

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

VEILLARD JEREMY

MEMOIRE PROFESSIONNEL

« Simulations budgétaires et stratégie d'établissement au  
Centre Hospitalier de La Rochelle : la nouvelle tarification des  
établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes »

DIRECTEUR DE MEMOIRE : PROFESSEUR OLIVIER SAINT-JEAN  
GERIATRE – HOPITAL CHARLES FOIX (IVRY-SUR-SEINE – AP-HP)

MEMOIRE D'ELEVE-DIRECTEUR D'HOPITAL 1998/2000

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
---------------------	----------

## ***I. Les simulations budgétaires permettent d'anticiper les implications budgétaires de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*** 9

<b>A. Les simulations budgétaires doivent s'adapter à un nouveau cadre juridique, comptable et financier de fonctionnement des EHPAD</b>	<b>9</b>
1. Présentation du décret du 26 avril 1999	10
2. Les avancées de l'arrêté du 26 avril 1999	14
3. Présentation du nouveau régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : le décret n° 99-317 du 26 avril 1999	17
<b>B. Méthodologie et analyse des résultats des simulations budgétaires au centre hospitalier de La Rochelle</b>	<b>20</b>
1. Méthodologie de la simulation	20
2. Résultats des simulations	24
3. Premiers enseignements des simulations budgétaires	30
<b>C. Comparaisons départementales des simulations budgétaires</b>	<b>31</b>
1. Organisation et méthodologie des groupes de travail permettant de recueillir l'ensemble des résultats de simulation budgétaire des EHPAD du département	31
2. Résultats de la démarche comparative départementale	34

## ***II – Les simulations budgétaires permettent de définir les axes essentiels de la stratégie de restructuration du secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes*** 43

<b>A. La démarche préalable : réduire les déficits afin de faciliter la restructuration du secteur personnes âgées dépendantes</b>	<b>43</b>
1. La mesure exacte des déficits des services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour l'exercice 1999	43
2. La nécessité de mettre en place des mesures à très court terme permettant de réduire les déficits annoncés	46
3. Les marges de manœuvre dégagées sur l'exercice budgétaire 1999	50
<b>B. La stratégie adoptée à court terme pour pérenniser le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes</b>	<b>55</b>
1. Prendre en compte le positionnement de l'hébergement dans la constitution d'une filière gériatrique complète	56
2. Une stratégie de restructuration à court terme nécessairement ambitieuse pour la maison de retraite	59
3. La stratégie relative au long séjour dans l'attente de la redéfinition des USLD	64
<b>C. La stratégie adoptée à moyen terme : mettre en place une gestion de terrain, centrée sur la qualité et la transparence dans le secteur personnes âgées dépendantes</b>	<b>68</b>
1. Quelle stratégie adopter face à la tutelle ?	68
2. Propositions pour un management efficace du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes	72
3. Le centre hospitalier de La Rochelle doit chercher à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents pour espérer pérenniser son activité	75

<b>CONCLUSION</b>	<b>79</b>
-------------------	-----------

# Introduction

Avant la parution du décret du 26 avril 1999, la tarification des établissements pour personnes âgées, binaire, était caractérisée par la distinction entre l'hébergement et les soins. L'originalité de ce financement résidait dans l'existence de financements spécifiques et forfaitaires pris en charge par l'assurance-maladie au titre des besoins en soins des personnes âgées hébergées en établissement. Les forfaits versés par l'assurance-maladie ont ainsi permis de répondre à la demande croissante de soins de la part des personnes âgées, mais aussi à la demande d'accompagnement et d'aide à la personne.

A partir du milieu des années 1980, les débats autour de la dépendance se sont multipliés, aboutissant à la prise de conscience d'une nécessaire transformation de l'aide publique pour faire face à des besoins accrus, tant en établissement qu'à domicile. Plusieurs rapports soulignent alors les limites du système de la double tarification et insistent sur la nécessité de créer de nouvelles formes de prise en charge de la dépendance, mieux adaptées à l'état de la personne. C'est le cas du rapport BRAUN (1987), des rapports de l'IGAS (1989, 1993), du rapport parlementaire BOULARD (1991) ainsi que du rapport SCHOPFLIN<sup>1</sup>.

La tendance commune dégagée par ces rapports est la distinction entre trois niveaux de tarification (hébergement, soins et dépendance) et la préconisation d'une charge graduée des soins liés à la dépendance.

Les critiques de l'ancienne tarification reposent alors sur l'idée qu'elle est devenue obsolète, opaque et relativement injuste.

---

<sup>1</sup> « Dépendance et solidarité, mieux aider les personnes âgées » (1991)

Huit arguments viennent étayer ce jugement :

- ✓ La tarification binaire apparaissait inadaptée, les prestations liées à la « dépendance domestique, sociale et relationnelle » de la personne n'étant pas financées spécifiquement.
- ✓ Elle ne tenait pas compte du degré de dépendance des résidents, aucune modulation dans la coût de la prise en charge n'étant liée à l'état de dépendance de la personne.
- ✓ La part tarifaire liée à l'hébergement servait de variable supplétive à un calibrage arbitraire des forfaits soins : les charges d'exploitation relatives respectivement à l'hébergement et aux soins ne coïncidaient pas pour une large part à la destination de leur section d'imputation comptable.
- ✓ Les attributions des forfaits soins ne tenaient pas compte de l'alourdissement progressif de la dépendance des résidents.
- ✓ Les interventions des professionnels libéraux en établissement n'étaient pas toujours coordonnées, ce qui induisait une prise en charge inadaptée des personnes âgées dépendantes. Les prestations des médecins libéraux doivent en effet être coordonnées dans un projet institutionnel, puisque les établissements doivent concilier une triple logique : être un lieu de vie comportant des espaces privatifs adaptés, être un lieu organisé en fonction de la prise en charge de la dépendance et enfin être un lieu de prévention et de soins coordonnés, adaptés à l'état de santé des résidents.
- ✓ Les modes d'allocation des ressources des établissements ne reposaient pas sur une analyse globale des budgets, en raison du caractère forfaitaire de la médicalisation.
- ✓ La médicalisation des établissements ne conduisait pas toujours à une augmentation globale de leurs ressources, par exemple si le Conseil Général décidait de se désengager à due concurrence sur le poste hébergement.
- ✓ L'activité des établissements n'était pas évaluée, faute de références de bonnes pratiques et de l'existence d'une démarche d'assurance qualité dans ce secteur.

Au total, on peut constater une très forte hétérogénéité des budgets des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et surtout un manque de transparence :

- ✓ Les allocations de moyens n'obéissent pas suffisamment à des règles rationnelles ;
- ✓ Ce ne sont pas les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes qui sont nécessairement les mieux dotés ;
- ✓ Les imputations des charges et des produits ne correspondent pas complètement à la nature de la section tarifaire à laquelle elles émargent.

Malgré plusieurs projets de lois (1991, 1994), la difficulté de ces textes à aboutir a témoigné de la complexité de l'organisation d'une prise en charge spécifique de la dépendance, aussi bien du point de vue organisationnel que financier.

Pourtant, l'accroissement important de l'espérance de vie a fait apparaître des situations de dépendance de plus en plus nombreuses : 13 % des personnes âgées de plus de 75 ans (près de 4 millions en France en 1998<sup>2</sup>) ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie courante (se nourrir, se lever, se déplacer...) et la perte d'indépendance physique ou l'incapacité à satisfaire seul ses besoins immédiats atteint plus de 60 % des plus de 85 ans (1 million de personnes en 1990 et 1 200 000 personnes en 1998, soit une augmentation de 20 %).

Selon les évaluations de LEBEAUPIN et NORTIER (1996)<sup>3</sup>, fondées sur la dernière enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992 (ES91) pour les personnes vivant à domicile, et sur l'enquête auprès des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPA90), le nombre des « personnes âgées dépendantes » s'établissait à 660 000 au début des années 90, et autour de 700 000 en 1995.

Dans cette étude, les « personnes âgées dépendantes » sont définies, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, comme les personnes confinées au lit ou au fauteuil (290.000 en 1990-1991), et celles qui, sans être immobilisées, ont besoin de l'aide quotidienne d'un tiers pour s'habiller et faire leur toilette (370.000 en 1990-1991). Il s'agit donc d'une dépendance « lourde », qui sous-évalue toutefois la démence sénile, qui n'est prise en compte que dans la mesure où elle entraîne de graves difficultés motrices.

Le vieillissement général de la population implique donc une anticipation de la prise en charge de personnes âgées dépendantes toujours plus nombreuses. Ainsi, la population de personnes de plus de 65 ans, qui comptait un peu plus de 7,5 millions d'individus dans les années 1980, va atteindre les 10 millions peu après 2005, dépasser les 15 millions en 2025, et ralentir voire plafonner autour de 17,5 millions vers 2040<sup>4</sup>. A l'horizon 2020, ce sont donc les tranches d'âge de plus de 85 ans qui vont le plus augmenter, alors qu'elles constituent celles pour lesquelles les proportions de dépendance sont actuellement les plus élevées.

Dans la région Poitou-Charentes<sup>5</sup>, la population âgée de 75 à 84 ans est passée entre 1990 et 1998 de 107 000 à 98 000 personnes âgées (soit - 8,5 %) alors que la population âgée de 85 ans et plus s'élevait à 38 000 personnes en 1990 et 44 000 en 1998 (+ 15,8 %). Pour le département de la Charente-Maritime, la population de 75 à 84 ans s'est stabilisée autour de 36 000 personnes (- 3 %) alors que les plus de 85 ans passaient de 12 600 à 15 000 (+ 19 % alors la moyenne régionale pour les plus de 85 ans augmente de 16,8 %).

---

<sup>2</sup> Source : FINESS et INSEE, DRASS Poitou-Charentes, juillet 1999.

<sup>3</sup> LEBEAUPIN A, NORTIER F, « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », INSEE, Données Sociales, 1996.

<sup>4</sup> DINH QUANG CHI, « La population de la France à l'horizon 2050 », Economie et Statistique n° 274, 1994.

Sur 142 000 personnes âgées de plus de 75 ans dans la région (3 981 400 en métropole), le département de Charente-Maritime en recensait 50 640 en 1998, soit plus du tiers. Si ces données démographiques permettent de conclure à une stagnation du nombre des personnes âgées dans la région, on constate une augmentation sensible dans le département de Charente-Maritime, ce qui préfigure une demande probablement croissante en hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les prochaines années.

Face à la montée des enjeux relatifs à la dépendance, le vote d'une loi sur ce thème avait été annoncé par le président de la République, Jacques CHIRAC, dès 1995. Finalement, elle a été adoptée que le 18 décembre 1996 et promulguée le 24 janvier 1997. Encore ne s'agit-il que d'une loi transitoire puisqu'elle est intitulée « loi tendant, dans l'attente d'une loi instituant une Prestation Autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une Prestation Spécifique Dépendance ».

Trois objectifs essentiels sont visés par ce texte :

- ✓ Améliorer la prise en charge des personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans par la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), en remplacement de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Le registre de l'invalidité est donc abandonné au profit de celui de la dépendance, sans toutefois donner lieu à la création d'une « assurance dépendance » qui serait le cinquième risque de l'assurance sociale.
- ✓ Coordonner l'action gérontologique par la conclusion de conventions favorisant la coordination des prestations servies aux personnes âgées, dont le suivi sera assuré par un Comité National.
- ✓ Réformer la tarification des établissements pour personnes âgées. La tarification binaire était critiquée pour sa complexité et son caractère inégalitaire, mais aussi en raison de sa logique, centrée sur le statut juridique de l'établissement et non sur la personne et ses besoins. Dorénavant, les aides extérieures et la structure de l'établissement devront s'adapter à la situation de la personne, et non plus l'inverse.

---

<sup>5</sup> Voir tableaux récapitulatifs sur les données démographiques en annexe 7

Les décrets n°99-316 et n° 99-317, ainsi que les arrêtés<sup>6</sup> du même jour relatifs à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) fixent alors le régime juridique de la nouvelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et des conséquences institutionnelles et organisationnelles qui en découlent.

D'une manière générale, cette réforme repose sur trois principes :

- ✓ Parvenir à répartir les surcoûts à la charge de l'assurance-maladie sur plusieurs exercices ;
- ✓ S'assurer du respect du partage actuel des compétences entre l'Etat et les départements ;
- ✓ Faire en sorte que la réforme ne conduise pas à un déport de charges sur l'usager.

Elle vise quatre objectifs majeurs, qui consistent à :

- ✓ Etablir la transparence des coûts réels engagés par les établissements pour prendre en charge les trois éléments distincts du service à la personne :
  - l'hébergement ;
  - les prestations « domestiques et sociales » liées à la dépendance ;
  - les soins médicaux.
- ✓ Instituer une tarification pour laquelle :
  - l'assurance-maladie prenne en charge l'intégralité des frais de soins ;
  - la « dépendance » soit facturée à la personne en proportion de sa charge mesurée selon la grille nationale « AGGIR » (Autonomie-Gérontologie-Groupes Iso Ressources).
  - La Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) versée par le département, également proportionnelle à la charge de la dépendance, vienne en atténuation ou en compensation de cette dépense pour les personnes qui en bénéficient ;
  - la personne âgée paye régulièrement ses frais d'hébergement (distingués des frais liés aux soins et à la dépendance), avec le secours de l'aide sociale départementale si nécessaire.

---

<sup>6</sup> Il s'agit de trois arrêtés datés du 26 avril 1999 relatifs :

- ✓ A la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999.
- ✓ Aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
- ✓ À la fixation du contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- ✓ Mieux proportionner les moyens réels des établissements au regard du degré de dépendance de leurs résidents, notamment en augmentant le potentiel médical des établissements les moins bien dotés de manière relative.
  
- ✓ Définir les critères de qualité généralement exigibles ou attendus des établissements et promouvoir des processus d'amélioration de la qualité.

La parution des décrets et des arrêtés permettant l'application de la réforme de la tarification des personnes âgées dépendantes a posé avec acuité la question de la préparation du Centre hospitalier de La Rochelle à cette nouvelle tarification et à ses conséquences budgétaires, les services de la maison de retraite et du long séjour rencontrant des difficultés structurelles depuis de nombreuses années.

Seule une démarche de simulation budgétaire permettait dans un premier temps de mesurer les conséquences prévisibles de l'application d'une réforme qui concerne 111 lits de maison de retraite et 180 lits de soins de longue durée (long séjour) dans un centre hospitalier général et spécialisé comptant 1680 lits et places.

Plus avant, l'inscription du Centre hospitalier de La Rochelle dans une démarche de simulation budgétaire coordonnée avec l'ensemble des établissements publics de santé du département semble être le moyen d'anticiper les conséquences de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et d'en dégager les axes stratégiques permettant de restructurer et de pérenniser cette activité au centre hospitalier.

Cette ligne directrice peut être évoquée autour de deux idées forces. Tout d'abord, il convient de démontrer que les simulations budgétaires permettent d'anticiper les implications budgétaires de l'application des décrets et des arrêtés du 26 avril 1999. Cela revient, en se situant dans un cadre juridique et réglementaire, à élaborer une méthodologie de simulation budgétaire et à adopter une approche à la fois analytique des résultats obtenus au Centre hospitalier de La Rochelle et comparative avec les établissements du département ayant choisi de participer à une démarche commune. Les résultats des simulations budgétaires doivent favoriser, dans un second temps, l'émergence d'une stratégie pérenne permettant de réformer le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes au Centre hospitalier de La Rochelle, à court et à moyen terme, avec pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge de la dépendance et la transparence de la gestion du secteur.

## I. Les simulations budgétaires permettent d'anticiper les implications budgétaires de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

D'une manière générale, la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes peut être décrite au travers de six avancées recherchées par ses concepteurs :

- ✓ La réforme répartit les dépenses et les recettes de l'établissement en trois sections tarifaires et non plus en deux ;
- ✓ Elle définit des tarifs et des clefs de répartition des charges en tenant compte de l'état de dépendance des personnes et selon un mécanisme le plus simple possible ;
- ✓ Elle instaure un droit d'option tarifaire respectant le projet institutionnel de chaque établissement ;
- ✓ Elle rénove le régime budgétaire et comptable des établissements ;
- ✓ Elle s'appuie sur des références de bonnes pratiques ;
- ✓ Elle permet de bâtir un système d'information aidant au pilotage et à l'évaluation de la réforme.

Pour y parvenir, un nouveau cadre juridique, comptable et financier de fonctionnement est mis en place, auquel les simulations budgétaires doivent s'adapter afin de permettre, à travers une méthodologie cohérente, de dégager des enseignements qui, analysés de manière comparative avec les résultats des autres établissements du département, constituent les lignes directrices d'une analyse stratégique des conséquences de la mise en place de la nouvelle tarification de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### A. Les simulations budgétaires doivent s'adapter à un nouveau cadre juridique, comptable et financier de fonctionnement des EHPAD

Le nouveau principe directeur de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est l'adéquation du budget d'un établissement à l'état de dépendance de la population âgée prise en charge.

La loi du 24 janvier 1997 entérine donc le principe de tarifs différenciés, liés à l'état de dépendance de la personne âgée, et formalise les relations partenariales existant entre les établissements et les financeurs. Deux décrets en date du 26 avril 1999 et trois arrêtés du même jour sont chargés de mettre en place la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, dont la loi du 24 janvier 1997 constitue le fondement juridique.

#### 1. Présentation du décret du 26 avril 1999

L'ensemble des établissements sociaux, médico-sociaux ou sanitaires hébergeant des personnes âgées dépendantes (maisons de retraite autonomes et hospitalières, logements-foyers, unités de soins de longue durée) est concerné par cette réforme, qui est applicable pour les établissements de plus de 85 lits à compter de l'exercice budgétaire 2001 au plus tard, les plus petites structures bénéficiant d'un délai supplémentaire d'un an pour l'appliquer<sup>7</sup>.

##### a. Une tarification ternaire

Dorénavant, c'est donc l'état de dépendance des résidents qui conditionnera les différences de dotation budgétaire entre les diverses institutions. Le degré de dépendance de chaque résident de chaque établissement conventionné est évalué au moyen d'une grille unique nationale, la grille AGGIR.

Le décret du 26 avril 1999 retient donc une tarification ternaire intégrant la dépendance et se décomposant en trois tarifs :

- ✓ Un tarif journalier relatif à l'hébergement, défini comme l'ensemble des prestations qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes âgées accueillies (à la charge du résident ou du Conseil Général au titre de l'aide sociale)<sup>8</sup>;
- ✓ Un tarif journalier relatif à la dépendance : ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (à la charge du résident ou du Conseil Général au titre de la PSD)<sup>9</sup>;

---

<sup>7</sup> Cf. article 33 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

<sup>8</sup> Cf. article 2 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>9</sup> Cf. article 3 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

- ✓ Un tarif journalier relatif aux soins : prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques (à la charge de l'assurance-maladie)<sup>10</sup>.

