthodologique ; l'utilisation de la méthode des retraitements comptables, préconisée dans la circulaire de la mission MARTHE sur la simulation, est peut-être inadaptée pour prendre en compte l'activité des structures d'hébergement. La spécificité de leur activité peut constituer un obstacle à l'application de méthodes construites pour le court séjour et donc expliquer l'importance des transferts de charges évalués. Dès lors, ces résultats ne peuvent servir de base de calcul aux nouveaux tarifs.

Si l'on considère, à l'inverse, que cette méthodologie peut être appliquée indifféremment à l'hôpital et aux EHPAD, on accrédite la réalité de ces transferts. Il est alors nécessaire de prendre en compte ces évaluations dans les calculs de la nouvelle tarification. L'importance des tarifs auxquels on aboutit alors pose la question du caractère pérenne et concurrentiel des EHPAD gérés par des établissements hospitaliers vis à vis des structures autonomes.

La véritable question posée par cette évaluation de ces transferts de charges est donc celle de la justification économique et sociale des EHPAD gérés par des établissements de santé. On peut considérer qu'il est de la mission de service public de ces établissements de faire profiter d'économies d'échelle aux structures d'hébergement par eux gérés lorsqu'il semble impossible de leur faire payer leurs charges réelles.

En contrepartie, un mécanisme « d'occultation » de ces charges dans le calcul du point ISA devrait être institué pour éviter que ces établissements ne soient doublement pénalisés (à la fois par le paiement indu des charges de l'hébergement et par la diminution de leur dotation globale en court séjour).

II. Les méthodes d'anticipation de la réforme

A. La maîtrise et le choix du classement GIR

① La nécessaire maîtrise du girage

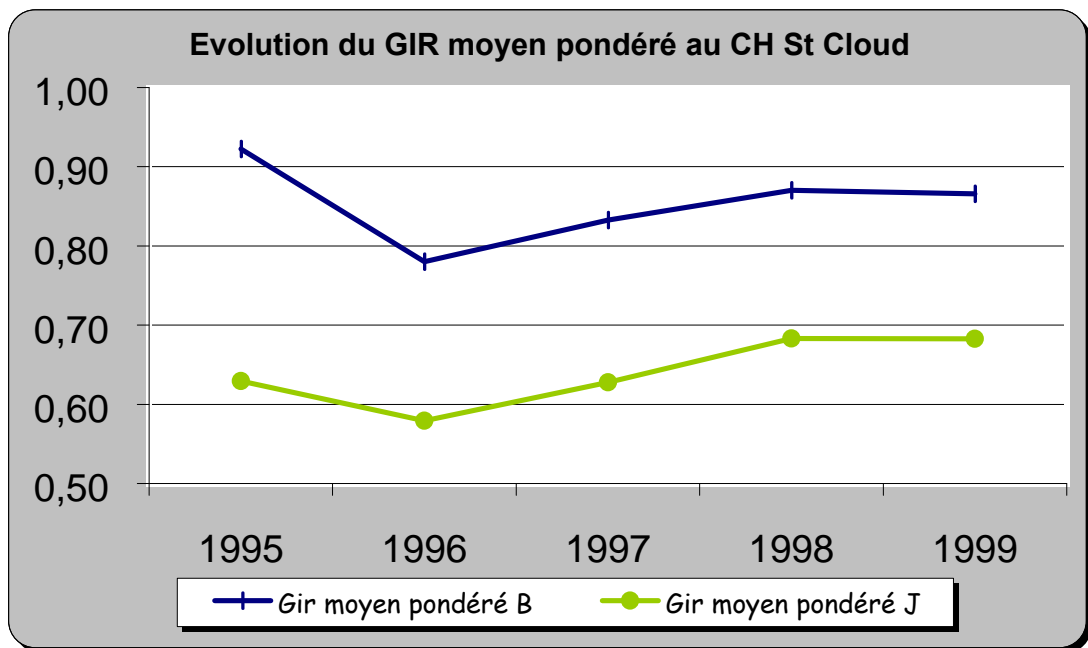
Dans le nouveau mode de financement, les ressources des EHPAD seront directement liées à l'état de dépendance des résidents hébergés. On a vu que, à nombre de résidents et à charges donnés, les recettes d'un établissement n'évoluent pas selon que le gir moyen constaté des résidents est plus ou moins élevé ; seule la répartition des charges entre résidents des différents groupe iso-ressources (et donc les douze tarifs) est modifiée. Le lien de

causalité entre niveau de dépendance des résidents et ressources des établissements n'est donc pas inhérent au système de financement mis en place. Ce lien résulte en fait du dispositif de « convergence tarifaire » introduit par les articles 16 à 20 du décret 99-316. On a vu que ce mécanisme repose sur le calcul de deux indicateurs ; le premier rapporte les charges de dépendance à la production totale de points Gir de l'établissement, le second rapporte les dépenses d'aides soignants imputées en section soins à cette même production de points.

L'intérêt bien compris des EHPAD est donc de présenter un nombre de points GIR important, autrement dit un niveau de gir moyen pondéré plus élevé que la moyenne des autres établissements du département. Il faut rappeler que le classement Gir fait l'objet d'une validation par l'équipe médico-sociale du département et de l'assurance maladie. Les EHPAD doivent donc éviter de « tricher » en surévaluant le niveau de dépendance des résidents hébergés, mais plutôt s'efforcer de maîtriser au mieux la méthodologie du classement Gir.

Une des conditions premières de la qualité de l'évaluation réalisée est évidemment le niveau de compétence des équipes procédant au classement. La présence d'un médecin gériatre est une garantie importante quant à la qualité des évaluations et cette garantie est d'autant plus pérenne que ce médecin forme, encadre et accompagne le personnel soignant au moment du girage. On peut à cet égard s'inquiéter de la distorsion entre les structures selon leur taille, leur moyen et leur degré de médicalisation ; une majorité d'entre elles n'emploie pas de médecin à plein temps, ce qui retarde la maîtrise de la grille AGGIR. Cette même inégalité se retrouve au niveau des moyens logistiques des établissements ; le classement Gir fonctionne selon un algorithme qui détermine le groupe iso ressource de chaque résident d'après des notes apportées sur huit items. Le risque d'erreurs est donc important et impose l'utilisation d'outils informatiques. Afin de placer tous les EHPAD sur un pied d'égalité, il paraît donc nécessaire de prévoir de nouveaux moyens financiers consacrés à la mise en œuvre de la grille AGGIR.

Mais, si elles constituent des conditions nécessaires, la présence d'un médecin, la formation des personnels et l'utilisation d'outils informatiques adaptés ne sont pas pour autant des conditions suffisantes à la parfaite maîtrise de la méthodologie AGGIR. Le graphique ci-après illustre le caractère primordial de l'expérience pour assurer la qualité de l'évaluation de la dépendance.



Ces deux courbes retracent l'évolution du Gir moyen pondéré évalué par le personnel du CH Saint Cloud dans l'unité de long séjour (courbe du haut) et à la maison de retraite (courbe du bas). Au cours des deux premières années de cette évaluation, un seul classement des résidents dans chaque structure avait été réalisé ; depuis 1997, les classements Gir sont effectués avec une périodicité trimestrielle (les valeurs représentées sont des moyennes annuelles). Il est d'abord frappant de constater que les évolutions sont tout à fait similaires dans les deux structures. On s'aperçoit ensuite que lors du premier classement la dépendance des résidents avait manifestement été surévaluée. La seconde année, l'évaluation avait souffert de l'excès inverse et le gir moyen pondéré avait chuté de manière importante. Cette sous-

évaluation s'est par la suite prolongée lors des premiers classements de l'année 1997 et il a fallu attendre plus de six classements pour aboutir à des gir moyens pondérés que l'on peut aujourd'hui considérer comme stables et « crédibles ».

Au cours de la période décrite sur ces courbes, les classements dans la grille AGGIR ont toujours été réalisés par la même équipe (un médecin encadrant le personnel paramédical) et aucune raison ne justifie d'éventuelles évolutions dans le recrutement des résidents. Les évolutions des gir moyens pondérés, qui sont parfaitement stables depuis plus de deux ans (soit une dizaine d'évaluations), ne s'expliquent donc que par l'effet d'apprentissage des équipes.

Il faut également signaler que, à la suite des premières validations de ces classements par les équipes médico-sociales départementales (lors de demandes de PSD ou après transmission du premier classement global des résidents), les quelques erreurs relevées avaient toujours abouti à une sous-évaluation des états de dépendance. Ces constatations confirment donc l'hypothèse selon laquelle le personnel qui a l'habitude de prendre en charge les résidents est enclin à sous-évaluer leur niveau de dépendance au moment de l'évaluation. Néanmoins, la surévaluation constatée lors du premier classement GIR au CH Saint Cloud doit inciter à nuancer cette hypothèse ; elle ne saurait en tout cas justifier que les EHPAD « gonflent » artificiellement leur GMP pour corriger l'optimisme des classements Gir, puisque celui-ci n'est pas automatique.

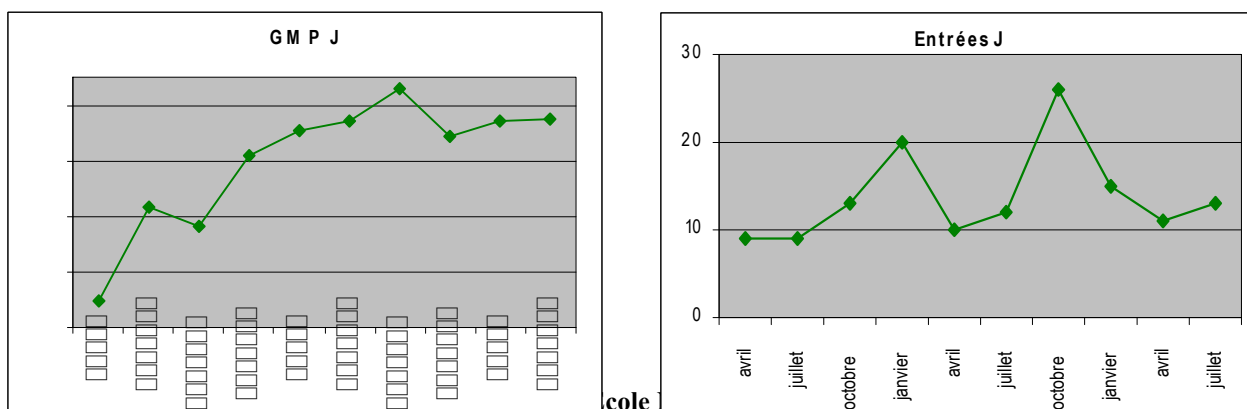
② Le choix du classement GIR

Les décrets organisant la réforme de la tarification ne contiennent pas d'obligation en matière de périodicité des évaluations AGGIR, mais on a vu ci-dessus qu'il était de l'intérêt des EHPAD de prévoir des classements fréquents et réguliers afin d'obtenir une maîtrise réelle de ces évaluations. De même, l'article 12 du décret 99-316 ne prévoit d'autre obligation pour la détermination du classement permettant le calcul des tarifs que celle de transmettre un classement établi « entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre de l'année ».