L'addition de ces trois éléments de tarification constituera l'enveloppe de financement totale de chaque établissement, les deux forfaits dépendance et soins faisant l'objet de révisions en fonction de l'évolution de l'état de dépendance des personnes âgées hébergées.

Les modalités de calcul des différents tarifs et les clefs de répartition des charges et des produits communs à plusieurs tarifs<sup>11</sup> tiennent compte de deux éléments fondamentaux dans cette réforme : la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits « groupes iso-ressources » (GIR), et la répartition des emplois et des effectifs des établissements entre les sections de calcul des tarifs, qu'il faut détailler avant de voir de quels outils s'est dotée cette nouvelle tarification pour réduire les écarts de dotation budgétaire entre établissements hébergeant des résidents de dépendance équivalente.

#### **b. Cette tarification repose sur la répartition des personnes âgées par groupe GIR**

La grille AGGIR permet de répartir les personnes âgées en six groupes, en fonction des aides directes à la personne nécessitées par l'état de dépendance des résidents. Il s'agit donc de regrouper les personnes mobilisant la même quantité et le même montant de ressources liées à leur état de dépendance. La grille, arrêtée par le décret du 28 avril 1997, est composée de dix variables discriminantes telles que la cohérence, l'orientation, les déplacements, l'alimentation... ainsi que de dix variables illustratrices, qui ne sont pas utilisées dans l'évaluation en établissement.

Cette évaluation devra être validée par une commission départementale de coordination médicale, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin relevant des services sanitaires et sociaux du Conseil Général et enfin d'un médecin-conseil de l'un des trois principaux régimes d'assurance-maladie représentés dans le département<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Cf. article 4 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>11</sup> Cf. annexe 2 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

<sup>12</sup> Cf. arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Elle a pour mission<sup>13</sup> de veiller à la bonne organisation dans le département concerné des opérations de classement par GIR des résidents, de définir les modalités de contrôle et de validation *a posteriori* des propositions de classement faites par les établissements, enfin de déterminer le classement définitif à retenir en cas de désaccord et de transmettre chaque année les classements, validés sous une forme respectant l'anonymat.

Chaque année, l'établissement devra fournir la liste de ses groupes GIR, évaluée de préférence entre le 1<sup>er</sup> et le 30 septembre<sup>14</sup>. Au sein de l'établissement, le classement des résidents est réalisé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin-coordonateur. De plus, l'établissement devra fournir tous les semestres, à la demande des organismes d'assurance-maladie, la liste des personnes hébergées ainsi que les mouvements intervenus durant les six derniers mois.

Le classement dans chacun des groupes GIR donne lieu à une cotation en points. Il est procédé pour chaque établissement à une totalisation des points engendrés par la présence des résidents. Ce total, divisé par le nombre de personnes hébergées, permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement (GMP : GIR moyen pondéré).

**c. Les emplois et effectifs des établissements sont répartis par le décret entre les sections de calcul des tarifs**

Elle doit se faire selon les principes suivants :

- ✓ les charges de personnel relatives aux aides-soignants et aux aides-médico-psychologiques, ainsi que leurs charges sociales et fiscales, doivent être réparties entre les sections d'imputation afférentes aux soins (70 %) et à la dépendance (30%). Cela se justifie par le fait que ces personnels exercent conjointement deux fonctions : une fonction d'« auxiliaires de soins », au titre de la dimension sanitaire de la dépendance, et une fonction d'« auxiliaires de vie », au titre de la dimension domestique, sociale et relationnelle de la dépendance. Cette répartition ne constitue toutefois que « la référence à atteindre au terme de la cinquième année d'exécution de la convention ... (pluriannuelle tripartite) »<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Cf. arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

<sup>14</sup> Selon M. JF BEAUDURET, membre de la mission MARTHE

<sup>15</sup> Cf. article 6 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

- ✓ De la même manière, les charges de personnels relatives aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et de service des repas sont réparties entre la section tarifaire hébergement (70 %) et la section tarifaire dépendance (30 %).
- ✓ Les charges en infirmières, en cadres infirmiers et médecins ainsi qu'en auxiliaires médicaux sont entièrement affectées à la section tarifaire soins, dans la mesure où leur activité relève essentiellement du soin.

**d. L'objectif de la réforme : parvenir à comparer le niveau des prestations délivrées et à contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements**

Deux ratios permettent d'établir des comparaisons entre les moyens des établissements pour faire face à la prise en charge de la dépendance et de « contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements »<sup>16</sup>. Il s'agit de la valeur nette des points GIR « dépendance » et « AS-AMP ».

La valeur nette du point relatif à la dépendance est calculée par le président du Conseil Général en divisant le montant des charges nettes relatives à la dépendance par le nombre de points totalisés par un établissement en application de la grille AGGIR<sup>17</sup>.

La valeur nette du point relatif aux aides-soignants et aux aides-médico-psychologiques est calculée par le préfet en divisant le montant des charges nettes relatives aux dépenses de personnel en AS-AMP émergeant à la section tarifaire soins par le nombre de points totalisés par un établissement en application de la grille AGGIR<sup>18</sup>.

Au niveau départemental, l'agrégation de ces résultats permet aux partenaires conventionnels d'agir sur les écarts de dotation en moyens des établissements : ainsi, la convention tripartite doit prévoir « les modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point résultant des propositions de l'établissement et la valeur nette moyenne départementale du point correspondant »<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Cf. articles 16 et 17 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>17</sup> Cf. article 16 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>18</sup> Cf. article 16 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>19</sup> Cf. articles 18 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

En outre, au niveau régional, le préfet de région calcule une valeur nette moyenne régionale du point relatif à la dépendance ainsi qu'aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques. Il tient compte de la valeur nette moyenne régionale du point ainsi que de l'ensemble des indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord afin de répartir les enveloppes régionales de crédits allouées chaque année en fonction de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, voté chaque année par le parlement) médico-social.

Enfin, il faut souligner que chaque établissement établit un plan pluriannuel d'évolution des effectifs annexé à la convention tripartite. Afin de mettre en oeuvre la convergence tarifaire, le tableau annuel des effectifs prend en compte les évolutions prévisionnelles et pluriannuelles permettant de satisfaire au terme de la cinquième année d'exécution de la convention tripartite les objectifs en matière d'effectifs.

## 2. Les avancées de l'arrêté du 26 avril 1999

Un arrêté du 26 avril 1999 fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. En effet, le préambule de cet arrêté rappelle que dans le cadre de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 consacrée à la Prestation Spécifique Dépendance, « les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance-maladie »<sup>20</sup>.

Cette convention doit entériner le contenu d'une « démarche qualité » à laquelle sont associés de manière contractuelle les partenaires conventionnels, à savoir l'établissement, le Conseil Général et le représentant de l'assurance-maladie. L'objectif est alors « de garantir à chaque résidant un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique et psychique possible ».

### **a. L'élaboration d'un référentiel détaillé**

Quatre séries de recommandations sont ainsi édictées dans cet arrêté et concernent :

1. La qualité de vie des résidants : projet institutionnel, qualité des espaces privés et collectif ;
2. La qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidants : préparation de l'entrée en institution, relation avec les familles durant le séjour ou au moment du décès ;
3. La qualité des personnels exerçant dans l'établissement : détermination des rôles et qualifications du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmière référente et des différents professionnels exerçant dans l'établissement ;
4. L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, comportant des soins coordonnés : mise en place de complémentarités entre structures, soutien à domicile, convention avec un établissement de santé référent, collaboration avec les services de psychiatrie, lien avec le milieu social environnant...

Ces recommandations peuvent se traduire au niveau de l'établissement par l'élaboration d'un référentiel détaillé servant de base à une démarche formalisée d'assurance-qualité, aboutissant au cours des cinq ans à une « certification » ou à une reconnaissance équivalente.

Le cahier des charges doit permettre de formaliser un accord sur une conception commune des partenaires conventionnels quant à la qualité de l'accueil des personnes âgées dépendantes en établissement, et donc d'assurer une transparence du fonctionnement de l'établissement. La qualité est alors fonction du cadre de vie, du professionnalisme des intervenants et de l'organisation générale de ces institutions. Les indicateurs de qualité peuvent être déclinés en fonction de la satisfaction du résidant, de la configuration du cadre de vie, de la prise en compte de la qualité du travail effectué par les personnels et enfin de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

---

<sup>20</sup> In Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999, p. 6256.

## **b. Le contenu du cahier des charges de la convention tripartite**

Cette organisation devant être centrée sur la personne âgée dépendante, on pourra mesurer, en premier lieu, la satisfaction des résidents à l'aune de plusieurs items fondamentaux :

- ✓ L'habitat et le cadre de vie (par exemple : nécessité d'une visite de l'établissement par la personne âgée avant l'entrée en institution...);
- ✓ Les repas (qualité nutritive ; longueur satisfaisante des repas ; temps écoulé entre le repas du soir et le petit déjeuner inférieur à douze heures...);
- ✓ La sécurité ;
- ✓ La solitude ;
- ✓ La vie sociale et l'animation mise en œuvre dans l'institution ;
- ✓ Toutes les actions permettant aux résidents de conserver au maximum leur autonomie.
- ✓ La satisfaction par rapport aux différentes procédures mises en place dans l'établissement, tenant compte des spécificités et des attentes des résidents (détérioration intellectuelle ; incontinence ; fin de vie...).

En second lieu, la qualité des espaces doit permettre de garantir à chaque résident une plus grande autonomie dans le meilleur état de santé possible. Les établissements devront être réorganisés autour d'unités fonctionnelles et trouver un équilibre entre :

- ✓ Un lieu de vie permettant de concilier intimité et convivialité (transposition du domicile ; maintien des liens sociaux : ouverture sur l'extérieur...);
- ✓ Une adaptation à la prise en charge de la dépendance : conciliation entre liberté de circulation et sécurité des résidents (problème des personnes âgées démentes, qui représentent environ 50 % des personnes âgées dépendantes) ;
- ✓ Un lieu de prévention et de soins, assurant des prestations coordonnées autour de la personne.

En troisième lieu, le personnel doit prodiguer aides et soins de qualité aux résidents. A cet effet, il doit trouver des satisfactions dans son travail et devra être destinataire d'un soutien psychologique si nécessaire (difficulté du soutien aux personnes âgées dépendantes, parfois démentes ou en fin de vie...). Il semblerait alors utile que chaque personne âgée ait un membre du personnel pour référent.

Enfin, l'institution doit s'inscrire dans un réseau gérontologique ouvert sur son environnement et favorisant des soins coordonnés, le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes et la collaboration entre établissements médico-sociaux et sanitaires. Un médecin coordinateur doit assurer la prise en charge multidisciplinaire des résidents dans chaque établissement.

### 3. Présentation du nouveau régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : le décret n° 99-317 du 26 avril 1999

La loi du 24 janvier 1997 a défini, dans son titre V, les principes généraux de la réforme de la tarification des EHPAD. Le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 tire les conséquences réglementaires des nouvelles dispositions relatives à la tarification et au financement des EHPAD et refond entièrement leur régime budgétaire et comptable. A ce titre, il est possible d'en présenter le contenu en explicitant tout d'abord ses principaux objectifs, puis ses modalités de construction et enfin ses principales innovations.

Le titre 1<sup>er</sup> traite des règles comptables et budgétaires relatives aux établissements publics autonomes, qui représentent un quart des établissements et près de 30 % des capacités d'hébergement dans le secteur. Il constitue également un tronc commun (obligations comptables générales, conditions de présentation et de vote du budget, procédure budgétaire...) aux établissements relevant des autres catégories juridiques.

Les autres titres du décret précisent les dispositions du titre premier qui s'appliquent aux autres catégories juridiques d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

#### **a. Les principaux objectifs du décret budgétaire et comptable**

Le premier objectif du décret consiste à rénover une réglementation totalement dépassée. En effet, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevaient jusqu'alors du décret n°61-3 du 3 janvier 1961, qui renvoyait lui-même au droit hospitalier budgétaire et comptable des années 1950 alors que celui-ci a été largement modernisé en 1983, 1992 et 1997.

Ainsi, plusieurs lacunes persistaient dans cette réglementation et la rendaient largement obsolète :

- ✓ Le contenu de la section d'exploitation et de la section d'investissement n'était pas défini ;
- ✓ Les virements de crédits à l'initiative du directeur n'étaient pas prévus (délibération préalable obligatoire du Conseil d'Administration) ;
- ✓ La possibilité d'affectation des excédents d'exploitation n'était possible que dans la limite d'un tiers à la seule réserve de trésorerie.

En outre, il fallait mettre fin au vide juridique issu de la non-application aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes des articles 26-1 et 26-2 de la loi du 30 juin 1975. Ces articles prévoyaient en effet l'inopposabilité aux financeurs des établissements sociaux et médico-sociaux des incidences financières en exploitation des opérations d'investissement, de la variation du tableau des effectifs et des dépenses non approuvées, réalisées sans l'accord des autorités de tarification.

Le cycle d'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux étant plus erratique que dans le secteur sanitaire, l'application de ces articles constitue pour les financeurs une garantie de ne pas avoir à supporter les conséquences de gestions et de développements non maîtrisés et non concertés.

Enfin, il s'agissait de prévoir des dispositions adaptées couvrant toutes les catégories juridiques d'établissements concernés. La très grande diversité des statuts juridiques des 6 401 établissements du secteur médico-social entraînait en effet des situations extrêmement inégalitaires en terme de financement, diversité accrue par le fait que certains établissements sont habilités à l'aide sociale et d'autres ne le sont pas.

Le décret budgétaire et comptable a donc cherché à concilier deux impératifs :

- ✓ Élaborer un texte unique fixant le plus grand nombre possible de règles communes ;
- ✓ Tenir compte dans le même temps des spécificités propres à chaque catégorie juridique d'établissement, en introduisant des règles juridiques adaptées à chacun.

## **b. Les principales innovations du nouveau décret**

Ce décret s'inspire de deux décrets plus récents, le décret modifié n° 88-279 du 24 mars 1988 (relatif au régime budgétaire et comptable et aux modalités de financement de certains établissements sociaux et médico-sociaux à la charge de l'Etat et de l'assurance-maladie) et le décret du 31 juillet 1992 (relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés de santé participant à l'exécution du service public hospitalier).

Il précise l'adoption de plusieurs dispositions spécifiques, qui ne concernent pas toutes le centre hospitalier de La Rochelle.

Ce dernier est en effet soumis aux modalités d'affectation des résultats du droit commun hospitalier, alors que l'arrêté met en place des possibilités d'affectation mieux adaptées au cycle d'investissement des établissements médico-sociaux afin de faciliter, sans recours à des emprunts, le financement des investissements nécessaires pour garantir la sécurité et s'adapter à une hôtellerie du grand âge.

En second lieu, l'article 20 du nouveau décret prévoit la possibilité d'une reprise sur les comptes de réserves de trésorerie s'ils « couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement constaté au cours des trois derniers exercices »<sup>21</sup>, afin de les affecter au financement de mesures d'investissement ou encore à des mesures d'exploitation non pérennes. Si l'établissement présente un excédent de financement d'exploitation depuis au moins trois ans, les réserves de trésorerie peuvent faire l'objet d'une reprise complète.

Enfin, la modernisation des procédures de tarification et de contrôle est précisée dans le décret. Le dépôt des « propositions budgétaires » est avancé au 15 octobre de l'année précédant l'exercice auquel elles se rapportent. Les comptes administratifs, quant à eux, doivent être remis pour le 30 avril de l'année qui suit l'exercice concerné. Cette adaptation des transmissions des comptes administratifs est indispensable pour pouvoir analyser et calculer les différents indicateurs médico-socio-économiques prévus par le décret tarifaire : valeur du point GIR dépendance, valeur du point GIR AS et AMP, coût journalier soins techniques, coût place hébergement hors structures... Après fixation des tarifs, les établissements doivent fournir leur budget exécutoire qui doit être en équilibre.

Une connaissance précise du cadre juridique, comptable et financier de la réforme de la nouvelle tarification doit donc servir de fondement à la mise au point des simulations budgétaires afin, grâce à une méthodologie adaptée, d'aboutir à des résultats significatifs et opératoires pour le positionnement stratégique du Centre hospitalier de La Rochelle dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

## B. Méthodologie et analyse des résultats des simulations budgétaires au centre hospitalier de La Rochelle

### 1. Méthodologie de la simulation

La simulation budgétaire de la réforme de la tarification des services d'hébergement des personnes âgées dépendantes posait la question méthodologique préliminaire de savoir quelle série de comptes était la plus pertinente à utiliser. Fallait-il choisir un compte administratif 1998, comme d'autres établissements le préconisaient ?

Cette solution a été rejetée car elle ne permettait pas d'anticiper au mieux les conséquences de la réforme de la tarification sur l'exercice 1999. Ainsi, le relevé du classement des résidents en groupes iso-ressources se fait un jour donné et il était préférable de l'effectuer durant la période des simulations budgétaires. Les services d'hébergement n'ayant pas effectué de coupe GIR pour l'exercice 1998 (le dernier datait de 1997), appliquer un « *GIRage* » de 1997 ou 1999 au compte administratif 1998 aurait été inapproprié et sans doute assez lointain de la réalité de l'exercice 1999. Aussi valait-il mieux ne pas faire le choix d'utiliser le compte administratif 1998 et mettre au point une démarche qui pourrait être commune à d'autres établissements afin de comparer les résultats obtenus. L'objectif serait alors de mesurer de la manière la plus fine et la plus concrète possible les conséquences que le centre hospitalier de La Rochelle aurait à affronter lors de l'application de la réforme de la tarification.

---

<sup>21</sup> Article 20 du décret n°99-317 du 26 avril 1999.

### **a. Le choix du calcul comparatif de trois séries de comptes : BP/CAA/CAA réel**

L'idée de faire le choix de trois séries distinctes de comptes, si elle compliquait la démarche en conduisant à calculer à trois reprises treize tarifs (un tarif d'hébergement commun aux 6 groupes « iso-ressources », 6 tarifs de dépendance et six tarifs de soins variables selon le niveau de dépendance) induits par la réforme, permettait également d'avoir une démarche complète.