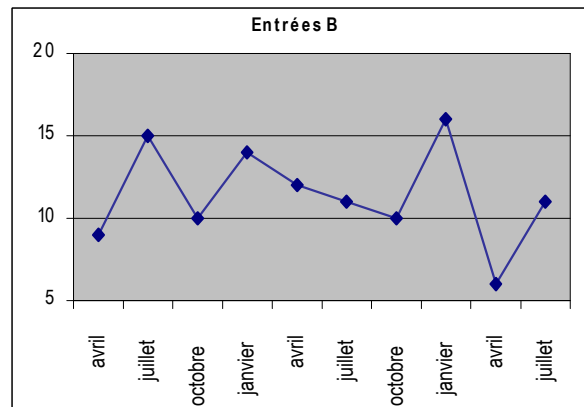
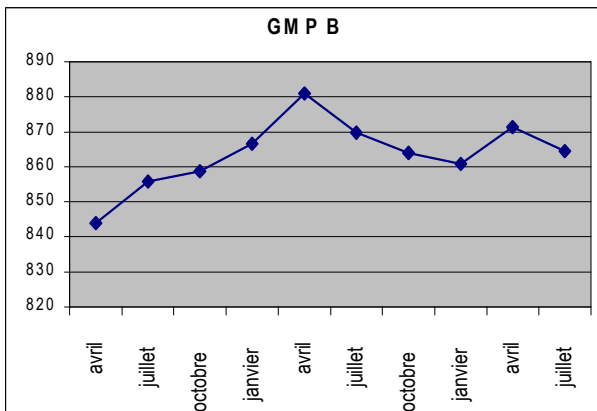
Les EHPAD ont donc toute latitude pour organiser l'évaluation de la dépendance de leurs résidents et, surtout, dans l'hypothèse où l'évaluation AGGIR est réalisée de manière pluriannuelle, pour choisir entre les classements réalisés lors des neuf premiers mois de l'année celui qui leur est le plus favorable, c'est à dire celui aboutissant au gir moyen pondéré le plus élevé. Les rédacteurs des textes réglementaires ont laissé cette liberté aux établissements en se fondant sur l'hypothèse que la dépendance moyenne des résidents au cours d'une même année restait stable. La mission MARTHE semble partager ce postulat selon lequel les gir moyens pondérés des établissements n'évoluent pas de manière conséquente au cours d'une même année, du moins pour les établissements de plus de 80 lits (ce qui explique en partie le choix de ce seuil). Le graphique précédent retraçant l'évolution du GMP au CH de Saint Cloud atteste d'ailleurs de cette stabilité, une fois l'expérience du girage acquise.

Le turn-over limité, et surtout constant quelles que soient les périodes, des établissements hébergeant des personnes âgées est à l'origine de ces hypothèses. Dans le court terme, le profil des résidents accueillis dans une même institution ne connaît pas de modifications importantes. L'allongement de l'âge moyen de l'entrée en établissements, et son corollaire l'alourdissement de la dépendance des entrants, n'ont d'influence sur le gir moyen pondéré qu'après plusieurs années, mais ne sont jamais perceptibles sur moins d'une année.

Les graphiques ci-dessous comparent l'évolution des entrées et celle du gir moyen pondéré dans les EHPAD du CH Saint Cloud, sur une période de deux ans rythmée d'évaluations trimestrielles.



Ces graphiques montrent d'abord l'absence de corrélation évidente entre le nombre d'entrées au cours d'une période et l'évolution du gir moyen pondéré sur cette même période. En effet, lorsqu'on compare les entrées aux GMP de chacun des deux budgets, il apparaît évident que les courbes sont fortement dissymétriques. On peut néanmoins affiner cette première analyse ; on s'aperçoit alors que, à la fin de la période de comparaison, les mois



enregistrant les plus fortes entrées correspondent à des gir moyens pondérés qui s'écartent fortement de la moyenne. Ainsi, en unité de soins longue durée, le dernier mois de janvier est marqué par un nombre d'entrées très élevé et par une forte baisse du GMP ; on pourrait en conclure que les résidents entrant dans ce service sont moins dépendants que la moyenne des présents. Inversement, à la maison de retraite, le mois d'octobre enregistre le nombre d'entrées le plus important et le gir moyen pondéré le plus lourd ; les nouveaux résidents de la maison de retraite seraient donc plus dépendants que les présents.

De telles conclusions semblent logiques et confirment deux hypothèses largement répandues. En maison de retraite, l'entrée est justifiée par l'aggravation de l'état de dépendance, qui s'améliore les premières années du séjour grâce à la prise en charge du personnel de l'institution. En soins de longue durée, l'entrée correspond également à une péjoration de l'état de dépendance, mais celui-ci est devenu quasiment irréversible et continue généralement de s'aggraver lors du séjour en USLD. Pour autant, ces deux hypothèses ne sauraient être utilisées avec trop de systématisme.

En effet, l'analyse individuel du parcours de chaque résident contrarie souvent ces hypothèses générales.

En outre, on s'aperçoit sur les graphiques que l'influence sur la valeur des gir moyens pondérés n'est vérifiée que lorsque le nombre d'entrées est exceptionnellement élevé. En routine, la constance du nombre d'entrées-sorties s'accompagne de la stabilité du gir moyen pondéré.

Pour conclure, on peut dire que, hors la péjoration de l'état de dépendance des résidents sur le long terme, l'expérience du classement Gir est la seule variable pouvant influencer sur la valeur du GMP et sur laquelle les établissements peuvent agir. Une fois cette expérience acquise, le gir moyen pondéré des établissements s'avère stable et ne peut évoluer que lors de circonstances exceptionnelles.

Néanmoins, les EHPAD peuvent toujours utiliser des méthodes moins honnêtes que le choix du classement le plus favorable parmi ceux réalisés une même année. En effet, si la qualité et la véracité des classements gir sont vérifiées par les équipes médicales du département et de l'assurance maladie, la méthode utilisée est sujette à caution. Lors de leurs premières visites dans les établissements simulant la réforme, cette vérification du classement Gir a porté sur 10 % des résidents et, plus précisément, sur les huit items classants pour chacun d'entre eux. L'évaluation Gir a été validée lorsque moins de 10 % du total des items contrôlés donnait lieu à rectification. Ce pourcentage d'erreurs dans les items d'évaluation peut néanmoins entraîner un taux d'erreur plus élevé dans le calcul des gir. En effet, celui-ci résulte d'un algorithme qui pondère différemment chacun des items ; un nombre faible d'erreurs sur les items entraîne souvent des conséquences plus importantes sur le classement en groupes iso-ressources.

Il est donc regrettable que le contrôle porte uniquement sur les items classants et non sur leurs conséquences, c'est à dire les classements Gir. Le risque de « triche » est d'autant plus grand que l'algorithme de calcul transformant les items en groupe iso ressource, à

l'origine tenu secret, est désormais disponible dans certains logiciels qui permettent de manipuler les items afin d'obtenir le classement Gir recherché.

B. La présentation des budgets dans la nouvelle tarification

① Le calcul des charges de personnel

Les charges de personnel représentent généralement près de 70 % des dépenses des établissements publics de santé, mais également des EHPAD. Précisément, ces charges constituent en moyenne 65 % des budgets des deux structures d'hébergement du CH Saint Cloud. Le calcul des charges de personnel et de leur répartition constitue donc, à l'instar du classement gir des résidents, un des éléments primordiaux dans la détermination des nouveaux tarifs.

Si on peut aisément comprendre que les charges liées à la logistique, à la gestion ou à l'entretien soient parfois difficiles à isoler, puis à répartir entre les services consommateurs, il paraît moins évident que les EHPAD puissent rencontrer des difficultés dans le calcul des charges liées au personnel. Pourtant, l'individualisation précise, par grades, de ces charges de personnel au sein des masses budgétaires n'est pas toujours réalisée, alors qu'elle constitue l'étape première et essentielle dans le calcul des nouveaux tarifs.

Dans les EHPAD de taille importante et dans ceux gérés par des établissements de santé, le système d'information a souvent été organisé en fonction de la répartition entre les financeurs, c'est à dire entre les dépenses d'hébergement et celles de soins. Ainsi, à la séparation en services justifiée par des critères géographiques ou juridiques (lorsqu'un établissement gère des structures d'hébergement relevant de plusieurs statuts), s'ajoute généralement une distinction entre unités fonctionnelles de soins, dont relève le personnel médical et soignant, et UF d'hébergement, où sont affectés les agents des services hospitaliers

et le personnel administratif. Dans de nombreux cas, ces unités fonctionnelles constituent l'ultime niveau d'affectation des charges dans le cadre d'une comptabilité analytique.

Le mode de calcul des charges de personnel induit par la nouvelle tarification ne peut se satisfaire de ce système qui ne permet, au mieux, que de répartir les coûts entre les deux précédents tarifs. Le calcul des nouveaux tarifs ne peut également pas reposer sur une transposition forcément approximative dans les EHPAD des coûts moyens par grades résultant d'évaluations nationales. Il est donc nécessaire, dans chaque structure, de déterminer les coûts exacts relatifs aux différents grades, sans interférence liée à l'imputation des dépenses de non titulaires

L'identification et la répartition dans les différents grades des dépenses liées aux remplacements constituent donc un préalable nécessaire, mais parfois compliqué pour les établissements. En effet, ces dépenses, identifiées dans le compte 641.5 des établissements, sont confondues avec les charges liées aux titulaires dans les logiciels de paye.

Dès lors, les EHPAD doivent calculer les coûts réels des dépenses de titulaires en sortant les dépenses de remplacement, en fonction du prorata de mensualités de remplaçants payées pour chaque grade. Cette analyse permet de présenter le budget primitif en individualisant le compte « dépenses de remplacement », réparti au prorata des charges totales de personnel.

En effet, la présentation d'un budget mêlant charges de remplaçants et de titulaires supposerait que l'établissement prévoit chaque année un pourcentage de remplacement, et donc d'absentéisme, identique sur chacun des grades.

La présentation au réel de ces charges de personnel, associée au tableau des effectifs, risque dans certains établissements de faire apparaître des décalages entre l'effectif employé et l'effectif autorisé. Les EHPAD peuvent donc y voir l'occasion de faire reconnaître aux autorités de tarification les retards de financement de certaines mesures salariales. Cette opportunité peut également permettre aux EHPAD de réclamer des moyens en personnel supplémentaires afin d'entrer en conformité avec les ratios réglementaires prévus en

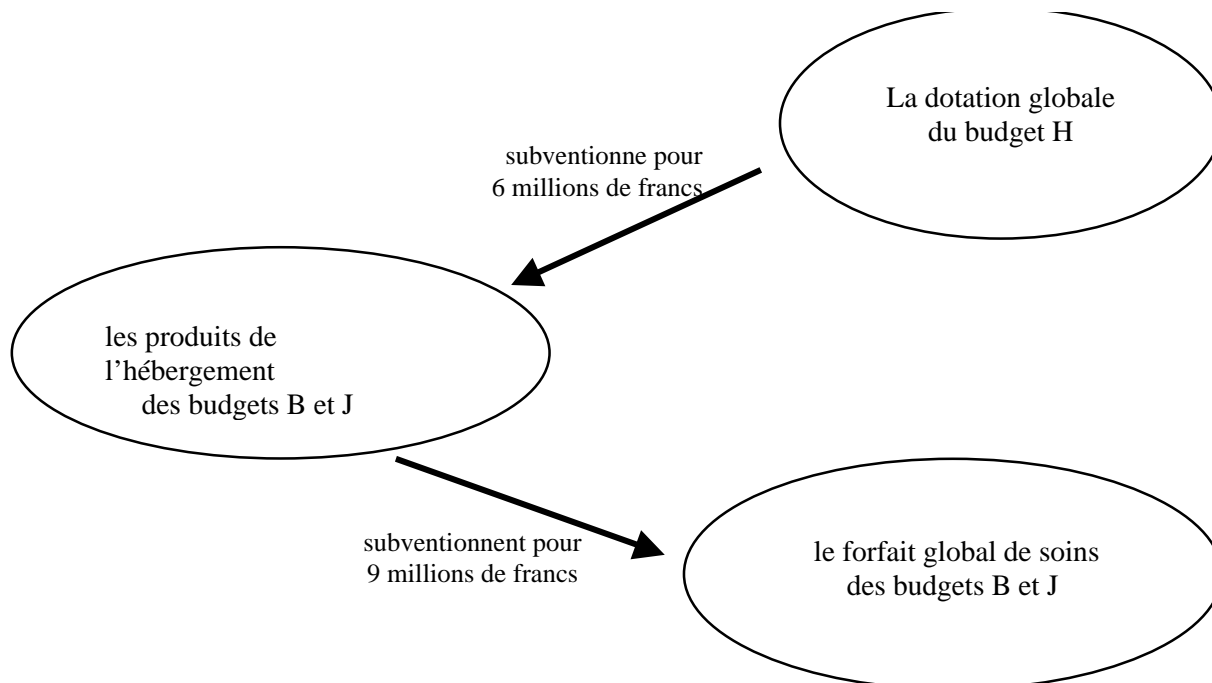
structures d'hébergement. Mais, symétriquement, cette méthode doit également permettre aux autorités de tarification de vérifier la qualification du personnel employé et de sanctionner les cas de sous-qualification des personnels (l'emploi d'ASH sur des postes d'aides soignants). A ce titre, certains départements ont déjà demandé aux EHPAD la transmission de l'ensemble des diplômes des personnels soignants employés.