En effet, l'objectif visé était d'anticiper de manière très concrète les effets induits par la réforme pour l'exercice 1999. Dans un premier temps, l'utilisation d'un budget primitif 1999 semblait s'imposer, puisqu'à partir de ces données budgétaires, les établissements pourraient se comparer de manière simple et rigoureuse au plan départemental. La circulaire du 25 juin 1999<sup>22</sup> relative à la simulation de la réforme sur 1000 établissements a confirmé cette méthode.

Il semblait toutefois difficile de se contenter des calculs des tarifs par rapport au budget primitif, puisqu'ils ne permettaient pas d'appréhender les effets sur les tarifs de déficits prévisionnels d'activité ou de personnel que pourraient connaître les services durant l'exercice.

L'approche par le budget primitif devait toutefois être complétée par le calcul des tarifs selon un compte administratif anticipé 1999 qui était plus proche de la réalité que le compte administratif 1998 dans la mesure où les extrapolations fournies par les services financiers et les services de la paie du Centre hospitalier de La Rochelle semblaient suffisamment fines. Ces simulations budgétaires ayant été effectuées en juin, il était possible d'anticiper de manière prévisionnelle les dépenses en personnel et le calcul du déficit en journées prévisionnelles.

---

<sup>22</sup> Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n°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 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes à partir d'un échantillon représentatif de 1000 établissements.

Les tarifs calculés étaient alors plus proches de la réalité du coût annuel des services et du niveau de dépendance des résidents relevé un jour donné de l'exercice auquel s'appliquent les comptes (le 7 mai dans un premier temps). Ceci n'était pas négligeable au moment où la circulaire stipulait que les conventions devaient être signées au maximum un an après la parution du décret, soit au plus tard au 26 avril 2000 pour une application à l'exercice budgétaire 2001. Les deux services étant composés de plus de 85 lits, ils devaient rentrer dans le dispositif de la nouvelle tarification à cette date.

Enfin, le calcul d'un « compte administratif anticipé réel » (« réel » parce qu'il correspond à une méthodologie permettant à la fois de prendre en compte les conséquences des déficits éventuels de l'exercice ainsi que des remboursements de frais au budget général qui soient calculés de manière méthodique) correspondait à la volonté d'intégrer un remboursement des frais des budgets annexes vers le budget général qui soit conforme à la méthodologie du retraitement comptable PMSI.

Les comptes 6281, 6282, 6283 et 6288 des budgets annexes, permettant le remboursement des frais des budgets annexes au budget général, sont en effet dotés de manières très diverses selon les pratiques budgétaires des hôpitaux, ce qui pose un problème de méthode pour pouvoir comparer des sommes qui assureraient un remboursement des budgets annexes des hôpitaux vers leur budget général en adéquation avec la réalité. En particulier, le centre hospitalier de La Rochelle, depuis de nombreuses années, affectait les résultats dégagés à la dotation de ces comptes afin de limiter un prix de journée déjà élevé.

A l'occasion du test proposé par la mission MARTHE auprès de 1000 établissements tirés au sort, la méthode de la comptabilité analytique n'a pas été privilégiée, n'étant pas appliquée de la même manière dans tous les établissements. La circulaire MARTHE du 25 juin 1999 a confirmé que la méthodologie des retraitements comptables PMSI était la plus adéquate afin d'évaluer les pratiques des établissements en la matière.

Les trois séries de comptes semblent donc complémentaires : elles permettent de saisir le problème de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de manière globale. En un sens, les écarts entre le compte administratif anticipé et le budget primitif devaient donner une idée de l'ampleur des difficultés structurelles en exploitation (déficit en journées prévisionnelles, dépassement des comptes de personnel, niveau de dépendance des personnes âgées hébergées) des services d'hébergement.

Toute vision stratégique devait donc viser, dans un premier temps, à résoudre ces difficultés structurelles avant de redéfinir le rôle de ces services au sein du centre hospitalier de La Rochelle. La série relative au « compte administratif anticipé réel » donnait quant à elle la tendance de la pratique du sur-remboursement ou du sous-remboursement des budgets annexes au budget général.

### **b. Les difficultés méthodologiques**

En premier lieu, des précisions doivent être apportées sur la répartition des comptes ou la méthode de calcul utilisée. Cela concerne la répartition de certaines catégories de personnel dans les sections tarifaires ainsi que le calcul du montant des remboursements de frais des budgets annexes au budget général en utilisant la méthode du retraitement comptable PMSI :

- ✓ Au plan du personnel, les dépenses relatives à la psychomotricienne et à la pédicure-podologue de la maison de retraite, auxiliaires médicales diplômées d'Etat, doivent être imputées à la section tarifaire soins.<sup>23</sup> Quant à un des surveillants de la maison de retraite, qui émargeait à 50 % sur le budget mais s'occupait presque exclusivement de l'animation de la maison de retraite, il a été choisi de l'imputer sur la section tarifaire soins dans l'immédiat, son activité devant à terme être recadrée vers un emploi plus classique de cadre infirmier.
- ✓ Les articles pour incontinents : ils font généralement partie d'un compte 6025. Les services économiques doivent lister les articles du compte correspondant et isoler ceux qui sont destinés à l'usage des personnes âgées dépendantes. L'affectation se fait au *pro rata* de la valorisation de ces consommations.
- ✓ Les dotations aux amortissements : la liste du matériel affecté doit être scindée en trois parties, les totaux hébergement, dépendance et soins devant correspondre au total du budget autorisé. L'annuité du matériel est répartie entre les différentes sections selon l'usage du matériel. Les bâtiments et autres équipements sont affectés à la section hébergement.
- ✓ des précisions techniques devaient également être apportées sur la méthodologie utilisée pour le calcul du remboursement de frais des budgets annexes vers le budget général :
  - Compte 6281 (blanchissage) et compte 6283 (nettoyage) : « facturation » du budget général au budget annexe au prix de l'unité d'œuvre (prix de revient journalier conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI) : comptes répartis à 70 % sur l'hébergement et à 30 % sur la dépendance.

- Compte 6282 (alimentation) : « facturation » du budget général au budget annexe au prix de l'unité d'œuvre (prix de revient journalier conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI). Ce compte doit être imputé à 100 % sur l'hébergement.
- Compte 6288 (autres prestations) : quote-part de la section d'imputation logistique & administration (« facturation » conformément à la méthodologie des retraitements comptables PMSI, soit au prorata des charges nettes). Ce compte doit être imputé à 100 % sur l'hébergement.

Dans un second temps s'est posée la question de savoir s'il fallait ou non calculer les tarifs pour un seul service d'hébergement des personnes âgées dépendantes dans les établissements présentant plusieurs budgets différenciés. Il est désormais clair que dans l'attente de la redéfinition des services de long séjour, les tarifs des maisons de retraite et des services de long séjour doivent être présentés séparément. Cela a été confirmé récemment par la mission d'appui à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes<sup>24</sup>. Le calcul des tarifs journaliers d'un budget « Long Séjour + maison de retraite » a été effectué dans le cadre de la simulation budgétaire<sup>25</sup> puisque cette information n'était pas connue, mais n'est plus pertinent dans l'attente de la redéfinition des services de long séjour.

## 2. Résultats des simulations

Ne sont donc présentés que les résultats *stricto sensu*, à savoir les nouveaux tarifs journaliers des deux budgets annexes du Centre hospitalier de La Rochelle concernés par cette réforme et les leçons qu'il est possible d'en tirer. L'ensemble des comptes permettant d'aboutir à ces résultats ne sera présenté qu'en annexe, pour des raisons de commodités de lecture<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Réponse de la mission MARTHE à une question posée sur son site intranet et internet, document de synthèse du 20 août 1999 distribué à l'occasion de la venue de la mission MARTHE à Limoges (1er septembre 1999).

<sup>24</sup> Réponse de la mission MARTHE à une question posée sur son site intranet et internet, document de synthèse du 20 août 1999 distribué à l'occasion de la venue de la mission MARTHE à Limoges (1er septembre 1999) : « Le seuil des 85 lits s'applique pour chacun des budgets annexes relevant soit de la loi du 30 juin 1975 (maison de retraite hospitalière) soit de la loi de 1991 (long séjour) ».

<sup>25</sup> Cf. annexe 3

<sup>26</sup> Cf. annexes 1 et 2 pour l'intégralité des calculs et annexe 5 pour les tableaux de synthèse des GIR et des tarifs

### a. Les résultats de la première série de comptes : Budget Primitif

La lecture de cette première série de comptes vise à mettre en évidence les déports de charges existant entre l'assurance-maladie et le Conseil Général, à total tarifaire journalier constant. Ces calculs étant effectués sur un taux de remplissage à 100 % par rapport au nombre de journées prévisionnelles, ils supposent par cohérence un « *trucage* » dans le « *Girage* ». En effet, le nombre de personnes dépendantes évaluées étant inférieur au nombre de personnes qui devraient être présentes pour réaliser l'ensemble des journées prévisionnelles, il faut répartir au *pro rata* les personnes manquantes par groupe de dépendance.

(1) *long séjour*

Tableau n°1 : Simulations tarifs GIR du CHLR – Budget Primitif 1999 – Long séjour

Tarif par G.I.R.	Hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	244,54	124,13	368,67	312,55
G.I.R. 2	244,54	104,23	348,77	283,95
G.I.R. 3	244,54	81,90	326,44	251,85
G.I.R. 4	244,54	52,14	296,68	209,04
G.I.R. 5	244,54	31,04	275,58	178,73
G.I.R. 6	244,54	8,70	253,24	146,62
Tarif moyen L.S. <sup>27</sup>	244,54	103,70	<b>348,24</b>	<b>282,71</b>
Financement 1999	369,65	-	<b>369,65</b>	<b>261,47</b>

Ce tableau démontre un déport de charges important (environ 20 FF en moyenne) entre la section « hébergement + dépendance » et la section « soins » nouvellement définie, dont le tarif moyen augmente largement. La nouvelle répartition des charges induite mécaniquement par le passage d'une tarification binaire à une tarification ternaire prouve donc qu'une partie des charges d'hébergement supportées par le Conseil Général était induite et aurait dû être supportée par l'assurance-maladie. Cela correspond à une augmentation moyenne de 8 % des charges de la section tarifaire soins. Le montant devant nouvellement être pris en charge par l'assurance-maladie est de près de 1,8 million de francs, soit 1 350 000 FF de plus que dans le cadre de l'ancien financement.

<sup>27</sup> Les tarifs moyens des tableaux suivants prennent en compte la répartition des résidents par GIR

(2) *Maison de retraite*

Tableau n°2 : Simulations tarifs GIR du CHLR – BP 1999 – Maison de retraite

Tarif par G.I.R.	Hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	205,31	133,37	338,68	262,6
G.I.R. 2	205,31	112,03	317,34	238,45
G.I.R. 3	205,31	88,02	293,33	211,27
G.I.R. 4	205,31	56,02	261,33	175,04
G.I.R. 5	205,31	33,34	238,65	149,38
G.I.R. 6	205,31	9,57	214,88	122,47
Tarif moyen M.R.	205,31	72,31	277,62	193,49
Financement 1999	305,6	-	305,6	166,03

L'analyse de ce tableau démontre que le déport de charges entre la section « hébergement + dépendance » et la section « soins » nouvellement définie est encore plus important que pour le service de long séjour : il est de l'ordre de 27 FF par journée réalisée et correspond à une augmentation moyenne des charges afférentes à la section soins de 16,5 %. Rapporté à l'exercice annuel, ce déport de charges peut être estimé à 1200 000 FF (écart entre l'enveloppe soins 1999, qui est de 6 600 000 FF, et l'enveloppe estimée dans le cadre de la nouvelle tarification, à savoir 7 800 000 FF). Cette somme est presque aussi importante que le déport de charges concernant le service de long séjour, aussi peut-on y voir le signe apparent d'une forte médicalisation de la maison de retraite, confirmée sur le terrain par les médecins gériatres du centre hospitalier de La Rochelle.

**b. Les tarifs issus du compte administratif anticipé**

Ces résultats intègrent donc le déficit en journées prévisionnelles (effet sur la section tarifaire hébergement, accentué ou atténué par le véritable taux de dépendance des résidents un jour donné, à savoir le 7 mai 1999, et effet sur les sections tarifaires dépendance et soins) et le déficit éventuel sur les comptes de personnel (ce qui ne concerne que la maison de retraite et pas le service de long séjour). Ces tarifs permettent une extrapolation qui semble suffisamment fine pour s'approcher de ce que devrait être le compte administratif 1999 clôturé. Elle constitue donc une simulation budgétaire plus intéressante que le compte administratif 1998.

(1) *long séjour*

Tableau n°3 : Simulations tarifs GIR du CHLR – CAA 1999 – Long séjour

Tarif par G.I.R.	hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	239,54	129	368,54	324,69
G.I.R. 2	239,54	108,5	348,04	295
G.I.R. 3	239,54	85,2	324,74	261,6
G.I.R. 4	239,54	54,3	293,84	217,08
G.I.R. 5	239,54	32,3	271,84	185,54
G.I.R. 6	239,54	9,1	248,64	152,14
Tarif moyen L.S.	239,54	107,26	346,8	293,32
Financement 1999	369,65	-	369,65	261,47

On constate une légère diminution du prix de journée hébergement, due au fait que le nombre de journées prévisionnelles déficitaire est relativement faible et que le niveau de dépendance des résidents effectivement présents le 7 mai 1999 reste relativement fort. L'effet du déficit en journées prévisionnelles (de l'ordre de 800 000 FF, ce qui était déjà le cas pour l'exercice 1998) pèse plus particulièrement sur la section tarifaire soins (écart de plus de 10 FF avec le calcul à partir du budget primitif). L'augmentation de la section tarifaire soins passe alors à 12 %.

(2) *Maison de retraite*

Tableau n°4 : Simulations tarifs GIR du CHLR – CAA 1999 – Maison de retraite

Tarif par G.I.R.	hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	205,8	151,23	357,03	299,36
G.I.R. 2	205,8	127,04	332,84	271,99
G.I.R. 3	205,8	99,81	305,61	241,17
G.I.R. 4	205,8	63,52	269,32	200,08
G.I.R. 5	205,8	37,80	243,6	170,98
G.I.R. 6	205,8	10,59	216,39	140,17
Tarif moyen M.R.	205,80	81,48	287,28	220,42
Financement 1999	305,6	-	305,6	166,03

Si le prix de journée « hébergement » reste stable, le faible remplissage des lits de la maison de retraite et le déficit en personnel pèsent fortement sur les tarifs soins (+26 FF en moyenne par rapport au calcul du budget primitif et + 54 FF par rapport au financement 1999, soit + 33 % en moyenne) et dépendance (+10 FF en moyenne).

### c. Les tarifs issus du « compte administratif anticipé réel »

L'augmentation ou la diminution des comptes relatifs au remboursement de frais des budgets annexes au budget général pèse essentiellement sur la sections tarifaire hébergement, et non pas sur la section tarifaire soins. Dans le cas du centre hospitalier de La Rochelle, l'application du retraitement comptable PMSI à ces comptes fait apparaître une augmentation considérable, que synthétise le tableau suivant.

Tableau n°5 : CAA réel 1999 – Augmentation des comptes de charges – Tableau de synthèse

Budget Annexe : comptes de charges concernés	USLD	MR	TOTAL
Diminution ou augmentation du compte 6281 (blanchissage) au Budget Annexe	+ 952 042	+ 986 633	+ 1 938 675
Diminution ou augmentation du compte 6282 (alimentation) au Budget Annexe	+ 872 897	+ 2 014 904	+ 2 887 801
Diminution ou augmentation du compte 6283 (nettoyage) au Budget Annexe	+ 278 172	+ 204 129	+ 482 301
Diminution ou augmentation du compte 6288 (autres prestations) au Budget Annexe	+ 2 921 471	+ 2 536 040	+ 5 457 511
<b>TOTAL</b>	<b>+ 5 024 582</b>	<b>+ 5 741 706</b>	<b>+ 10 766 288</b>

Ce calcul avait été demandé aux établissements ayant des budgets annexes de long séjour et de maison de retraite dans l'annexe 4 de la circulaire du 25 juin 1999. A la lecture de l'importance des sommes en jeu, et alors que la dotation de ces comptes n'est tout de même pas négligeable, il semble que la méthode du retraitement comptable puisse indiquer des pratiques de sous-remboursement des budgets annexes par rapport à cette méthode. Ces résultats ne sont pas exceptionnels au centre hospitalier de La Rochelle et ont été confirmés par les résultats d'autres centres hospitaliers, tels ceux de Saintes, de Saint-Cloud ou de Saint-Nazaire.

(1) *long séjour*

Tableau n°6 : Tarifs GIR du CHLR - CAA réel 1999 - Long séjour

Tarif par G.I.R.	hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	277,4	129	406,4	324,69
G.I.R. 2	277,4	108,5	385,9	295
G.I.R. 3	277,4	85,2	362,6	261,6
G.I.R. 4	277,4	54,3	331,7	217,08
G.I.R. 5	277,4	32,3	309,7	185,54
G.I.R. 6	277,4	9,1	286,5	152,14
Tarif moyen L.S.	277,4	107,26	384,66	293,32
Financement 1999	369,65	-	369,65	261,47

Les écarts sont importants (+33 FF pour la journée hébergement par rapport au budget primitif) et sont le signe d'un sous-remboursement des budgets annexes au budget général, qui atteint 5 millions de francs sur l'ensemble du budget selon la méthode du retraitement comptable PMSI, ce qui est considérable pour un budget de 40 millions de francs (+ 12,5 %).

(2) *Maison de retraite*

Tableau n°7 : Tarifs GIR du CHLR – CAA réel 1999 - Maison de retraite

Tarif par G.I.R.	Hébergement	Dépendance	Hébergement + dépendance	Soins
G.I.R. 1	325,94	151,23	477,17	299,36
G.I.R. 2	325,94	127,04	452,98	271,99
G.I.R. 3	325,94	99,81	425,75	241,17
G.I.R. 4	325,94	63,52	389,46	200,08
G.I.R. 5	325,94	37,80	363,74	170,98
G.I.R. 6	325,94	10,59	336,53	140,17
Tarif moyen M.R.	325,94	81,48	407,42	220,42
Financement 1999	305,6	-	305,6	166,03

En ce qui concerne la maison de retraite, les écarts sont encore plus préoccupants (+120 FF pour la journée hébergement par rapport au budget primitif) et confirment le sous-remboursement de plus de 5 millions de francs (sous-remboursement supérieur à celui du long séjour alors que le budget d'exploitation de la maison de retraite est deux fois moins important) des budgets annexes au budget général.

### 3. Premiers enseignements des simulations budgétaires

Les premiers enseignements de la simulation budgétaire sont importants d'un point de vue stratégique, car ils délivrent des informations de fond et révèlent les grands déséquilibres qui doivent orienter la réflexion sur la démarche stratégique à mettre en œuvre dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Ainsi, les calculs relatifs au budget primitif ont montré l'ampleur du déport de charges de l'assurance-maladie sur le Conseil Général pour les services de long séjour et de maison de retraite, toutes choses étant égales par ailleurs. Le tableau suivant synthétise ces écarts mesurés sur un an.

Tableau n°8 : Evolution des dotations en soins – Simulations BP 1999

Service	Dotation soins 1999	option globale	différence
USLD	16 600 000	17 950 000	1 350 000
Maison de retraite	6 600 000	7 800 000	1 200 000

En second lieu, le compte administratif anticipé montre des déséquilibres structurels importants dans le fonctionnement des services d'hébergement pour personnes âgées. Toute politique de restructuration devra résoudre en premier lieu ces problèmes pour obtenir un fonctionnement qui ne génère pas de déficits dans son exercice habituel. Il était d'ailleurs absolument stratégique de connaître au plus tôt l'ampleur et la nature de ces déséquilibres, afin de mettre en place des mesures permettant de les réduire au maximum et ainsi de se donner des marges de manœuvre en vue de l'application de la réforme.

Enfin, le compte administratif anticipé réel va permettre de comparer la pratique du Centre hospitalier de La Rochelle en termes de remboursement de frais des budgets annexes au budget général. La méthode utilisée par les établissements va enfin être commune et on pourra mesurer les écarts entre les pratiques des établissements. Néanmoins, si ces chiffres donnent une tendance, il ne semble pas que la méthode utilisée soit assez fine pour donner une idée de ce que consomment *réellement* les budgets annexes et qu'ils devraient légitimement rembourser au budget général. Ce constat a d'ailleurs été fait par les représentants de la mission MARTHE lors d'une rencontre régionale organisée le 1<sup>er</sup> septembre 1999 à Limoges.

## C. Comparaisons départementales des simulations budgétaires

Après avoir présenté succinctement l'organisation des groupes de travail au niveau départemental, il s'agira d'expliciter la méthode utilisée et ses limites avant d'aborder les résultats de cette simulation départementale des établissements publics de santé.

### 1. Organisation et méthodologie des groupes de travail permettant de recueillir l'ensemble des résultats de simulation budgétaire des EHPAD du département

#### **a. Constitution des groupes de travail**

Après avoir résolu les principaux problèmes méthodologiques posés par la démarche de simulation budgétaire au centre hospitalier de La Rochelle et tiré les premières conclusions de cette démarche, il importait de la comparer aux résultats des autres structures du département hébergeant des personnes âgées dépendantes. D'un point de vue méthodologique, cela permettait à l'ensemble des établissements de valider la démarche de simulation, de vérifier leurs positionnements respectifs au sein du département et d'en déduire un positionnement stratégique permettant d'anticiper l'application de la réforme et d'en atténuer les premiers effets s'ils s'avéraient défavorables.

Un travail de simulation budgétaire de l'ensemble des établissements publics de santé du département de Charente-Maritime a ainsi été mis en place sous l'égide de la Fédération Hospitalière de France. A l'occasion d'une réunion organisée par l'Union Hospitalière du Sud-Ouest (UHSO) sur le thème de la nouvelle tarification, était décidée la constitution de groupes de travail départementaux, qui se regrouperaient pour fournir les résultats de leur travail de simulation durant le mois d'octobre 1999.

L'échelon départemental semblait en effet le plus réaliste en vue d'élaborer un travail exhaustif et permettait de comparer des indicateurs significatifs pour juger de l'allocation des moyens de chaque établissement relativement au niveau de dépendance pris en charge.

## **b. Organisation méthodologique des groupes de travail**

Le 18 juin 1999, la réunion générale de l'U.H.S.O. à Thouars (région Poitou-Charentes) entérinait cette proposition. Le Directeur du Centre hospitalier de La Rochelle, représentant de la Fédération Hospitalière de France pour le département de Charente-Maritime, acceptait de diriger le groupe de travail de Charente-Maritime.

Par la suite, trois réunions de travail permirent de mettre au point la méthodologie et la présentation des premiers résultats pour les établissements les plus avancés. Elles ont permis durant le mois de juillet de poser les bases d'une démarche commune et d'assurer un soutien technique et méthodologique aux simulations budgétaires. Il a été décidé de travailler à partir du budget primitif 1999, plus pertinent dans le cadre d'une simulation budgétaire donnant une vision à court terme des conséquences de l'application de la réforme. Cette méthode de travail venait d'être confirmée par le test organisé auprès de mille établissements hébergeant des personnes âgées, institué par la mission MARTHE<sup>28</sup>.

Ce groupe de travail est parvenu à mobiliser progressivement tous les établissements publics de santé de Charente-Maritime au travers des deux membres du groupe de pilotage chargés de rassembler les résultats par type de structure et d'apporter éventuellement leur aide technique et méthodologique. L'utilisation des premières versions « tests » du progiciel de calcul des tarifs produit par l'ENSP dès le mois de juillet a permis de colliger les informations. Durant le mois d'août, il a alors fallu rassembler l'ensemble des données proposées et de les synthétiser pour les rendre facilement utilisables et qu'elles puissent apporter des conclusions opérationnelles. Cette synthèse a été présentée lors d'une réunion organisée le 3 septembre 1999 au centre hospitalier de La Rochelle.

## **c. Le choix méthodologique de l'approche comparative**

---

<sup>28</sup> Cf. circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-369 du 25 juin 1999

La comparaison des tarifs GIR, si elle peut sembler limitée, présente toutefois un intérêt quand elle se fait avec des structures de taille économique comparable, prenant en charge des niveaux de dépendance équivalents.

Aussi les comparaisons avec les autres centres hospitaliers du département pouvaient-elles donner une première indication sur la manière dont se situe le centre hospitalier de La Rochelle au plan départemental. Néanmoins, les indicateurs plus pertinents dans le cadre d'une comparaison départementale des résultats des simulations budgétaires demeurent le niveau de dépendance des personnes accueillies, les ratios présentés par le décret n°99-316, à savoir la valeur nette du point relatif à la dépendance et la valeur nette du point « AS-AMP », et enfin l'évolution du montant des enveloppes de soins des établissements ayant participé à la simulation.

Cette démarche départementale s'est révélée exemplaire puisqu'elle a permis de délivrer les résultats de l'intégralité des établissements publics de santé de Charente-Maritime. Elle souffre toutefois de certaines limites puisqu'elle ne concerne que 25,6 % des lits installés en maison de retraite en Charente-Maritime. En effet, ce secteur se caractérise par un extrême émiettement, puisque sur 5896 lits recensés dans le département (35 % des lits de la région), 3647 sont des lits de maison de retraite privée, dont 3034 pour les maisons de retraite privées à but lucratif (109 structures).

Aussi dans un second temps était-il important d'associer les maisons de retraite privées à cette démarche, ce qui s'avère d'autant plus difficile que la très grande majorité de ces structures échappera à la réforme dans un premier temps, étant d'une capacité inférieure à 85 lits (moyenne de 28 lits par structure). Elles refusèrent d'ailleurs l'invitation des établissements publics de santé, se sentant sans doute peu concernées par une logique de coopération.

Quant aux lits de long séjour, les résultats sont tout à fait significatifs et de première importance, puisqu'ils concernent l'intégralité des lits des unités de soins de longue durée du département. Ils ne souffrent pas des limites des résultats relatifs aux maisons de retraite.

## 2. Résultats de la démarche comparative départementale<sup>29</sup>

### a. Comparaison des tarifs GIR des centres hospitaliers

(1) Les tarifs GIR des services de long séjour des centres hospitaliers

Tableau n°9 : Tarifs GIR totaux du CHLR – Simulations BP 1999  
Comparaison départementale des centres hospitaliers -Unités de soins de longue durée

<b>ETABLISSEMENTS</b>	<b>Total GIR 1</b>	<b>Total GIR 2</b>	<b>Total GIR 3</b>	<b>Total GIR 4</b>	<b>Total GIR 5</b>	<b>Total GIR 6</b>
<b>JONZAC</b>	<b>640</b>	<b>604</b>				
<b>LA ROCHELLE</b>	<b>680</b>	<b>631</b>	<b>577</b>	<b>504</b>	<b>453</b>	<b>399</b>
<b>ROCHEFORT</b>	<b>731</b>	<b>683</b>	<b>631</b>	<b>562</b>		<b>457</b>
<b>ROYAN</b>	<b>667</b>	<b>612</b>	<b>510</b>	<b>450</b>		
<b>SAINTES</b>	<b>639</b>	<b>596</b>	<b>548</b>			
<b>SAINT JEAN D'ANGELY</b>	<b>645</b>	<b>602</b>	<b>555</b>	<b>492</b>		
<b>TARIF MOYEN DEPTAL</b>	<b>667</b>	<b>621</b>	<b>564</b>	<b>502</b>	<b>453</b>	<b>428</b>

Ce tableau synthétique démontre que les tarifs simulés en long séjour pour le Centre hospitalier de La Rochelle sont supérieurs à la moyenne des six centres hospitaliers de Charente-Maritime (+ 10 FF en moyenne environ). Les tarifs proposés par le centre hospitalier de Rochefort sont largement plus élevés que ceux des autres centres hospitaliers, ce qui était déjà le cas dans le cadre de l'ancienne tarification (prix de journée à 429 FF alors que celui du centre hospitalier de La Rochelle était fixé à 369,65 FF).

Alors que le centre hospitalier de La Rochelle concentre plus du tiers des lits de long séjour du département, les premiers résultats ne démontrent pas que le service de long séjour soit dans une situation particulièrement défavorable par rapport aux autres centres hospitaliers, même si ses tarifs apparaissent légèrement plus élevés en moyenne (+ 1,8 % sur les quatre premiers GIR).

<sup>29</sup> Tous les résultats sont présentés en annexe 6

(2) Les tarifs GIR des maisons de retraite des centres hospitaliers

Tableau n°9 : Tarifs GIR totaux du CHLR – Simulations BP 1999  
Comparaison départementale des centres hospitaliers - Service de la maison de retraite

ETABLISSEMENTS	Total GIR 1	Total GIR 2	Total GIR 3	Total GIR 4	Total GIR 5	Total GIR 6
JONZAC	435	404	368	321	288	253
LA ROCHELLE	600	555	504	436	387	336,5
ROCHEFORT		440	401	350	315	275
ROYAN	532	480	439	375	359	281
SAINTE	539	497	449	385	340	293
SAINT JEAN D'ANGELY	481	441	396	335	294	248
TARIF MOYEN DEPTAL	517	470	426	367	331	281

A l'inverse, les tarifs GIR de la maison de retraite sont largement supérieurs à ceux des autres centres hospitaliers (+ 18 % en moyenne sur les 6 GIR), ce qui était déjà le cas dans le cadre de l'ancienne tarification (prix de journée de 306 FF contre une moyenne de 252 FF pour les cinq autres centres hospitaliers). On peut donc conclure de ces premières données que le coût de la prise en charge de la dépendance en maison de retraite au Centre hospitalier de La Rochelle est largement plus élevé que dans les autres centres hospitaliers du département, ce qui est le premier signe fort de la nécessité d'une restructuration de ce service.

**b. Le niveau de dépendance relatif des personnes âgées hébergées au Centre hospitalier de La Rochelle**

Il peut être appréhendé par le nombre de résidents par GIR, qui précise l'importance relative du centre hospitalier de La Rochelle au sein des établissements publics de santé du département, ainsi que par le GIR moyen pondéré du service ou de la structure.

(1) répartition des résidents par GIR au sein des établissements publics de santé de Charente-Maritime

Tableau n°10 : Nombre de résidents par GIR dans les différents types de structures d'hébergement pour personnes âgées – EPS de Charente Maritime

GIR	MAISONS DE RETRAITE AUTONOMES	SECTIONS MAISON DE RETRAITE	CHLR SECTION MAISON DE RETRAITE	SOINS DE LONGUE DUREE	CHLR USLD	TOTAL
1	113	70	8	222	76	405
2	197	286	32	223	65	706
3	75	169	18	30	12	274
4	108	190	16	18	10	316
5	48	246	19	9	8	303
6	96	192	17	5	3	293
Total	637	1153	110	507	180	2297
GMP	615	500	540	866	830	613

Ce tableau permet en premier lieu de percevoir quelle est l'importance de l'offre d'hébergement du Centre hospitalier de La Rochelle par rapport à l'offre départementale des établissements publics de santé. Si la maison de retraite représentait seulement un peu moins de 10 % des lits de maison de retraite gérés par les centres hospitaliers ou les hôpitaux locaux (tous les lits de la maison de retraite du Centre hospitalier de La Rochelle sont des lits de section de cure médicale), les 180 lits de long séjour représentent plus de 35 % du total des lits de long séjour du département, pour un GIR moyen pondéré sensiblement inférieur à la moyenne départementale.

Au total, les 290 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du centre hospitalier de La Rochelle constituent environ 12 % de l'offre départementale publique, ce qui lui donne un poids non négligeable dans la négociation avec les partenaires conventionnels. La répartition de l'offre de lits d'hébergement par type de structure est la suivante pour les établissements publics de santé du département de Charente Maritime : 39,5 % des lits sont des lits de maisons de retraite autonomes, 54,5 % sont des lits de section de maison de retraite et enfin seulement un peu plus de 6 % sont des lits de long séjour.

(2) Les GIR moyens pondérés (GMP) des établissements publics de santé de Charente-Maritime

Un second tableau de synthèse permet de comparer le niveau de dépendance des personnes âgées hébergées au Centre hospitalier de La Rochelle au niveau départemental (étude un jour donné, 1<sup>er</sup> semestre 1999) et au niveau national<sup>30</sup>.

Tableau n° 11 : Comparaison des GIR moyens pondérés (GMP) du Centre hospitalier de La Rochelle avec les GMP départementaux et nationaux

Type de structure	échelon territorial	GMP
Maisons de retraite autonomes	département	615
Maisons de retraite autonomes	national	460
Maisons de retraite des CH et des hôpitaux locaux	département	500
Sections de cure médicale	national	690
<b>Sections de cure médicale</b>	Centre hospitalier de La Rochelle	<b>540</b>
USLD	département	866
USLD	national	800
USLD	<b>Centre hospitalier de La Rochelle</b>	<b>830</b>

Le Girage a été effectué au Centre hospitalier de La Rochelle le 7 mai 1999. A cette date, on relevait 11 personnes inscrites dans les groupes GIR 5 et 6 en long séjour, ce qui apparaît anormal dans un service où la prise en charge sanitaire est par ailleurs relativement importante. En répartissant les groupes 5 et 6 dans les trois premiers groupes de manière proportionnelle à l'importance des groupes, on parvient à un GIR moyen pondéré de 870, qui dépasse la moyenne départementale et est plus proche de la réalité de la prise en charge de la dépendance au Centre hospitalier de La Rochelle. Cela a été confirmé par un second « Girage » effectué à la fin du mois de septembre 1999.

Le niveau de dépendance des personnes âgées dépendantes en unité de soins de longue durée est donc important, puisqu'il est légèrement supérieur à la moyenne départementale et largement à la moyenne nationale, pour une concentration importante (35,5 %) des lits du département. *A contrario*, il semble que le niveau de dépendance des personnes âgées accueillies à la maison de retraite du Centre hospitalier de La Rochelle soit relativement faible (GMP de 540) par rapport à la moyenne nationale de lits de section de cure médicale (GMP de 690). La moyenne de « section de maison de retraite » est en l'espèce d'un intérêt relatif puisqu'elle n'isole pas les lits de section de cure médicale.

<sup>30</sup> Base nationale de l'échelon national de service médical de la CNAMTS, portant sur 39 104 personnes : situation au 31 mars 1997

### c. Comparaison des ratios définis par le décret du 26 avril

Après avoir bien situé le niveau de dépendance relative des personnes âgées dépendantes au Centre hospitalier de La Rochelle, il fallait comparer la valeur nette des points GIR « dépendance » et « AS-AMP » pour les maisons de retraite et les soins de longue durée.

Ces deux ratios définis par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 permettent en effet de « comparer le niveau des prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements »<sup>31</sup>. Ils constituent donc les outils de la convergence entre établissements et à ce titre sont d'une importance stratégique considérable, au même titre que la valeur du point ISA pour le court séjour.

#### (1) Les ratios relatifs aux lits de long séjour

Tableau n°12 : Etude comparative des valeurs nettes des points GIR « dépendance » et des points GIR « AS-AMP » dans les EPS de Charente-Maritime pour les services de long séjour

Etablissement	Valeur nette point GIR « dépendance » <sup>32</sup>	Valeur nette point GIR « AS – AMP » <sup>33</sup>
Jonzac	39,78	44,5
Rochefort	44,01	63,09
Royan	49,07	70,81
St Jean d'Y	37,46	58,55
Saintes	45,34	55,83
La Rochelle	45,39	65,1
Moyenne	43,5	59,65
Boscammant	33,87	43,27
Marennes	42,72	37,5
St martin de re	48,68	70,5
Moyenne	41,75	50,42
Moyenne Générale	42,92	56,57

L'offre de lits de long séjour en Charente-Maritime se limite aux établissements publics de santé, soit 9 structures qui représentent 545 lits, soit 23,3 % du total des lits de long séjour de la région (2339 lits). Le centre hospitalier de La Rochelle (180 lits) représente un tiers des lits de long séjour du département.

<sup>31</sup> Cf. articles 16 et 17 du décret n°99-316 du 26 avril 1999

<sup>32</sup> Cf. article 16 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 : « Cette valeur est égale au quotient des charges nettes, constatées au dernier compte administratif, et qui entrent dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation (...) pour le même exercice ».

<sup>33</sup> Cf. article 17 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 : « Cette valeur est égale au quotient des frais de personnel relatifs aux aide-soignants et aux aides médico-psychologiques qui ont été constatés au dernier compte administratif, et qui entrent dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation (...) pour le même exercice ».

Dans cette simulation, la valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance devrait être proche de celle qui sera trouvée par les services du Conseil Général, ce qui place le Centre hospitalier de La Rochelle à un niveau convenable, légèrement supérieur à la moyenne (+ 5,75 %). Quant à la valeur nette du point relatif aux « AS-AMP », elle n'est calculée dans cette simulation qu'au plan départemental, mais elle permet de donner une tendance dont la valeur régionale ne devrait pas beaucoup s'éloigner. Le Centre hospitalier de La Rochelle (+ 15 % par rapport à la moyenne départementale) apparaît alors mieux doté en moyens en AS et AMP relativement au niveau de dépendance pris en charge.