② La question du périmètre des charges à imputer

On a vu que la réforme de la tarification devait être l'occasion pour l'ensemble des EHPAD, mais surtout pour ceux gérés sous la forme de budgets annexes, de procéder à un réexamen exhaustif des charges pesant sur leur budget afin de calculer le coût réel des nouveaux tarifs. Mais une fois cette analyse achevée, la question reste posée de la présentation des nouveaux budgets. Est ce que les établissements qui constatent des transferts de charges importants peuvent les faire apparaître et augmenter d'autant leur masse de dépenses, ou doivent-ils conserver le même niveau de dépenses qu'avant la réforme, sans chercher à remettre à niveau les charges réelles de chaque financeur ?

Devant cette alternative, les établissements sont en fait confrontés à un véritable dilemme puisque « l'assainissement » de leur budget par la compensation des transferts de charges risque aussi d'être synonyme d'augmentation des tarifs d'hébergement pour les résidents. A l'inverse, la pérennisation des transferts de charges entre le budget général et les budgets annexes permettrait de maintenir les prix de journée à leur niveau actuel, voire de les diminuer lorsque la dotation globale de soins augmente. Les établissements doivent donc se préparer à cette alternative, en intégrant une troisième contrainte, celle du dispositif de convergence tarifaire qui constitue un frein à la hausse des dépenses.

Le schéma ci-dessous résume les transferts de charges constatés dans les budgets annexes d'hébergement du CH de Saint Cloud.



In fine, on s'aperçoit donc que le surcoût final pour l'assurance maladie s'établit à seulement trois millions de francs, une fois compensé l'ensemble des transferts de charges entre financeurs. En effet, la diminution de la dotation globale au budget général compenserait en partie l'augmentation du forfait global de soins des budgets annexes. Le CH de Saint Cloud a donc décidé de faire apparaître l'ensemble des transferts de charges induits par l'ancien système de financement afin de présenter des tarifs intégrant les charges véritables de chaque budget.

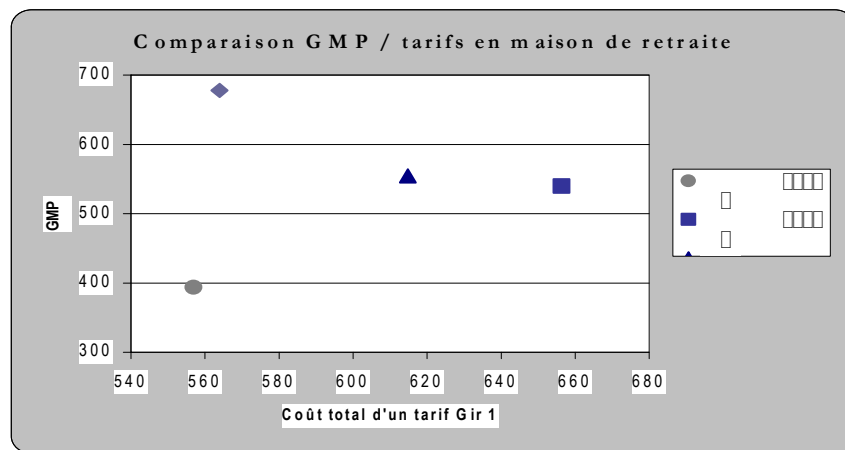
Une telle stratégie implique non seulement de présenter des tarifs de soins en très forte augmentation, mais aussi d'augmenter le coût de l'hébergement pour les résidents¹. Si la hausse des tarifs de soins est inéluctable et correspond au rééquilibrage voulu par la réforme, la hausse du prix de l'hébergement correspond à la volonté de mettre fin au subventionnement des budgets annexes par le budget général. Cette augmentation généralisée du coût de l'hébergement est largement justifiée par le poids élevé du gir moyen pondéré au CH de Saint-Cloud. Au travers du dispositif de convergence tarifaire, cette variable qu'est le niveau de dépendance constitue en effet un moyen de justifier des coûts de prise en charge élevés ou, au contraire, de signaler le caractère excessif des tarifs de certaines structures. Les indicateurs de la

convergence tarifaire (ratios dépendance et soins), qui sont en principe les instruments de redistribution à la disposition des autorités de tarification doivent donc être utilisés, en amont, par les établissements au moment de la construction des budgets et de la définition du périmètre de charges à inclure.

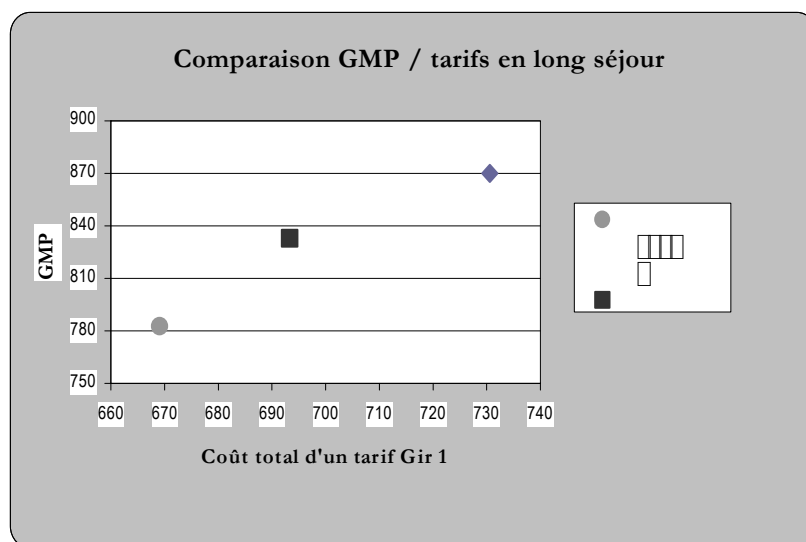
Les deux graphiques suivants illustrent le caractère révélateur de la comparaison gir moyen pondéré / coûts. Même si l'indicateur du coût est ici le tarif total pour un résident en GIR 1 (tarifs hébergement, dépendance et soins) et non le total des charges des sections

dépendance ou soins, les différences dans le coût de la prise en charge apparaissent largement et établissent la même hiérarchie que si les ratios prévus par les décrets avaient été utilisés.

La comparaison entre les coûts de prise en charge et les gir moyens pondérés de ces trois USLD gérés par des centres hospitaliers montre une forte corrélation entre le coût de la prise en charge et le niveau moyen de dépendance (une ligne droite relie les trois points).



¹ Cf annexes présentant des exemples de tarifs



On peut donc en conclure que le niveau des charges de chacun de ces établissements est justifié, car corrélé à l'état de dépendance des résidents hébergés.

A l'inverse, les comparaisons établies dans ces budgets annexes de maison de retraite concluent à une absence de corrélation entre le niveau moyen de dépendance et les charges de l'établissement. Ainsi, l'EHPAD symbolisé par un carré affiche un gir moyen pondéré de cent points inférieur à celui symbolisé par le losange, alors que le coût de prise en charge d'un résident classé en Gir 1 y est supérieur de 120 francs.

De telles comparaisons permettent aux EHPAD d'évaluer leur « compétitivité », même si elles ne correspondent pas intégralement au mécanisme de la convergence tarifaire qui s'organisera autour de moyennes régionales. Pour autant, ce type d'indicateurs peut apporter aux EHPAD de précieux renseignements lorsqu'ils s'interrogeront sur le périmètre des charges à intégrer dans leurs nouveaux tarifs¹.

¹ Cf annexe présentant l'enquête de l'UHRIF

C. La préparation de l'application de la réforme

① Préparer la réforme en interne

Après l'audit du budget de l'établissement, et en particulier l'analyse des transferts de charges entre financeurs et des coûts de personnel par grades, les gestionnaires des EHPAD devront s'atteler à l'adaptation du système d'information. A plusieurs égards, cette modernisation constitue en effet un préalable à l'application du nouveau mode de financement.

En premier lieu, les EHPAD auront intérêt à revoir l'organisation des unités budgétaires et fonctionnelles d'imputation des dépenses.

On a vu en effet que la séparation binaire entre hébergement et soins n'avait plus de raison d'être ; elle devrait donc être remplacée par un redécoupage de la structure budgétaire de l'établissement calqué sur les trois nouvelles sections tarifaires. Cette réforme, qui permettrait d'imputer directement dans chaque section les dépenses devant y être affectées, éviterait de renouveler chaque année le travail d'analyse des comptes au moment de la préparation des budgets. Elle paraît d'autant plus nécessaire concernant les comptes pour lesquels les règles d'imputation n'ont pas été définies précisément et restent soumises au libre arbitre des établissements. On a vu que les dotations aux amortissements constituent le meilleur exemple de ces comptes pour lesquels les règles d'imputation sont lâches ; seul le matériel médical amortissable fait l'objet d'une description par une liste limitative. Les EHPAD auraient donc intérêt à prévoir une nomenclature des matériels amortissables, classés selon leur section d'imputation.

Mais l'adaptation du système d'information ne se limite pas aux activités de l'économat et des services financiers, il concerne aussi et surtout les logiciels de gestion des résidents. Le calcul des classements Gir et leur prise en compte dans la détermination des tarifs applicables impliquent en effet que cette nouvelle donnée soit désormais associée aux fiches administratives de gestion des patients. La prise en compte du classement Gir impose

en fait plusieurs nouvelles contraintes à l'organisation informatique. En premier lieu, un mode de calcul informatique de l'affectation en groupes iso ressources doit être mis en place afin de garantir la qualité des conversions des huit items discriminants en GIR. En second lieu, une liaison doit être instaurée entre ces logiciels de calcul du girage, manipulés par les médecins, et les logiciels administratifs de gestion des résidents, puisque le calcul des tarifs pour l'ensemble de la structure et pour chaque patient dépendront de ces classements gir.

Enfin, les applications informatiques devront assurer la conservation des données relatives au gir pour chaque patient. En effet, même si les tarifs ne seront pas modifiés en cours d'année en cas de modification du classement gir, le résultat des classements doit être conservé afin de permettre l'adaptation des tarifs d'un exercice sur l'autre et la comparaison des différents gir moyen pondéré dans la structure.

L'adaptation des outils informatiques constitue le préalable technique à la mise en place de la réforme, mais l'aspect « humain » de cette préparation semble plus essentiel encore. Les responsables d'établissement ont d'abord la charge de la formation des personnels aux principes de la nouvelle tarification. On a vu que la formation des personnels des unités de soins à l'utilisation de la grille AGGIR conditionnait la qualité des classements effectués. Mais cette formation doit s'étendre aux aspects financiers de la réforme afin de mobiliser les personnels sur l'importance nouvelle de l'évaluation de la dépendance. D'un point de vue éthique, il paraît également souhaitable que les personnels soient informés du mode de financement de leur activité.

Enfin et surtout, l'information sur la nouvelle tarification doit être diffusée sinon à l'ensemble des résidents, du moins à leur famille puisque celles-ci supportent souvent la charge financière de l'hébergement. Cette information est d'autant plus nécessaire que les textes réglementaires n'ont prévu aucun mode de recours spécifique contre le classement Gir permettant aux résidents ou à leur famille de contester l'évaluation de la dépendance. La vérification par l'équipe médicale départementale de la validité des classements gir constitue

donc l'unique garantie pour les résidents, alors même que ces équipes sont à la fois juges et parties puisque sous le contrôle des autorités de tarification. Pourtant, en matière d'évaluation de la dépendance, le résident et l'établissement qui l'héberge ont des intérêts opposés.

En effet, l'intérêt de l'établissement est de présenter un gir moyen pondéré le plus lourd possible et donc de surévaluer le degré de dépendance des résidents. A l'inverse, l'intérêt des personnes hébergées est d'être classés dans les gir correspondant aux degrés de dépendance, et donc aux tarifs dépendance, les plus bas. Les risques de conflits entre les EHPAD et les familles des résidents accusant les établissements de laisser s'aggraver les états de dépendance afin de justifier leurs coûts ne sont pas à exclure et constituent peut-être l'un des principaux dangers de la réforme de la tarification.