(2) Les ratios relatifs aux lits de maisons de retraite

Tableau n°13: Etude comparative des valeurs nettes des points GIR « dépendance » et des points GIR « AS-AMP » dans les EPS de Charente-Maritime pour les maisons de retraite

Etablissement	Valeur nette point GIR « dépendance »	Valeur nette point GIR « AS - AMP »
Jonzac	40,18	40,57
Rochefort	41,57	36,48
Royan	44,61	53,37
St Jean d'Y	38,74	52,36
Saintes	43,55	44,68
La Rochelle	47,80	55,10
Moyenne des centres hospitaliers	42,74	54,18
moyenne des hopitaux locaux	38,735	48,08
Moyenne des maisons de retraite autonomes	32,90	32,87
Moyenne générale	37,41	43,43

L'absence dans cette étude des lits de maisons de retraite privées à but lucratif (109 structures, non dotées de section de cure médicale) et des lits de maisons de retraite privées à but non lucratif (15 structures, dont 2 pourvues d'une section de cure médicale)<sup>34</sup> en démontrent certaines limites.

En outre, il faudra savoir si les services du Conseil Général décideront de calculer la valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance de manière séparée pour les lits de section de cure médicale et les lits de section de soins courants. En tout état de cause, le statut juridique de l'établissement ne doit plus empêcher les comparaisons des dotations en moyens, aussi le ratio départemental moyen est-il le plus pertinent pour en juger.

<sup>34</sup> Etude de la DRASS Poitou-Charentes au 1/07/99 (source : FINESS)

Il est toutefois possible de conclure que sur les 2249 lits de maisons de retraite publiques de Charente-Maritime (38,2 % du total, contre 51,4 % pour les structures privées à but lucratif et 10,4 % pour les structures privées à but non lucratif), la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle propose une valeur nette moyenne du point relatif à la dépendance la plus forte du département, largement supérieure à la moyenne départementale pour les établissements publics de santé. En ce qui concerne la valeur nette moyenne du point relatif aux « AS-AMP », on aboutit à la même conclusion, ce qui constitue le premier signe fort du coût supérieur de la prise en charge de la dépendance en maison de retraite au centre hospitalier de La Rochelle.

L'argument d'un GIR moyen pondéré supérieur aux autres centres hospitaliers ne tient d'ailleurs pas puisque la maison de retraite est la seule du département à n'accueillir que des sections de cure médicale, ce qui justifie pleinement un GIR moyen pondéré légèrement supérieur à la moyenne des centres hospitaliers. Enfin, cet argument peut être rejeté, puisque le GIR moyen pondéré national des lits de section de cure médicale est largement supérieur. Le coût élevé des tarifs soins est plutôt la conséquence d'une forte médicalisation du service.

### **c. Les niveaux de dotation des enveloppes de soins**

Ce tableau permet de mesurer le déport antérieur de charges de l'assurance-maladie sur le Conseil Général, à savoir la part des soins qui était financée sur la section hébergement. Cela pose bien évidemment la question de l'accompagnement financier par l'assurance-maladie, la réforme devant être neutre pour les conseils généraux. En outre, cette évaluation permet de vérifier l'admissibilité au critère d'exemption de la réforme décrit à l'article 30<sup>35</sup>, à savoir justifier d'une enveloppe de soins globale (selon le calcul de la nouvelle tarification) inférieure à celle de l'ancienne tarification.

---

<sup>35</sup> Cf. article 30 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 : « (...) lorsque les établissements font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance-maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clef de répartition des charges entre la section tarifaire afférente aux soins et celle afférente à la dépendance (...), ces établissements continuent à bénéficier de la prise en charge par l'assurance-maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite (...), sous réserve du respect de l'une des deux conditions suivantes :

- ✓ Avoir un groupe « iso-ressource » moyen pondéré (...) supérieur à 700 ;
- ✓ Avoir un ratio de postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.

(1) Les niveaux de dotation en soins des services de long séjour

Tableau n° 15 : Evaluation du différentiel : dotation en soins nécessaire selon la répartition des charges issue de la nouvelle tarification et enveloppe de soins du Budget Primitif 1999 - USLD

ETBLT	DOTATION SOINS 1999	OPTION GLOBALE	DIFFERENCE
LA ROCHELLE	16 600 000	17 950 000	1 350 000
JONZAC	3 300 000	3 300 000	0
ROCHEFORT	5 274 750	6 497 000	1 222 594
ROYAN	4 400 000	5 300 000	900 000
ST JEAN D'Y	3 850 000	4 500 000	650 000
SAINTE	5 040 000	7 600 000	2 560 000
<b>TOTAL</b>	<b>38 464 750</b>	<b>45 147 344</b>	<b>6 682 594</b>
BOSCAMNANT	2 584 226	2 011 706	- 572 520
MARENNES	2 762 075	2 257 690	- 504 385
ST MARTIN DE RE	2 482 950	2 834 986	+ 352 036
<b>TOTAL</b>	<b>7 829 251</b>	<b>7 104 382</b>	<b>- 724 869</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>46 294 001</b>	<b>52 251 726</b>	<b>+ 5 957 725</b>

Hormis le résultat du Centre hospitalier de Jonzac, qui n'est sans doute pas significatif, il apparaît que la dotation en soins du Centre hospitalier de La Rochelle pour le service de long séjour était également insuffisante par rapport au niveau de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes. Le nombre de lits de long séjour étant supérieur à 85 (180 lits au 1<sup>er</sup> janvier 1999), et le service ne répondant pas au motif d'exemption décrit à l'article 30 du décret du 26 avril, il devra rentrer dans la réforme pour l'exercice budgétaire 2001 et donc signer une convention pluriannuelle tripartite avant le 26 avril 2000.

(2) Les niveaux de dotation en soins des maisons de retraite

Tableau n° 16 : Evaluation du différentiel entre la dotation en soins nécessaire selon la nouvelle répartition des charges et l'enveloppe de soins du BP 1999 – Maison de retraite

ETBLT	DOTATION SOINS 1999	OPTION PARTIELLE	OPTION GLOBALE	DIFFERENCE
LA ROCHELLE	6 600 000		7 800 000	1 200 000
JONZAC	4 900 000		5 050 000	150 000
ROCHEFORT	2 387 300		2 726 661	339 361
ROYAN	4 700 000		5 400 000	700 000
ST JEAN D'Y	8 000 000		9 900 000	1 900 000
SAINTE	6 198 000		7 670 000	1 472 000
<b>TOTAL</b>	<b>32 785 300</b>	<b>0</b>	<b>38 546 661</b>	<b>5 761 361</b>
BOSCAMNANT	2 983 606		2 298 464	- 685 142
MARENNES	4 771 535	3 857 112		- 914 423
ST MARTIN DE RE	4 275 532		4 136 602	- 138 930
ST PIERRE D'OLERON	5 360 366	3 905 471		- 1 454 895
<b>TOTAL</b>	<b>17 391 039</b>	<b>7 762 583</b>	<b>6 435 066</b>	<b>- 3 193 390</b>
LAGORD	4 006 233	3 589 091		- 417 142
MARANS	5 884 735	4 367 161		- 1 517 574
MATHA	3 545 502	3 022 085		- 523 417
MONTENDRE + MONTLIEU	7 654 273	6 170 566		- 1 517 574
ST SAVINIEN	1 877 033	1 405 599		- 471 434
SURGERES	3 144 323	2 412 239		- 732 084
<b>TOTAL</b>	<b>26 112 099</b>	<b>20 966 741</b>	<b>0</b>	<b>- 5 179 225</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>76 288 438</b>	<b>28 729 324</b>	<b>44 981 727</b>	<b>- 2 611 254</b>

On peut déduire de ce tableau qu'une répartition des charges plus fine, instaurée par la nouvelle tarification, permet de démontrer qu'au Centre hospitalier de La Rochelle, une somme de 1 200 000 FF n'était pas prise en charge par le forfait soins, alors qu'elle aurait dû peser sur l'assurance-maladie.

Ce chiffre semble médian par rapport aux autres centres hospitaliers, le résultat du Centre hospitalier de Jonzac étant sujet à caution, puisque la situation financière difficile de l'établissement empêche de disposer de résultats tout à fait fiables. D'autre part, seul l'hôpital local de Saint-Pierre d'Oléron présente une enveloppe de soins en diminution ainsi qu'un GIR moyen pondéré supérieur à 700. Cela signifie donc que l'assurance-maladie apporte une contribution supérieure à ce que l'établissement fournit comme prestations de soins à ses résidents<sup>36</sup>.

Les simulations budgétaires constituent donc un outil important d'analyse de la situation budgétaire des services d'hébergement des personnes âgées dépendantes, aussi bien de manière relative qu'absolue. Elles ont démontré que le coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes au Centre hospitalier de La Rochelle est relativement plus élevé que dans les autres établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes du département. Cette situation est toutefois nettement moins préoccupante pour le service de long séjour que pour la maison de retraite. Même si les résultats relatifs aux maisons de retraite ne sont pas globaux, le fait d'inclure les maisons de retraite privées dans l'étude ne pourra qu'aggraver la situation relative du coût de la prise en charge de la dépendance de la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle.

La réforme s'appliquant de manière distincte pour les deux services, il convient de mettre en œuvre des solutions adaptées de restructuration afin de dégager une stratégie commune en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

En tout état de cause, les simulations budgétaires démontrent que la réforme de la tarification constitue un levier considérable de restructuration et de modernisation de l'accueil des personnes âgées dépendantes en établissement.

---

<sup>36</sup> Pendant la période de rééquilibrage de la dotation en soins, le montant de la dotation ne bénéficiera pas des taux de revalorisation prévus dans le cadre de l'ONDAM médico-social et des enveloppes régionales de crédits limitatifs.

## II – Les simulations budgétaires permettent de définir les axes essentiels de la stratégie de restructuration du secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes

Les simulations budgétaires effectuées dans la cadre de la réforme de la tarification doivent faciliter l'émergence de marges de manœuvre en réduisant les déficits structurels des services concernés, marges de manœuvre indispensables à la définition d'une stratégie contribuant à pérenniser un secteur d'hébergement des personnes âgées dépendantes redéfini et à améliorer la qualité de la prise en charge de la dépendance.

### A. La démarche préalable : réduire les déficits afin de faciliter la restructuration du secteur personnes âgées dépendantes

La mise en œuvre d'une politique de restructuration dans ce secteur suppose, après avoir pris la mesure exacte des déficits annoncés, de les réduire de manière significative afin de dégager des marges de manœuvre décisives dans la mise en œuvre d'une stratégie de pérennisation du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

#### 1. La mesure exacte des déficits des services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour l'exercice 1999

Les simulations budgétaires ont donc permis de révéler le mauvais positionnement en terme de coût de prise en charge de la dépendance des services d'hébergement des personnes âgées dépendantes au Centre hospitalier de La Rochelle par rapport aux autres structures publiques du département. En outre, ces simulations ont démontré que la maison de retraite et le service de long séjour engendraient, dans le cadre de l'ancienne tarification, des déficits d'exploitation puisqu'on pouvait constater un déficit d'activité important (maison de retraite) ou au moins non négligeable (long séjour).

**a. Le déficit prévisionnel le plus important concerne la maison de retraite**

Un défaut d'attractivité de la maison de retraite pour les pensionnaires se traduit par un taux d'occupation des lits ne permettant pas l'équilibre financier, puisque le prix de journée, dissuasif, contribue à un remplissage insuffisant des lits du service. Au début de l'été 1999, on constatait ainsi, pour une capacité théorique de 111 lits, une occupation effective de 89 lits seulement. Au total, depuis le début de l'année 1999, de 10 à 15 lits étaient inoccupés en permanence.

Au budget primitif, 40 000 journées étaient inscrites pour l'exercice 1999 (journées réalisées en 1998 : 38 298), alors qu'au 1<sup>er</sup> avril ou au 1<sup>er</sup> mai on ne prévoyait au mieux que 35 800 journées sur l'exercice. Au 1<sup>er</sup> août, on constatait que 20 487 journées avaient été réalisées, soit 2215 journées de moins qu'en 1998 (- 9,76 %). Cela correspond à une réalisation prévisionnelle de 35 120 journées. Le tarif journalier hébergement de la maison de retraite étant fixé à 306 FF pour l'exercice 1999, cela correspond à un déficit prévisionnel d'environ 1,4 million de francs.

D'autre part, ce déficit prévisionnel d'activité était accentué par un déficit prévisionnel des comptes de personnel non médical de l'ordre de 466 000 francs. Une extrapolation réalisée après la paie du mois d'avril, permettait en effet d'aboutir aux résultats suivants en année pleine :

<b>Comptes de charges de personnels concernés</b>	<b>Budget J</b>
641.1.	- 407 824,14
641.3.	- 86 364,04
641.5.	+ 235 941,06
641	- 258 247,02
645.1.	- 139 284,31
647	- 4273,66
648	+ 15 364,81
63.111	+ 53 127,60
633	- 12 256
<b>TOTAL</b>	<b>- 345 568,58</b>
Mesures nouvelles	85 844
Charges rattachées	180 000
<b>Solde</b>	<b>- 611 412,58</b>

Il fallait toutefois ôter de ce solde 85 000 FF au titre de l'effet report des mesures salariales 1998 et de l'augmentation du point d'indice avril/novembre 1998 ainsi que 80 000 FF, somme relative aux mesures salariales du protocole Zucarelli (revalorisation du statut). Le déficit ne serait alors plus que de 466 000 FF.

Alors que l'effectif budgétaire autorisé du service est de 48,15 ETP plus 2 mensualités (effectif théorique : 50,15), l'effectif en avril 1999 était de 51,57 soit une différence de 1,5 ETP. Cet écart, dont résulte le déficit en personnel non médical, pouvait s'expliquer par :

- ✓ Un congé maternité : une AS à 75 % (en ETP) est payée à 100 % pendant son congé maternité ;
- ✓ La permission donnée de remplacer une AS à 75 % (en ETP) partie dans un autre service par un agent à 100% (+25 %) ;
- ✓ Le remplacement de 2 CLM-CLD pesant sur le budget de la maison de retraite par un AS à 100% (en ETP).

Au total, le déficit prévisionnel incluant le déficit en activité et en personnel non médical révélé par les simulations budgétaires pouvait être évalué au début du mois de mai à plus de 1,8 million de francs.

#### **b. Le déficit prévisionnel du long séjour**

Le déficit global du long séjour pour l'exercice 1999 se limitait à un déficit d'activité non négligeable malgré une demande importante en lits de long séjour. Il se limitait en extrapolation à 800 000 FF (plus de 2100 journées de déficit sur 63 500 journées prévisionnelles) pour 180 lits. Ce déficit peut être expliqué par deux raisons principales :

- ✓ La politique de recouvrement actif des créances du centre hospitalier avait permis de faire baisser de manière spectaculaire le montant des créances irrécouvrables pour le service, alors qu'elles avaient longtemps été considérables. Le choix a donc été fait de refuser, dans la mesure du possible et de l'éthique, les personnes âgées tant qu'elles n'avaient pas de prise en charge adaptée.
- ✓ La pratique du médecin du Conseil Général, qui oriente les malades vers la maison de retraite ou le long séjour lorsqu'il donne son accord pour une prise en charge au titre de l'aide sociale. Cette pratique s'est avérée largement défavorable au centre hospitalier de La Rochelle, qui a vu des personnes âgées pouvant relever de long séjour orientées vers la maison de retraite, dont le fonctionnement n'était pas forcément adapté et qui par voie de conséquence s'est surmédicalisée pour les prendre en charge.

2. La nécessité de mettre en place des mesures à très court terme permettant de réduire les déficits annoncés

Le premier mérite des simulations budgétaires a été, grâce aux extrapolations fournies dans la cadre de l'élaboration du compte administratif anticipé 1999, la mise à jour de déficits prévisionnels considérables. Il importait alors de prendre les mesures adéquates permettant de les réduire.

**a. Les deux premières étapes de la réorganisation de la maison de retraite devaient permettre une réduction sensible de son déficit**

Afin de réduire le déficit de la maison de retraite, il fallait mettre en place une restructuration qui puisse assurer le redéploiement de personnels du service et la démedicalisation du service tout en contribuant à améliorer la prise en charge des personnes âgées.

*(1) La première étape : réaliser des économies en personnel en répartissant les résidents par niveau de dépendance*

Le principe de cette première étape de la réorganisation de la maison de retraite consistait à regrouper les pensionnaires de manière géographique. Le service est en effet composé de deux unités de 29 lits sur deux étages (le « Plessis 1 » au premier étage et le « Plessis 2 » au second), les deux ailes du « Logis » (26 et 27 lits) encerclant le premier étage du « Plessis ». Les résidents les plus valides et les plus autonomes pouvaient donc être regroupés au second étage de l'unité du Plessis, cette proposition permettant une prise en charge plus adéquate de la dépendance et présentant deux avantages notables :

- ✓ Elle clarifie la répartition géographique des pensionnaires du Plessis selon le degré de dépendance ;
- ✓ Elle permet de réduire la présence de personnels : les patients concernés n'auraient pas besoin de surveillance particulière pour le coucher et l'équipe d'AS/ASH interviendrait uniquement pour les toilettes, le matin.

Elle offrait la possibilité de passer de 3 AS/ASH le matin à 2 seulement et de 2 AS/ASH l'après-midi à 0. En parallèle, elle favorisait, grâce au transfert de résidents au Plessis 2, la fermeture d'une aile du Logis comprenant 10 lits, ce qui concentrait le personnel sur la prise en charge des pensionnaires les plus lourds au Plessis I et au Logis.

Elle était néanmoins conditionnée par la centralisation et l'amélioration des locaux soignants au Plessis 1, investissement qui obtenait l'aval du chef d'établissement, puisqu'il permettait de réaliser des économies pérennes. Le transfert des personnes âgées les plus valides au second étage du Plessis favorisait également le regroupement des résidents du Logis autour du Plessis 1, ce qui contribuait à améliorer le fonctionnement du service.