Les EHPAD doivent donc s'attacher à informer les familles des résidents et à les associer autant que possible à la mise en place de la réforme afin de désamorcer les conflits futurs. En effet, malgré ces apparences, les intérêts des uns et des autres sont bien convergents, car ils correspondent toujours à l'adéquation entre les moyens de la structure et les besoins de prise en charge des résidents.

② L'outil des conventions tripartites

Les conventions tripartites entre les établissements et les autorités de tarification constituent l'élément clef de la réforme pour deux raisons ; leur signature marquera l'entrée de chaque EHPAD dans la réforme et leur contenu fixera les ressources de ces établissements pour les cinq années à venir. Elles doivent donc être perçues comme une véritable opportunité pour les établissements et pas seulement comme une contrainte supplémentaire.

En effet, dans le délai de deux ans prévus pour l'application de la réforme, les EHPAD gardent l'initiative dans l'engagement du lien contractuel ; les conventions ne peuvent être signées sur proposition des autorités de tarification, mais doivent résulter d'une démarche de l'établissement. De plus, le contenu de ces textes est également laissé à l'initiative des

EHPAD, même si un cahier des charges précisant les domaines devant être formalisés a été défini par arrêté du 26 avril 1999.

Les conventions tripartites constituent un outil dont doivent se saisir les établissements, non seulement parce qu'une place prioritaire est laissée à leur initiative, mais surtout parce qu'elles permettront de formaliser les engagements des autorités de tarification. Ces conventions introduisent dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées un lien contractuel comparable à celui apparu dans le secteur des établissements de santé avec les contrats d'objectifs et de moyens. Même si les EHPAD connaissaient déjà le procédé contractuel puisque l'hébergement de bénéficiaires de l'aide sociale était autorisée par convention avec le Conseil général, celui-ci n'était que peu développé et la relation autorités de tutelle – établissements contrôlés demeurait prédominante. L'instauration d'un lien conventionnel permet d'établir une certaine égalité entre les EHPAD et les autorités de tarification, dont la compétence de tutelle se restreint.

Par ailleurs, cette contractualisation devrait profiter aux établissements publics qui ont déjà l'habitude de travailler avec l'assurance maladie, par l'intermédiaire des DDASS, alors que les autres établissements, généralement non médicalisés, n'avaient aucune relation avec ces partenaires. Sociologiquement, les EHPAD publics disposent donc d'un avantage comparatif dans leurs relations avec les financeurs.

Les conventions tripartites doivent être utilisées par les établissements pour placer les deux autres signataires devant leurs responsabilités en matière de financement. Elles devraient permettre en effet de concrétiser l'engagement de chacun sur les charges relevant de sa compétence (hébergement ou soin). Surtout, elles intégreront les chiffrages liés à l'amélioration de la qualité des prestations, telle que définie par le cahier des charges ; les établissements doivent ainsi profiter des obligations contenues dans ce texte pour réclamer la mise à niveau de leurs moyens. Il paraît en effet probable qu'une très forte majorité

d'établissements n'est pas en mesure de remplir l'intégralité de ce cahier des charges avec les ressources dont ils disposent actuellement.

L'autre ambition affichée des conventions est de préciser « les objectifs et les modalités de l'évaluation des établissements ». Cette disposition devrait permettre une comparaison des prestations offertes par les EHPAD qui ne s'organise pas uniquement sur leurs coûts, comme dans le mécanisme de la convergence tarifaire, mais qui s'attache à évaluer la qualité des prises en charge. On retrouve donc à nouveau des passerelles entre les secteurs du sanitaire et de l'hébergement, les établissements relevant de chacun d'entre eux devant désormais faire la preuve de leur qualité ; la présomption favorable ne suffit plus. Même si l'évaluation inscrite dans les conventions tripartites ne reposera pas sur des moyens comparables à ceux de l'ANAES, l'accréditation des EHPAD est sans doute un objectif vers lequel tend cette réforme. Là encore, l'évaluation des prestations ne doit pas seulement être vécue comme une contrainte supplémentaire pour les établissements, car elle constitue également un moyen pour les établissements performants de faire valoir leurs qualités, y compris si celles-ci ont un coût.

On peut donc espérer qu'en intégrant un critère de qualité, les conventions tripartites permettront d'atténuer le systématisme d'un classement des établissements qui ne tiendrait compte que du rapport entre le coût des prises en charge et la dépendance moyenne des résidents.

Pour autant, la procédure des conventions tripartites n'est pas exempte de risques pour les établissements. En premier lieu, ceux-ci doivent demeurer vigilants quant au respect de son application dans le temps. Les EHPAD s'engagent en effet pour cinq ans sur la qualité des prestations, alors que les autorités de tarification pourraient amender leurs engagements financiers par le biais des avenants annuels.

En second lieu, on a vu que la signature de ces conventions pouvait constituer un moyen pour les autorités de tarification de se défaire de leur responsabilité en cas

d'incidents, en se prévalant de la signature des chefs d'établissement. Mais cette méthode est à double tranchant car la contractualisation permet également d'impliquer les autorités de tarification dans la gestion quotidienne des EHPAD.

Les EHPAD doivent donc profiter de cette contractualisation pour instaurer davantage de souplesse dans leurs relations avec les anciennes autorités de tutelle, ce qui reste possible tant que les recommandations sur le fonctionnement des structures n'ont pas laissé la place aux normes réglementaires.

* * *

Conclusion

Comme l'enfer, la réforme de la tarification est pavée de bonnes intentions.

En redéfinissant les obligations de chaque financeur et en adaptant les tarifs aux degrés de dépendance, elle poursuit en effet des objectifs de transparence et d'équité, dont s'était largement éloigné le secteur de l'hébergement pour personnes âgées. Aujourd'hui, on ne peut donc que regretter la précipitation et l'insuffisante concertation qui ont présidé à la publication des textes. D'autant qu'à ces péchés originels s'ajoutent, pour nourrir les inquiétudes des professionnels, la complexité du dispositif et l'incertitude sur les niveaux de financement.

L'inquiétude paraît encore plus prégnante dans le secteur hospitalier parce qu'il a longtemps été montré du doigt comme le plus dispendieux, alors même qu'il occupe une place essentielle au sein de l'hébergement pour personnes âgées ; celle de la prise en charge très médicalisée. Parce qu'elle n'a pas été précédé d'une refonte des textes régissant les structures d'hébergement à caractère médical et médico-social, la réforme d'avril 1999 risque d'accentuer les tensions entre EHPAD de statuts différents.

Au plan local comme au niveau national, on retrouve là la question centrale de la fongibilité des enveloppes de l'assurance maladie entre les secteurs sanitaire et médico-social. Conséquence inéluctable et souhaitable de la nouvelle tarification, cette évolution n'est pas la moindre des difficultés qu'il faudra surmonter. En rapprochant ces deux secteurs qui traditionnellement s'ignoraient et en introduisant la démarche contractuelle là où le poids des tutelles restait fort, la réforme de la tarification offre en fait des perspectives de modernisation sociologique évidentes ; vingt-cinq ans après la loi de 1975, il était sans doute plus que temps.

Mais loin de ces considérations, les personnes âgées dépendantes sont toujours les seules perdantes avérées de cette réforme. Tant que le dispositif de solvabilisation des coûts de la dépendance n'est pas profondément amendé, les plus démunies d'entre elles risquent en effet de se retrouver exclues du secteur de l'hébergement. L'amélioration urgente des conditions d'application de la PSD et l'accompagnement financier de la réforme de la tarification constituent d'ailleurs deux des propositions du rapport remis par Madame Guinchard-Kunstler au Gouvernement¹.

Après plusieurs décennies d'amélioration des dispositifs de prise en charge et alors que s'achève l'année mondiale consacrée aux personnes âgées, il y aurait quelque paradoxe à constater que la législation sociale française renforce aujourd'hui les difficultés des plus vulnérables d'entre elles.

¹ voire en annexe la liste de ces 43 propositions

BIBLIOGRAPHIE

1- Textes législatifs et réglementaires

- Loi 75 - 535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi 91- 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance
- Loi du 31 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion

- Décret 77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi du 30 juin 1975
- Décret 78- 478 du 29 mars 1978 sur la détermination forfaitaire des frais de soins dispensés dans les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées
- Décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

- Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD
- Circulaire MARTHE/DAS/DH 99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des USLD et à la réforme de la tarification dans les EHPAD gérés par des établissements de santé

- Circulaire DAS/MARTHE/DH/DSS 99-369 du 25 juin 1999 relative à la simulation sur l'exercice 1998 de l'impact pour les différents financeurs de la réforme de la tarification des EHPAD, à partir d'un échantillon représentatif de 1000 établissements
- Circulaire MES/MARTHE/CAB *à paraître* relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire 2000 applicable aux EHPAD et à diverses autres dispositions concernant ces établissements
- Recours pour excès de pouvoir déposés le 24 juin 1999 par la Fédération Hospitalière de France contre les décrets 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999
- Observations du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sur le recours formé par la FHF, adressées au Conseil d'Etat le 9 septembre 1999

2- Rapports et documents de travail

- Direction de l'Action Sociale du Ministère des Affaires sociales Etude sur la tarification en établissement d'hébergement pour personnes âgées Mars 1995
- Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité La préparation de la réforme de la tarification des EHPAD Problématique générale soumise à concertation Décembre 1997
- Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité La réforme de la tarification des EHPAD : un réforme incontournable, plus équitable et qui doit être initiée dans les meilleurs délais Juillet 1998
- Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Projets de décrets et études d'impact Février 1999
- Inspection Générale des Affaires Sociales Les services de soins de longue durée Décembre 1996
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie Les dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Octobre 1997
- Rapport sur la PSD du Comité national de la coordination gérontologique Janvier 1999

- Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information du Ministère des Affaires sociales *Informations rapides* L'hébergement collectif pour personnes âgées Février 1997
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité *Etudes et résultats* La prestation spécifique dépendance : premier bilan Avril 1999
- DREES Données sur la situation sociale Septembre 1999
- Union Hospitalière de la Région Ile de France Prestation Spécifique Dépendance et réforme de la tarification Décembre 1997
- Union Hospitalière de la Région Ile de France La politique pour les personnes âgées en Ile de France Juin 1999
- Mémoire de DEA d'Olivier Drunat Analyse de l'activité médicale gériatrique dans les services de soins de longue durée Université Paris VII 1997
- Mémoire de formation IASS d'Anne Micol La réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Février 1998
- Le livre noir de la PSD présenté par le Comité national des retraités et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'hébergement Juin 1998
- Livre blanc pour une prestation autonomie présenté par le Comité national des retraités et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'hébergement A paraître

3- Articles et périodiques

- *La dépendance des personnes : la tarification des établissements* Travail Social Actualités 20 juin 1997
- *La prestation spécifique de dépendance et la réforme de la tarification* Techniques hospitalières juillet-août 1998
- *Réforme de la tarification : une désapprobation générale* Actualités Sociales Hebdomadaires 9 avril 1999

- *Nouvelle tarification des maisons de retraite* Liaisons sociales quotidien 28 avril 1999
- *Etablissements pour personnes âgées : l'addition passe mal* Espace Social Européen 27 mai 1999
- *Réforme de la tarification des EHPAD* Dictionnaire permanent action sociale juin 1999
- *La réforme de la tarification* La lettre de la FHF juillet 1999
- *Le Mensuel des maisons de retraite* tous les numéros de mars à septembre 1999 et le hors-série *Spécial réforme de la tarification* de septembre 1999

Liste des annexes

- Annexes 1 :** - part de la population de plus de 75 ans par départements
- taux d'équipement en sections de cure et en USLD par départements
- prix de journée moyen en maison de retraite par départements
- Annexes 2 :** - calcul des nouveaux tarifs à la maison de retraite du CH Saint-Cloud, d'après les chiffres du compte administratif 1998
- calcul des nouveaux tarifs dans l'unité de soins de longue durée du CH Saint-Cloud, d'après les chiffres du compte administratif 1998
- Annexes 3 :** - présentation des gir moyens pondérés de neuf maisons de retraite
- présentation des gir moyens pondérés de sept unités de soins de longue durée
- Annexes 4 :** - questionnaire de l'enquête UHRIF adressée à tous les EHPAD publics d'Ile de France
- Annexe 5 :** - liste des « 43 propositions pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie » présentées par Madame Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, en septembre 1999