Pour permettre ces redéploiements, il fallait prendre en compte la réalité de l'affectation des personnels sur la maison de retraite. Au début de l'année, ils se répartissaient comme suit :

<b>GRADES</b>	<b>TITULAIRES (EN ETP)</b>	<b>CONTRACTUELS (EN ETP)</b>
CADRE INFIRMIER SUPERIEUR	0,25	-
CADRES INFIRMIERS	2,50	-
INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT	7,00	-
PSYCHOMOTRICIEN	0,40	-
PEDICURE-PODOLOGUE	0,40	-
AIDES-SOIGNANTS CLASSE NORMALE	11,00	1,75
AIDES-SOIGNANTS CLASSE SUPERIEURE	10,00	-
AIDES-SOIGNANTS CLASSE EXCEPTIONNELLE	1,00	-
MAITRE-OUVRIER	1,00	-
ASH	-	4,25
ASH QUALIFIES 1° CATEGORIE	4,00	-
ASH QUALIFIES 2° CATEGORIE	8,00	-
<b>TOTAL</b>	<b>45,58</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>51,58</b>

Le temps infirmier ayant déjà été diminué depuis la dernière réorganisation de la maison de retraite datant de l'été 1997 (qui avait déjà vu la fermeture de 29 lits), et l'essentiel des effectifs se composant d'aides-soignants, il a semblé de prime abord que c'était sur cette catégorie de personnels que l'effort de redéploiement devait peser en majorité. D'autre part, les personnels de la maison de retraite étant essentiellement composés de titulaires, il fallait agir exclusivement par redéploiement d'agents. Or, la taille du centre hospitalier (+ 3000 agents), la réouverture du court séjour gériatrique et l'agrandissement du service d'oncologie au 1<sup>er</sup> décembre, concomitante au transfert des lits de soins de suite de neurologie au sein du service de long séjour, laissaient entrevoir des possibilités de redéploiement rapide des agents.

*(2) La seconde étape : diminuer les personnels de nuit*

Cette première étape pouvait raisonnablement être concrétisée avant le 15 juillet 1999. Elle s'accompagnait d'une seconde étape, qui complétait le plan de très court terme permettant de réduire le déficit de la maison de retraite et concernait l'organisation du travail de nuit. Elle consistait, tout comme la première, à réduire le besoin en personnels par des investissements techniques. En effet, les équipes de nuit étant composées d'1 IDE et d'AS, tournant par roulement, il semblait possible dans une nouvelle configuration de supprimer un poste de nuit, soit deux personnes physiques en moins. L'entrée en vigueur de cette solution supposait toutefois l'installation de répéteurs de sonnettes afin que les personnels puissent entendre les appels des pensionnaires la nuit pour un coût d'investissement de 500 000 FF. Le nombre de personnels présents la nuit semblait en effet disproportionné par rapport au degré de dépendance et de soins requis des résidents.

Finalement, la décision a été prise de laisser en place le poste d'aide soignant de nuit et de supprimer celui de l'infirmière de nuit si cette proposition est validée par l'infirmier général chargé de la gériatrie. Le Conseil d'Etat a confirmé cette année, lors d'un avis, que des personnels autres que les infirmières peuvent distribuer des médicaments si cela ne relève pas d'une technique particulière<sup>37</sup>. Une enquête sur le terrain devra alors confirmer qu'une présence infirmière n'est pas indispensable 24 heures sur 24, à l'instar de la majorité des maisons de retraite du département. La suppression de ce poste de nuit représenterait une économie de 1,8 ETP. Les travaux devaient être terminés au début de l'été, mais finalement ce ne sera le cas que dans le courant du mois d'octobre.

En adoptant les deux étapes de cette restructuration à très court terme, il était possible, pour un montant de travaux raisonnable, de réduire les effectifs en personnel de 5 AS/ASH, soit un gain financier pérenne estimé à 900 000 FF en année pleine. Si elle ne suffisait pas à compenser l'intégralité du déficit prévisionnel de la maison de retraite, cette économie constituait une avancée importante, qui démontrait aux personnels l'importance des problèmes de cette structure et la volonté de trouver des solutions à long terme. A cet égard, les personnels se sont montrés pleinement conscients de la faible compétitivité de la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle en termes de coûts par rapport aux nombreuses maisons de retraite privées de Charente-Maritime, mais

---

<sup>37</sup> In circulaire DGS/DAS n°99-320 du 4 juin 1999 : « l'aide à la prise de médicament n'est pas un acte relevant de l'article L.372 (du Code de la Santé Publique) mais un acte de la vie courante »

légitimement agacés par des restructurations successives. La situation difficile de la maison de retraite n'a donc pas créé de remous sociaux malgré la mise en place de plans de restructuration importants.

## **b. La réduction du déficit du long séjour**

Le déficit prévisionnel en journées du service de long séjour peut s'expliquer par une difficulté contextuelle particulière au centre hospitalier de La Rochelle : pour obtenir l'admission d'une personne âgée relevant de l'aide sociale, ce qui est le cas de la majorité des résidents du service, il faut obtenir l'accord du médecin départemental de la Direction Sociale du Département. Or, sa pratique a consisté en l'espèce à orienter de nombreuses personnes âgées dépendantes à la maison de retraite alors que selon les médecins gériatres du centre hospitalier, ces personnes âgées dépendantes seraient prises en charge de manière plus adéquate dans l'unité de soins de longue durée. A la fin du mois de mai 1999, le déficit prévisionnel en journées était de plus de 2100 journées, soit 800 000 francs environ en année pleine. En 1998, le déficit en activité avait déjà atteint ce niveau. Il n'existait alors pas de déficit prévisionnel des dépenses en personnel.

Une solution simple pour résoudre les problèmes de la maison de retraite et réguler le déficit en journées prévisionnelles de l'unité de soins de longue durée consistait alors à demander, sur avis médical, au médecin départemental le transfert de personnes âgées dépendantes de la maison de retraite vers le long séjour. Selon les médecins gériatres du centre hospitalier, ce transfert était justifié par l'état sanitaire des personnes âgées et pouvait se réaliser sans trop les perturber. Le passage en long séjour des résidents peut en effet se faire sur prescription médicale, avec accord de la CPAM pour la prise en charge sanitaire et du département au titre de l'aide sociale. Après vérification de l'évaluation de la dépendance par le médecin du Conseil Général, un transfert de 22 personnes âgées a été accepté et entamé rapidement. Une dizaine de lits étant alors disponibles au long séjour, il a fallu étaler ces départs qui se sont faits en quatre vagues successives et ont été achevés à la fin du mois de septembre 1999.

### 3. Les marges de manœuvre dégagées sur l'exercice budgétaire 1999

#### **a. Toute restructuration pose d'emblée la question de la dimension adéquate du service**

La première étape de restructuration de la maison de retraite permettait un regroupement à la fois des résidents par niveau de dépendance et des personnels afin d'améliorer l'efficacité du fonctionnement et de la prise en charge des personnes âgées. Cela présupposait la fermeture d'une dizaine de lits situés aux extrémités du Logis, qui devenaient désaffectés suite à cette réorganisation.

Or, si la diminution de 10 lits allait dans le sens d'une précédente restructuration et permettait de régler les problèmes du long séjour pour l'exercice 1999, la question subsistait de savoir quelles limites mettre à ces fermetures de lits dans le contexte de la réforme de la tarification du service. Plusieurs arguments constituent des éléments de réponse à cette interrogation.

*(1) Une enquête de concurrence défavorable par rapport aux maisons de retraite privées*

En premier lieu, il convenait d'établir une comparaison des prix de l'hébergement à la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle et de ceux des maisons de retraites privées situées aux environs de La Rochelle, puisque la réforme de la tarification va augmenter la concurrence entre les structures. Les résultats de cette enquête sont largement défavorables à la maison de retraite (dont le prix de journée hébergement en 1999 était de 306 FF et sera de 312 FF en 2000), comme le démontre le tableau ci-après.

NOM	NBRE LITS	VALIDE 1 LIT	VALIDE 2 LITS	SEMI-VALIDE 1 LIT	SEMI-VALIDE 2 LITS	INVALIDE 1 LIT	INVALIDE 2 LITS
ANGOULINS	71	285	250	315	280	350	330
AYTRE	92	280	248	313	280	358	342
CHARRON	54	297	213	297	213	297	213
CHATELAILLON	6	290	290	290	290	290	290
ESNANDES	43	222	222	-	-	-	-
FOURAS	53	250	230	283	263	316	296
L'HOUMEAU	80	332	296	374	338	422	338
LAGORD	90	338	290	-	-	-	-
PULBOREAU	110	280	246	304	273	335	315
LA RONDE	10	250	260	265	275	280	290
LA ROCHELLE	40	345	505	400	680	455	770
PERIGNY	70	177	253	-	-	-	-
ST SAUVEUR	14	217	217	217	217	217	217

Ainsi, seules trois maisons de retraite privées présentent un tarif supérieur au centre hospitalier pour les valides, alors que les résidents de la maison de retraite sont en majorité valides et logés dans des chambres à un lit (19 chambres à un lit et 5 chambres doubles aux deux étages du Plessis).

*(2) Des difficultés structurelles considérables*

En second lieu, la maison de retraite souffre de difficultés structurelles et organisationnelles patentées. La prise en charge des personnes âgées dépendantes ne constitue pas logiquement le cœur de l'activité des médecins gériatres de l'établissement, et la concentration de personnels de qualité dans les services de soins s'est faite au détriment des services d'hébergement. Cela a engendré des difficultés organisationnelles importantes et une surconsommation de moyens en personnels.

En outre, les comparaisons des simulations budgétaires départementales ont permis de mettre en avant l'influence de la taille de la structure sur le coût moyen de prise en charge de la dépendance. Il est alors légitime de se demander si les centres hospitaliers doivent continuer à se situer sur ce type de créneaux alors que le secteur privé, bénéficiant notamment de l'avantage de personnels pratiquant les horaires coupés, propose des services à des prix largement inférieurs et que le coût constitue le facteur déterminant dans le choix des placements.

La réflexion des médecins gériatres du Centre hospitalier de La Rochelle va d'ailleurs dans ce sens puisqu'ils privilégient une filière gériatrique complète recentrée sur le sanitaire, dans laquelle la prise en charge médico-sociale ne peut avoir qu'une place modeste. D'autre part, les progrès de la médecine et le développement des réseaux gérontologiques doivent permettre aux personnes âgées dépendantes de rester de plus en plus longtemps à domicile.

Les transferts massifs vers le service de long séjour donnaient l'occasion de réduire considérablement le nombre de lits de maison de retraite, ce qui pouvait avoir un effet stratégique indéniable. En effet, en passant sous la barrière des 85 lits, la réforme devenait inapplicable pour la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle, ce qui permettait de retarder les effets de son application à l'exercice budgétaire 2002 (un an après les établissements de plus de 85 lits).

C'était alors une véritable marge de manœuvre qui se dégagerait et devrait permettre de restructurer convenablement un service dont la situation financière est catastrophique au moment de rentrer dans la réforme de la tarification. Elle éviterait également à la maison de retraite les conséquences de « taux de fuite » qui seront sans doute élevés vers les établissements du secteur privé de moins de 85 lits si les tarifs des résidents augmentent alors que la prestation reste inchangée dans l'immédiat. En effet, les simulations budgétaires ont démontré que la moitié des résidents devraient payer plus cher quand la nouvelle tarification serait appliquée.

D'autre part, un projet de création d'une unité de « déambulants perturbants » (personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer) de 15 lits à la maison de retraite, déjà entériné par le conseil d'administration du centre hospitalier, mais dont les travaux n'ont pas encore commencé, pouvait favoriser la réduction de lits de simple hébergement à la portion congrue.

Il était alors évident que la fermeture entière du service du Logis était devenue inévitable, donnée qui était d'ores et déjà intégrée par les équipes de la maison de retraite : le redimensionnement stratégique de la maison de retraite consisterait à fermer tous les lits du Logis de manière progressive, en parallèle avec le transfert de personnes âgées vers le service de long séjour et à concentrer l'activité d'hébergement simple sur le Plessis, soit deux unités de 29 lits. La capacité de la maison de retraite s'établirait à 73 lits avant la fin de l'année 1999, les 15 derniers lits du Logis étant transférés à l'unité « Rey » lors de l'ouverture de celle des « déambulants perturbants ».

Cette capacité définitive de 73 lits permettrait d'échapper à la réforme de la tarification jusqu'à l'exercice budgétaire 2002. En outre, elle permettrait de réaliser de nouvelles économies de personnel avant la fin de l'exercice budgétaire 1999, puisque la priorité donnée par le chef d'établissement était de réduire les déficits annoncés.

#### **b. Les économies consécutives au redimensionnement de la maison de retraite**

Au-delà des redéploiements effectués dans le cadre de la réorganisation du service par le regroupement des personnes âgées les moins dépendantes et la réduction des effectifs de nuit, il semblait possible de redéployer l'intégralité des personnels concernés par la restructuration de la maison de retraite redimensionnée à 73 lits avant la fin de l'année. L'objectif étant de redéployer les agents le plus rapidement possible, avant que tous les lits surnuméraires soient fermés, certains agents ont été redéployés et remplacés temporairement par des agents contractuels. Le plan global de restructuration doit ainsi faire passer le service de 51,7 ETP à 32 ETP (ratio de 0,45 agent /lit) pour une diminution de 38 lits et concerne au total près de 20 ETP.

Cette stratégie a permis de prévoir pour l'année 1999 une économie réelle de plus de 1 000 000 FF sur les dépenses de personnel, englobant les deux premières étapes de la restructuration.

En outre, pour l'exercice budgétaire 2000, un seul cadre infirmier sera imputé sur le personnel du service puisque sur 2,5 cadres, un cadre à 100 % sera muté au service de court séjour gériatrique en octobre 1999 et qu'un cadre partira en retraite en février 2000. Un autre cadre étant passé de 50 à 100 % en octobre 1999, un seul cadre émarquera à l'effectif de la maison de retraite à compter du 1<sup>er</sup> février 1999.

Dans un second temps, le redimensionnement de la maison de retraite a été entériné par la décision du Conseil d'Administration en date du 23 septembre 1999, qui a acté la baisse de capacité de 111 à 73 lits, décision pouvant être considérée comme effective au 1er octobre 1999. Cette décision doit permettre de réduire le déficit d'activité du service sur les trois derniers mois de l'année.

Le déficit prévisionnel au mois de juin 1999 était de 1 400 000 FF (déficit d'environ 4600 journées). Le nombre de journées prévisionnelles réalisées à la fin août 1999 était de 23 071 (août 1998 : 26 039). Pour atteindre les 40 000 journées prévisionnelles inscrites au budget primitif 1999, il aurait fallu que 26 700 journées soient réalisées au 31 août 1999. Ce déficit peut bien entendu être expliqué par la politique de transfert vers le long séjour et la volonté de redimensionnement de la maison de retraite.

L'activité des trois derniers mois de l'année devant être calculée pour 73 lits, le nombre de journées prévisionnelles sur 1999 passerait alors à 33 090 (40 000 moins trois mois d'occupation de 73 lits à 97 %, soit 71 lits fois 30 jours fois trois mois).

Au total, pour un objectif réévalué à 33 610 journées en 1999, le service de la maison de retraite ne sera en mesure d'en effectuer que 31 831 même en accueillant 73 résidents pendant les quatre derniers mois de l'année. Le nombre de journées en déficit serait donc de  $33\ 610 - 31\ 831 = 1779$ . Le déficit d'activité généré sur l'exercice 1999 serait donc de  $1779 * 306$  FF (prix de journée) = 544 374 FF

Les économies réelles sur le personnel, évaluées à 1 000 000 FF, compensent donc le déficit en journées prévisionnelles, évalué à 540 000 FF, et le déficit prévisionnel des comptes de personnel, qui était de 450 000 FF. A la fin du mois de septembre, il apparaissait donc clairement que l'exercice 1999 pourrait être conclu en équilibre, ce qui laissait une marge de manœuvre confortable pour finaliser la stratégie relative à l'exercice 2000.

### **c. La réduction du déficit du service de long séjour**

La politique de transferts du service de la maison de retraite vers le service de long séjour, entamé à partir de la fin du mois de juin, a permis de remplir rapidement l'unité de soins de longue durée et de réduire de manière conséquente son déficit prévisionnel en activité. Depuis plusieurs années, entre 6 et 10 lits au maximum étaient vides en permanence, ce qui engendrait un déficit d'environ 800 000 FF chaque année.

Le taux d'occupation choisi pour calculer les journées prévisionnelles correspondant à 174 lits occupés et la capacité effective du long séjour étant de 179 lits, il était possible de combler le déficit prévisionnel d'activité en réalisant des excédents d'activité (occupation de plus de 174 lits) durant le second semestre 1999.

Le transfert des malades de la maison de retraite en laissait l'opportunité. Il s'est effectué en quatre étapes, de la fin du mois de juin au milieu du mois de septembre. Les transferts ont concerné un total de 22 personnes âgées, en quatre vagues successives. Durant ces transferts, il a dû être décidé de limiter le nombre d'entrées extérieures ou en provenance du moyen séjour.

Le service de long séjour s'est en effet trouvé rempli (1 à 2 lits vides pour des raisons diverses) à partir du mois d'août, ce qui laissait supposer qu'avec un tel taux de remplissage, le déficit d'activité pourrait être largement réduit avant la fin de l'année. Le nombre de journées réalisées dans le service de long séjour du centre hospitalier de La Rochelle était de 41 260 au 31 août 1999 (40 918 au 31 août 1998). Afin de réaliser le nombre de journées prévues au budget primitif 1999 (soit 63 500), il aurait fallu en avoir produit 42 300.

Le service ayant été entièrement rempli durant le mois de septembre du fait de la politique active de transferts de la maison de retraite vers le long séjour, et cette tendance devant perdurer jusqu'à la fin de l'année, il semble possible de réaliser un excédent de 500 journées en quatre mois et de contenir le déficit à 500 journées. Cela reviendrait à remplir au moins 178 lits sur 179 jusqu'à la fin de l'année. Dans cette hypothèse, le déficit serait réduit à 500 journées, soit à environ 180 000 FF (500\*369,65 FF pour le prix de journée), et pourrait aisément être compensé par le niveau de dotation confortable des comptes du groupe 4.

## B. La stratégie adoptée à court terme pour pérenniser le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes

Il s'agit, après avoir dégagé des marges de manœuvre confortant la viabilité des services en favorisant l'élaboration d'une stratégie d'ensemble, de situer correctement la place que peut prendre l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans la filière gériatrique pour dégager une stratégie permettant de pérenniser l'activité de la maison de retraite avant l'entrée dans le cadre juridique de la nouvelle tarification.

1. Prendre en compte le positionnement de l'hébergement dans la constitution d'une filière gériatrique complète

Afin de situer correctement la place que doit occuper l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans un centre hospitalier, il faut mettre en perspective sa place au sein d'une filière gériatrique cohérente. En effet, si les limites du dimensionnement des maisons de retraite hospitalières ont été posées, la place du long séjour relève clairement de l'isolement des malades au long cours dans la filière sanitaire gériatrique.

#### **a. L'ambition de créer une filière gériatrique complète**

Actuellement, on trouve au Centre hospitalier de La Rochelle un moyen séjour gériatrique, un long séjour, une section de cure en maison de retraite ainsi qu'un service de court séjour gériatrique (qui s'est d'abord ouvert de manière expérimentale sur six mois et qui fort de ses résultats concluants ouvre définitivement avec une capacité accrue) et une équipe mobile d'évaluation et d'orientation. Mais d'autres structures doivent être créées ou améliorées dans leur fonctionnement pour aboutir à une filière gériatrique complète favorisant au maximum le maintien à domicile.

Le fonctionnement théorique d'une filière gériatrique complète peut être décrit de la manière suivante :

- ✓ Le fonctionnement de la cellule d'accueil et d'orientation devrait être centré sur les urgences, afin de repérer des problèmes médicaux et sociaux fortement intriqués ;
- ✓ Le court séjour gériatrique : sa réouverture démontre notamment qu'il a permis de résoudre en partie l'encombrement des services de médecine du centre hospitalier, à des moments précis de l'année qui se caractérisaient par des afflux importants de personnes âgées à l'hôpital, et améliore le fonctionnement du centre hospitalier dans son ensemble. Le service est composé de 18 lits.
- ✓ Le moyen séjour : les 40 lits de moyen séjour gériatrique apparaissent pour l'instant adaptés et le fonctionnement du service s'avère satisfaisant.
- ✓ L'hôpital de jour gériatrique : son ouverture avec une capacité de 15 places est souhaitable et permettra à la fois d'accueillir des malades sans avoir recours à l'hospitalisation continue et éventuellement de soulager les services d'hébergement en accueillant les malades nécessitant le plus de soins durant la journée.
- ✓ L'hôpital psychogériatrique : la responsabilité devrait en être confiée aux gériatres et il devrait accueillir de manière adaptée les malades nécessitant un bilan psychomoteur, une évaluation de la démence...

- ✓ L'équipe de réinsertion à domicile, composée de vacations d'un médecin, d'une assistante sociale et d'un ergothérapeute, devrait aider à la mise en place d'un réseau d'aides, en coordination avec le Conseil Général. Elle devra fonctionner de manière coordonnée avec l'hôpital de jour.

#### **b. La place de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans la filière gériatrique**

Dans cet ensemble, la place de l'hébergement ne peut qu'être redéfinie puisque la filière gériatrique se centre sur une prise en charge sanitaire des personnes âgées, et non pas sur une prise en charge médico-sociale, fondée, elle, sur la dépendance. D'autre part, l'objectif de la filière gériatrique est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, et non pas de développer l'hébergement en institution.

La redéfinition des services de long séjour, dont on cherche à extraire les personnes relevant d'une prise en charge strictement sanitaire, va dans ce sens. L'objectif est en effet de réussir à isoler le financement des personnes âgées dépendantes de celles relevant d'une prise en charge sanitaire au long cours. Ce chantier ne sera pas achevé techniquement avant deux ou trois ans.

Les critères minimaux de définition des malades « au long cours », ou « hospitalo-requérants », sont les suivants et ne concerneraient plus que de 2 à 3 % des malades des longs séjours :

- ✓ nécessité de visites médicales fréquentes;
- ✓ recours fréquent à un plateau technique conséquent;
- ✓ recours à des soins techniques infirmiers importants;
- ✓ maladies chroniques, lourdes, invalidantes.

Afin de compléter la réforme de la nouvelle tarification de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, deux groupes différents, mis en place par le Secrétariat d'Etat à la Santé, travaillent sur la thématique de la définition de ces « malades au long cours » :

- ✓ un groupe de pilotage politique, regroupant des représentants des parties prenantes à cette réforme ;
- ✓ un comité technique, dont la mission est de produire l'outil pour définir ces soins de longue durée redéfinis, puisque le logiciel PATHOS n'a pas été retenu par les experts.

Le calendrier met en place une démarche mixte du comité technique :

- ✓ 6 mois pour mettre en place une première classification (réflexion sur la morbidité : définition de critères de gravité des pathologies, de stades, de seuils...);
- ✓ 4 mois pour produire une réflexion méthodologique sur un test (enquête de grande ampleur), dont un mois de formation des établissements et un mois de recueil;
- ✓ 6 à 8 mois de confrontation des tests et de la classification<sup>38</sup>.

Le chantier devrait durer au total de 20 à 24 mois et la redéfinition des Soins de Longue Durée ne devrait pas voir le jour avant 2002-2003. Il est pourtant d'ores et déjà indispensable de prendre cette donnée en compte et de l'anticiper dans une définition de la stratégie à adopter dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En effet, la faible part occupée par les malades « au long cours » dans les services de long séjour démontre que ces unités vont passer pour une très large part de leur activité dans le champ médico-social et donc devoir se recentrer sur la prise en charge de la dépendance en faisant converger leurs coûts vers les moyennes départementales et régionales des ratios définis par le décret 99-316 du 26 avril 1999.

En effet, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2000 prévoit déjà dans son article 27 que les hôpitaux exerceront « des soins prolongés à des patients atteints de maladie chronique invalidante entraînant un risque de défaillance des fonctions vitales, nécessitant une surveillance médicale constante et des soins continus à caractère technique »<sup>39</sup>. Ces services de soins prolongés seront spécialisés et de petite taille : leur vocation sera « d'accueillir des patients atteints d'états végétatifs chroniques, de maladies dégénératives du système nerveux central à un stade évolué ou requérant des soins techniques lourds prolongés »<sup>40</sup>, quel que soit leur âge.

Ces services de soins prolongés seront régis par le droit commun des établissements sanitaires et financés par une dotation globale et des tarifs de prestation, avec la fixation d'un forfait journalier restant à la charge des patients concernés.

A terme, cela signifie une dissociation effective des actuels longs séjours, entre la mise en service des lits de soins prolongés et les autres lits qui relèveront du secteur médico-social et conserveront la tarification applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

---

<sup>38</sup> Source : Professeur Olivier Saint-Jean, gériatre, chef du service de court séjour gériatrique à l'hôpital européen Georges Pompidou, expert désigné au sein du comité technique par la Direction des Hôpitaux.

<sup>39</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2000, article 27, APM, 30 septembre 1999

<sup>40</sup> Idem

La majorité des lits de long séjours actuels seront donc reconvertis dans les prochaines années en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cet élément supplémentaire démontre que la réforme de la tarification de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes pousse l'hôpital à se recentrer sur sa fonction de prise en charge sanitaire des personnes âgées. Aussi la place des services d'hébergement pour personnes âgées doit-elle être revue et redimensionnée, pour se concentrer sur le noyau dur des personnes âgées dépendantes qu'il est légitime que le centre hospitalier prenne en charge.

Le projet de création d'une unité adaptée de « déambulants perturbants » entre dans cette perspective, les malades d'Alzheimer, fugueurs et présentant des troubles importants du comportement, étant encore mal pris en charge en institution. Une structure adaptée doit permettre « de laisser plus de liberté au malade dément sans altérer sa sécurité ni celle des autres pensionnaires »<sup>41</sup>. Un projet architectural de construction d'une verrière à la maison de retraite, dans laquelle les pensionnaires atteints de cette maladie pourront déambuler devrait permettre d'atteindre ces objectifs.

Au total, la filière gériatrique à l'hôpital se recentre légitimement sur la prise en charge sanitaire des personnes âgées, ce qui inclura prochainement les malades au long cours, l'hébergement ne devant alors occuper qu'une place mineure dans cet ensemble.

## 2. Une stratégie de restructuration à court terme nécessairement ambitieuse pour la maison de retraite

Les maisons de retraite hospitalières souffrant de handicaps considérables, tant au plan des coûts de fonctionnement engendrés par la taille de la structure (problème spécifique des remboursements de frais au budget général) qu'à celui du statut des personnels, elles ne peuvent guère trouver leur place dans un environnement concurrentiel. Aussi était-il fondamental, si l'on voulait éviter la fermeture définitive de cette unité, de se donner une stratégie réaliste quant au rôle qu'elle peut tenir dans une filière gériatrique sanitaire.

---

<sup>41</sup> In « Le second livre blanc », La Revue de Gériatrie, syndicat national de gérontologie clinique, supplément du numéro 8, tome 22, octobre 1997, p. 19

*(1) Sélectionner les différents types de résidents accueillis*

La concentration de la maison de retraite sur ses publics spécifiques (personnes âgées prises en charges au titre de l'aide sociale, « déambulants perturbants »...) semble être l'unique moyen de pérenniser l'activité de la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle. Elle ne dispose guère en effet que de deux avantages : être agréée pour recevoir des personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale départementale et disposer de locaux rénovés, adaptés à la prise en charge de la dépendance. Une enquête réalisée le 2 juin 1999 nous a ainsi appris que seulement 23 personnes étaient payantes à la maison de retraite, tendance confirmée depuis plusieurs années, ce qui démontre que la demande pour ce type de structures se situe aux alentours de 70 à 75 personnes<sup>42</sup>.

Il apparaissait alors que la stratégie visant à concentrer les lits d'hébergement sur 58 lits, et à ajouter à cette capacité une unité de 15 lits de « déambulants perturbants » était adaptée dans le contexte local. Elle permettait en effet d'accueillir trois catégories de personnes âgées : la première regroupe des personnes âgées de faible dépendance ne nécessitant que peu de présence en personnels (Plessis II), la seconde des personnes dépendantes qui demandent plus de présence des équipes mais qui produisent davantage de points GIR et compensent donc le coût de la prise en charge (Plessis I).

Enfin, le projet de création d'une unité de « déambulants perturbants » répond à des besoins spécifiques et y apporte une réponse adaptée et économe en moyens. En effet, la construction d'une verrière de déambulation permet, pour un investissement de deux millions de francs (900 000 FF pour la seule verrière), d'assurer une sécurité optimale pour ces personnes âgées tout en consommant peu de moyens en personnels et en proposant une réponse adaptée à leur maladie. Ces personnes âgées victimes de la maladie d'Alzheimer devraient être classées dans les groupes iso-ressources de niveau 2, ce qui assure une bonne production de points GIR.

Au total, la réforme de la tarification incite bien à une sélection des personnes âgées selon le niveau de dépendance, et si cette triple stratification du recrutement de la maison de retraite peut être menée, elle devrait permettre d'aboutir à un coût de la prise en charge qui pérennise son activité.

---

<sup>42</sup> Voir l'étude effectuée le 1/01/1999 en annexe 8

### *(2) Maîtriser les dépenses de personnel*

Dans un second temps, cette réflexion stratégique doit être menée sur le terrain de la dotation globale en personnels. En effet, malgré les redéploiements opérés, il apparaît que les effectifs projetés de la maison de retraite, même s'ils s'avèrent plus rationnels que dans la précédente configuration, demeurent élevés. Après restructuration, les effectifs de la maison de retraite devaient être les suivants selon la réorganisation proposée par l'infirmier général chargé des questions gériatriques :

- ✓ Un seul cadre infirmier ;
- ✓ 4,2 infirmiers ;
- ✓ 33,6 AS/ASH.

Ces personnels devaient se répartir comme suit :

- ✓ Plessis II : 2 AS/ASH par jour (soit 3,6 postes) ;
- ✓ Plessis I : 7,25 AS/ASH par jour (soit 13 postes) ;
- ✓ Déments déambulants perturbants : 5 AS/ASH par jour (soit 9 postes) ;
- ✓ Animation : 2 AS/ASH par jour (soit 2,4 postes) ;
- ✓ Infirmières : 4,2 postes.

Or, même en ayant rationalisé la répartition du personnel sur la maison de retraite, le ratio agents/lits ainsi défini demeure élevé puisqu'il s'élève à 0,53. Pourtant, un ratio agents/lit dans la tranche élevée de la moyenne nationale se situe à un niveau de 0,45, et c'est cet objectif qui a été entériné par le conseil d'administration du centre hospitalier de La Rochelle dans sa délibération en date du 23 septembre 1999.

### *(3) Démédicaliser la maison de retraite*

Enfin, cette stratégie doit être accompagnée par une révision de la politique médicale du service. En effet, le niveau de médicalisation de la maison de retraite apparaît élevé par rapport aux autres maisons de retraite hospitalières, auxquelles on peut comparer la part de l'enveloppe de soins dans le budget global.

Le tableau récapitulatif suivant permet d'appréhender la place relative de l'hébergement, de la dépendance et des soins dans le total des charges des maisons de retraite en régie hospitalière dans le département.

Tableau n°18 : Simulations budgétaires nouvelle tarification  
Analyse de la part des soins par rapport au total des charges

Etablissement	Part des soins	Part de la dépendance	Part de l'hébergement
CHLR	41,3 %	15,4 %	43,3 %
Jonzac	33,75 %	15,75 %	48,5 %
Saintes	38,9 %	13,6 %	47,5 %
Royan	40 %	14,9 %	45,1 %
St Jean d'Angély	38,1 %	18,5 %	43,4 %

La maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle apparaît clairement surmédicalisée par rapport aux autres centres hospitaliers du département. A ce titre, la première mesure à prendre était de supprimer la présence d'une infirmière de manière permanente, ce qui ne semble pas justifié médicalement. En outre, si le niveau de dépendance de la maison de retraite (GMP de 540) est supérieur aux autres maisons de retraite en gestion hospitalière, elle est la seule à ne disposer que de lits de section de cure médicale et son niveau moyen de dépendance est largement inférieur à la moyenne nationale des lits de section de cure médicale. Ces chiffres doivent être confirmés par une enquête sur la pratique des soins sur le terrain, qui sera diligentée par la direction des services de soins infirmiers. Plus avant, c'est toute la politique de médicalisation de la maison de retraite qui est à revoir, et à ce titre une réflexion devra être menée avec le médecin coordonnateur de la structure.

*(4) Les conséquences de cette politique*

L'élaboration du budget primitif 2000<sup>43</sup> a été l'occasion de remettre à plat le budget de la maison de retraite et de mesurer les conséquences des redéploiements effectués et de la baisse des journées prévisionnelles relative à la fermeture de 38 lits. Le coût élevé des agents restant affectés à la maison de retraite ainsi que la baisse de l'activité ont accentué l'augmentation du prix de journée, qui était conséquente. Or, le prix de journée de la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle étant déjà le plus élevé du département, il importait de présenter un prix de journée en augmentation faible. Etant de 305,60 francs, il ne fallait pas dépasser une augmentation de 2 %, soit 312 francs. Les différents comptes de charges ayant été compressés et la section soins ne pouvant supporter le poids du surcoût en agents, il fallait diminuer la section hébergement pour atteindre un prix de journée à 312 francs.

<sup>43</sup> Voir annexe 4

A cet effet, il a été possible de diminuer le compte 6021 de 261 000 francs, qui pesaient de manière indue sur la maison de retraite (financement des dépenses pharmaceutiques du budget général) et d'enlever 700 000 francs du groupe 4 (moins 450 000 francs sur le compte de charges financières et moins 250 000 francs sur le compte de dotation aux amortissements affectés à la section hébergement). Malgré ces efforts conséquents, il fallait accepter de baisser les charges de personnel affectées sur la section hébergement à un niveau qui se situait à 32 ETP par rapport au coût réel des agents du service. Cela signifiait que le ratio agent / lit de 0,45 voté par le conseil d'administration devrait être atteint avant le début de l'année 2000 et serait clairement affiché dans le cadre du budget primitif 2000.

Aussi un nouvel effort de redéploiement de 10 ETP (dont deux départs en retraite avant février 2001) devrait-il être fourni, et une réflexion sur la réorganisation globale du service ainsi que sur la médicalisation nécessaire du service devrait être menée entre le directeur des ressources humaines en charge du dossier, l'infirmier général et le cadre du service.

Dans un second temps, l'élaboration du budget primitif, même s'il était présenté aux instances sous forme binaire suite aux recommandations de la Fédération Hospitalière de France, devait permettre de mesurer les conséquences des actions de restructuration menées sur les tarifs des simulations budgétaires.

Le tableau suivant démontre que ces mesures<sup>44</sup> ont permis de réduire de moitié l'écart entre les tarifs de la maison de retraite du centre hospitalier de La Rochelle et ceux des maisons de retraite en régie hospitalière de Charente-Maritime, en prenant pour hypothèse que les journées prévues seraient réalisées et qu'après ouverture de l'unité de déambulants perturbants, le GIR moyen pondéré serait toujours de 540 au Plessis (répartis entre des GIR 3 et des GIR 4) et que les 15 déambulants perturbants seraient côtés en GIR 2.

---

<sup>44</sup> Voir BP 2000 de la maison de retraite en annexe 4

Tableau n°19 : Tarifs GIR totaux du CHLR – BP 1999 + BP 2000  
Comparaison départementale des CH - Service de la maison de retraite

ETABLISSEMENTS	Total GIR 1	Total GIR 2	Total GIR 3	Total GIR 4	Total GIR 5	Total GIR 6
LA ROCHELLE BP 1999	600	555	504	436	387	336,5
LA ROCHELLE BP 2000	-	506	463	405	-	-
Ecart BP 2000 / BP 1999	-	- 10 %	- 9 %	- 8 %	-	-
Tarif moyen départemental Centres Hospitaliers	517	470	426	367	331	281
Ecart BP 2000 / Tarif Moyen Dptal CH	-	+ 7,65 %	+ 8,65 %	+ 10 %	-	-

Après avoir diminué le ratio agent / lit à 0,44 (32 ETP), la seule manière de diminuer ces tarifs pour les rapprocher de la moyenne départementale des centres hospitaliers sera soit d'augmenter le nombre de points produits par les résidents, soit de baisser les charges de personnel en remplaçant des agents âgés par des agents plus jeunes et moins coûteux, puisque le coût moyen annuel des agents de la maison de retraite est largement supérieur à celui du centre hospitalier.

### 3. La stratégie relative au long séjour dans l'attente de la redéfinition des USLD

Le contexte budgétaire apparaît plus confortable pour le service de long séjour, qui représente tout de même 35 % des lits de long séjour d'un département dont la démographie démontre que ces lits sont pleinement justifiés (plus forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans alors que les taux d'équipement départemental en lits d'hébergement autorisés et en lits médicalisés financés sont inférieurs à la moyenne régionale). Sa marge de négociation est donc plus importante que pour la maison de retraite. Néanmoins, des incertitudes subsistent sur l'avenir de leur financement dans l'attente de la définition précise de la catégorie des « malades au long cours », aussi des ajustements semblent-ils nécessaires à court terme afin d'améliorer le coût de la prise en charge.

#### (1) La fermeture temporaire de 10 lits de long séjour

Une stratégie possible à court terme pourrait consister à fermer de manière temporaire une dizaine de lits de long séjour, au moment de rentrer dans la réforme de la tarification, dans le cadre d'une opération de changement d'affectation de lits de court séjour sur le site Saint-Louis. En effet, le rapprochement entre le centre hospitalier et la clinique privée Saint-Michel doit aboutir à une charge d'activité supplémentaire correspondant à 10 lits d'oncologie pour le centre hospitalier avant la fin de l'année. Sans trop rentrer dans les détails d'une opération complexe, ce transfert va imposer au service de neurologie, voisin de l'oncologie, de déporter une partie de son activité, correspondant à des lits de soins de suite de neurologie, vers le service de long séjour. En effet, des complémentarités existent entre la prise en charge des personnes âgées en long séjour et des malades de neurologie qui relèvent clairement de soins de suite.

Cette opportunité est avantageuse pour le service de long séjour, qui connaissait depuis quelques années un déficit d'activité annuel correspondant à 6-10 lits. La suppression temporaire de 10 lits pouvait être envisagée dans une unité de 19 lits, ce qui était compatible avec une prise en charge correcte des malades de soins de suite de neurologie. En effet, s'assurer d'une polyvalence des personnels semblait plus facile dans une petite unité que dans les unités de 40 lits qui composent les ailes du centre de soins pour personnes âgées.

Même s'il est nécessaire d'individualiser les lits de soins de suite de neurologie, qui peuvent être orientés pour leur sortie vers un retour à domicile, une seule équipe de soins devrait être constituée. Elle prendra en charge le maintien de la qualité de vie et l'accompagnement des malades de long séjour, ainsi que l'aspect plus évolutif d'un retour à domicile pour les malades de soins de suite. Les soins de suite de neurologie étant d'une technicité moyenne, la constitution de cette équipe semble réaliste.

Le remplacement de ces lits de long séjour par des lits de neurologie devra permettre le redéploiement des agents du service. Or, le ratio agents/lit de l'unité était beaucoup plus élevé que la moyenne du long séjour : il était de 0,75 pour cette unité et seulement de 0,62 pour l'ensemble du long séjour. La suppression de 10 lits et de 7,5 agents correspondant à un ratio de 0,75 permet alors mécaniquement de faire baisser le ratio global de 0,62 à 0,61.

Il importera alors de faire porter cette baisse sur le personnel infirmier et sur les aides-soignants. Cela permettra de diminuer les tarifs soins et la valeur nette du point GIR AS/AMP, qui sont plus élevés pour le centre hospitalier de La Rochelle que pour la moyenne départementale des lits de long séjour. Ces postes redéployés pourraient être composés de 0,5 poste de cadre (sur un poste), de 1,25 poste d'IDE (sur 2,25), de 4 postes d'AS (sur 8) et enfin de 1,75 poste d'ASH (sur 3 postes).

A terme, il faudra se poser la question de l'opportunité de la fermeture définitive de ces dix lits de long séjour. En effet, à l'exemple du centre hospitalier de Niort, il serait possible de demander à la tutelle de récupérer la dotation correspondant à l'ancien forfait soins pour 10 lits ( $10 \times 97\% \text{ d'occupation} \times 365 \text{ jours} \times 261.47$  (forfait journalier soins) soit un montant de 925 000 francs pour favoriser le développement d'une filière gériatrique active et notamment la création d'un hôpital de jour gériatrique si cela n'est pas déjà fait. Cet hôpital de jour présenterait l'avantage conséquent de pouvoir accueillir les résidents du long séjour nécessitant le plus de soins et pourrait donc soulager les personnels. Cette possibilité poserait toutefois le problème de la présence continue des soins de neurologie au centre de soins pour personnes âgées. En effet, si ces lits sont redéplacés sur le site Saint-Louis à l'occasion d'un prochain aménagement, comme prévu actuellement, les neuf derniers lits du service devront fermer puisqu'ils nécessiteront trop de personnels et ne pourront subsister de manière autonome.

Si dans un premier temps il n'est sans doute pas dans l'intérêt du service de fermer définitivement ces lits en attendant l'évolution de la définition des malades relevant de la catégorie des « malades au long cours », il faut toutefois garder cette hypothèse à l'esprit.

## (2) Ajuster les moyens en personnels du service de long séjour

D'autre part, il faudrait programmer une diminution de la dotation en AS/AMP pour pouvoir présenter une valeur nette du point GIR AS/AMP plus proche de la moyenne départementale. En effet, le tableau suivant démontre, d'après une étude statistique datant de 1997, que le service de long séjour du centre hospitalier de La Rochelle est proportionnellement plus doté en personnel que d'autres services en régie hospitalière pourtant comparables. Il met en lumière les moyens dont seraient dotés ces services s'ils étaient composés de 179 lits comme le centre hospitalier de La Rochelle. La dotation en moyens se révèle au regard de la colonne « dotation en AS+ASH », puisqu'il existe dans de nombreux hôpitaux une confusion des tâches et des fonctions entre AS et ASH.

Tableau n°20 : Comparaisons des dotations en personnels de différents services de long séjour sur la base de 179 lits (capacité du Centre hospitalier de La Rochelle)

	Nombre de lits	Ratio d'encadrement <sup>45</sup>	Dotation en cadres (sur 179 lits)	Dotation en IDE (sur 179 lits)	Dotation en A.S. (sur 179 lits)	Dotation en A.S.H (sur 179 lits)	Dotation en AS + ASH (sur 179 lits)
<b>C.H.L.R.</b>	<b>179</b>	<b>0,62</b>	<b>3,5 + 0,25</b>	<b>19</b>	<b>67,75</b>	<b>20</b>	<b>87,75</b>
C.H. NIORT	147	0,52	2	19,5	34,7	37,5	72,2
C.H. ANGOULEME	120	0,52	1	21	57	15	72
C.H. LE MANS 1	348	0,54	6,4 + 0,8	14	58,5	23	81,5
C.H. LE MANS 2	247	0,6	6,4 + 0,8	13,5	66,5	23,5	90
C.H. ST JEAN D'Y	40	0,58	0,8	15	69	18	87
<b>MOYENNE</b>	-	<b>0,56</b>	-	<b>17</b>	<b>58,9</b>	<b>23</b>	<b>82</b>

La dotation en « AS+ASH » du long séjour du centre hospitalier de La Rochelle reste largement supérieure aux autres services de long séjour. La réduction du ratio agents/lit devra donc être envisagée, sans doute au moment de la passation des conventions tripartites et de la définition d'objectifs négociés d'évolution des dotations en personnels, ce qui augmentera la légitimité de cette opération. Actuellement, le service fonctionne à « flux tendu », notamment du fait de la présence dans le service de personnes handicapées réclamant une prise en charge lourde en soins et en nursing et qui ont été imposées par le médecin départemental, même si elles ne sont pas âgées de plus de 60 ans. Si la mise en œuvre d'une diminution des effectifs n'apparaît pas opportune dans l'immédiat, cela ne doit pas exonérer d'une réflexion sur la manière de faire converger les ratios du long séjour d'abord vers ceux des longs séjours de Niort et d'Angoulême (ce qui représente une suppression de 6,5 postes d'AS/ASH), puis vers la moyenne globale des services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite et longs séjours confondus) du département. La diminution des effectifs se révélera d'ailleurs d'une importance majeure lors des négociations des conventions tripartites.

Au total, un service de long séjour prochainement formaté à 170 lits devrait fonctionner sans déficit d'activité pour les prochains exercices, ce qui sera en tout cas favorable pour le passage à la nouvelle tarification. Le GIR moyen pondéré devrait alors se stabiliser autour de 870, et le recrutement des personnes âgées devra se faire quasi exclusivement de résidents classés dans les GIR 1 à 3. Les GIR 4,5 et 6 que l'on trouvait dans le relevé GIR du 7 mai 1999 ne devraient plus être présents dans les prochains relevés GIR.

<sup>45</sup> Le ratio d'encadrement est le quotient du nombre total d'agents en ETP composant l'effectif du service par le nombre total de lits du service.

Cette stratégie de court terme devrait permettre la pérennisation du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais doit s'accompagner pour ce faire d'une politique de moyen terme fondée sur la transparence et la qualité.

C. La stratégie adoptée à moyen terme : mettre en place une gestion de terrain, centrée sur la qualité et la transparence dans le secteur personnes âgées dépendantes

Après avoir défini les principes d'une stratégie permettant de pérenniser l'activité du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes au centre hospitalier de La Rochelle, il s'agit de développer une gestion de terrain du secteur, reposant sur la qualité et la transparence, à commencer par les relations avec les partenaires de la convention. En effet, les impératifs budgétaires ne doivent pas faire perdre de vue l'objectif essentiel de la réforme, qui est l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la dépendance en institution.

1. Quelle stratégie adopter face à la tutelle ?

Cette question apparaît fondamentale tant que les informations sur la mise en œuvre et surtout sur l'accompagnement financier de la réforme restent parcellaires. Une stratégie de collaboration apparaît toutefois comme la seule voie permettant des gains réciproques aux établissements et aux représentants de l'assurance-maladie et du Conseil Général, qui sont les futurs négociateurs de la convention tripartite.

**a. L'accompagnement financier de la réforme de la tarification**

TYPE DE STRUCTURE	DOTATION SOINS 1999	OPTION PARTIELLE	OPTION GLOBALE	DIFFERENCE
MAISONS DE RETRAITE	76 288 438	28 729 324	44 981 727	- 2 611 254
SOINS DE LONGUE DUREE	46 294 001	0	52 251 726	5 957 725
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>122 582 439</b>	<b>28 729 324</b>	<b>97 233 453</b>	<b>3 346 471</b>

Ce tableau de synthèse démontre que la réforme de la tarification, simulée pour l'ensemble des établissements publics de santé par rapport à leur budget primitif 1999, engendrerait un surcoût pour l'assurance-maladie de 3 346 471 FF, ce surcoût devant être augmenté des coûts indirects à la charge de l'assurance-maladie, à savoir toutes les dépenses en soins des résidents pour les établissements qui choisissent l'option partielle.

L'augmentation de 6 millions de francs concernant les services de long séjour est quant à elle tout à fait précise puisqu'elle concerne tous les établissements du département (le résultat du centre hospitalier de Jonzac devant toutefois très certainement être revu à la hausse) et qu'ils choisissent tous l'option globale.

En ce qui concerne les maisons de retraite, si le cas de celles dépendant des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux est relativement clair, il subsiste l'inconnue des structures privées et de la mesure du coût du choix de l'option partielle.

L'accompagnement de la montée en charge de la réforme doit toutefois être posé, puisqu'il semble extrêmement difficile de l'appliquer sans financement spécifique. En effet, cela reviendrait à restructurer la maison de retraite pour réaliser des économies de l'ordre de 1 200 000 FF en fonctionnement annuel, et l'unité de soins de longue durée pour 1 350 000 FF.

A ce sujet, une circulaire d'application à paraître, présentée par la mission MARTHE, apporte des précisions sur le déroulement prévu de la mise en place de la réforme. Dans le cadre de l'ONDAM voté par le Parlement en décembre prochain, des mesures « substantielles » devraient accompagner la montée en charge de la réforme. Ainsi, l'augmentation annoncée des dépenses consacrées à l'ONDAM médico-social au début du mois d'octobre était de 4,9 % pour 2000.

L'enveloppe nationale serait partagée entre deux enveloppes régionales : une première enveloppe serait consacrée à l'apurement des 3874 places de section de cure médicale dont l'ouverture avait été permise sans soutien budgétaire, l'autre soutenant la montée en charge de la nouvelle tarification à partir de l'an 2000. Cette double enveloppe régionale sera ensuite déclinée en enveloppes départementales. Dans le cadre de la négociation tarifaire, toute attribution de moyens supplémentaires devra être justifiée par un gain objectif de qualité.

En octobre 1999, il sera possible pour les représentants de la mission MARTHE d'avoir une idée des mesures nouvelles de l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM accordées dans le cadre de la nouvelle tarification. Les informations seront alors données aux préfets de région et aux directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Durant le mois de novembre, auront lieu les discussions sur la déclinaison des enveloppes régionales en enveloppes départementales et le montant des mesures nouvelles accordées aux établissements devrait être annoncé en Conseil d'Administration en novembre 1999.

#### **b. La politique à mener en collaboration avec la tutelle**

Les simulations budgétaires ont permis aux établissements publics de santé de Charente-Maritime de se donner les moyens d'une entrée réfléchie dans le cadre de la nouvelle tarification. Pour autant, il n'est pas dans l'intérêt des établissements de conserver ces informations et de ne pas collaborer avec les services du Conseil Général et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Aussi des rencontres entre les représentants des établissements publics de santé et les services de la DDASS ont elles été prévues dès la fin du mois de septembre. Elles ont permis d'engager une collaboration qui sera favorable à terme aux établissements en leur permettant d'anticiper les conséquences de l'application de la réforme.

Le choix commun des établissements a également été de suivre la position de la Fédération Hospitalière de France (FHF) au sujet de la présentation de budgets ternaires au conseil d'administration. Il a ainsi été décidé de ne pas préparer de budget ternaire ni de proposer de tarifs dans le cadre de la procédure budgétaire 2000. Tout au plus les établissements pourront-ils présenter les résultats des simulations budgétaires à titre d'information au conseil d'administration prévu au mois de novembre. Cela a pour conséquence d'empêcher tout établissement de rentrer dans le cadre de la nouvelle tarification dès l'exercice 2000, ce que le Conseil Général et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales avaient de toute manière rejeté.

Enfin, il faut signaler que le projet de circulaire d'application de la réforme qui devrait paraître prochainement prévoit que ce sont les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui devront eux-mêmes proposer un projet de convention tripartite, ce que les établissements rejettent en estimant que cela obérerait leurs capacités de négociation.

Les services du Conseil Général et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ont également pris bonne note de cette critique puisque suite à la réunion de tous les acteurs du département concernés par cette réforme, un groupe de travail a été constitué afin de préparer une convention-type qui serait proposée par les financeurs à tous les établissements.

### **c. Conserver un regard critique et vigilant sur la mise en œuvre de la réforme**

La démarche de simulation budgétaire a donc été l'occasion de démontrer la volonté de transparence et de négociation des établissements publics de santé du département, afin de déboucher sur des accords bénéfiques pour les deux parties. Néanmoins, il importe pour les établissements de rester vigilant sur certains aspects d'une réforme qui, si elle a dû souffrir de nombreuses critiques, était souhaitée par l'ensemble des hospitaliers. Ces critiques doivent toutefois être prises en considération dans la mesure où elles peuvent remettre en cause l'application de la réforme ou en modifier sensiblement le contenu.

Ainsi, en juin dernier quatre organisations professionnelles ont formé un recours en annulation des décrets et arrêtés de la réforme devant le Conseil d'Etat. Ces recours sont effectués contre l'ensemble du dispositif, à savoir sur le principe de la tarification en trois parties, l'application de la réforme aux longs séjours, la répartition des charges des aides-soignants à 70 % et 30 % entre les tarifs dépendance et soins, la convergence tarifaire, le statut juridique des conventions tripartites, le contrat de séjour et enfin le seuil des 85 lits. Ils ont été formulés par la Fédération Hospitalière de France, la FEHAP, l'UNIOPSS et l'Union Nationale des CCAS.

A cet égard, la Fédération Hospitalière de France a invité les hôpitaux publics et les maisons de retraite à attendre la date limite légale pour mettre en application la réforme de la tarification. Cela devrait permettre aux établissements de tenir compte des arbitrages du Conseil d'Etat. La Fédération Hospitalière de France a également proposé une lettre-type aux établissements, qui dénonce les imprécisions du dispositif réglementaire et le fait qu'il ne permette pas de quantifier l'ensemble des coûts nécessaires (médecin coordonnateur, exercice libéral, transports par ambulance, formation du personnel...) ni de définir les exigences de qualité.

Enfin, l'évolution de la prestation spécifique dépendance sera fondamentale dans la mise en œuvre de la réforme. Le ministre du travail et de la solidarité a annoncé à la fin du mois de septembre devant la commission des affaires sociales que deux décrets relatifs à la PSD allaient être publiés prochainement. Un premier texte devrait fixer des *minima* pour la prestation afin d'éviter que certains départements continuent d'accorder des montants trop faibles. Le montant de ces *minima* sera très important pour les établissements, et il faudrait que le montant de la PSD puisse être équivalent au tarif dépendance.

Au total, si une stratégie de collaboration et de transparence ne peut qu'être bénéfique, un droit d'inventaire et de critique doit être conservé afin de faciliter une mise en œuvre de la réforme au plan local qui soit tolérable pour les établissements.

## 2. Propositions pour un management efficace du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Si une gestion de qualité passe par une plus grande transparence dans les relations avec la tutelle, il conviendrait également d'éviter tout dysfonctionnement dans le *management* des services du long séjour et de la maison de retraite. A ce titre, certaines propositions peuvent être émises. En effet, s'il n'existe pas de dysfonctionnement grave, une clarification des responsabilités sur ce dossier pourra améliorer la cohérence de la gestion de ce secteur.

### **a. Exercer réellement un choix dans les nouvelles admissions**

Ainsi, sur le terrain les compétences en terme d'admission sont encore diluées, ce qui a parfois freiné les transferts de la maison de retraite vers le long séjour. L'importance d'une sélection des personnes âgées dépendantes (dans la mesure du souhaitable, puisque si la réforme de la tarification pousse à mener cette politique, des limites éthiques s'imposent) ayant été démontrée aussi bien pour la maison de retraite que pour le long séjour et étant sans doute favorisée dans l'avenir par le redimensionnement des unités, il sera fondamental qu'un membre de l'équipe de direction vise toutes les demandes d'admission, après examen médical de la personne âgée. Si les services sont remplis, il sera alors aisé de favoriser l'admission de personnes âgées très dépendantes dans le service de long séjour ou correspondant aux trois profils de résidents explicités pour la maison de retraite.

Cette politique n'est d'ailleurs pas uniquement gestionnaire, puisqu'elle permettra une meilleure prise en charge des patients rentrant dans ces catégories, les autres étant sans doute mieux accueillis dans d'autres structures.

Le directeur du centre hospitalier étant juridiquement décisionnaire de toutes les admissions, il pourrait déléguer cette autorité au directeur du site Lafond, qui regroupe les activités de psychiatrie et de gériatrie du centre hospitalier de La Rochelle.

Ce dernier est investi des compétences stratégiques pour le secteur gériatrique, aussi l'exercice de cette compétence lui revient naturellement, l'essentiel étant de comprendre les mécanismes de la nouvelle tarification pour personnes âgées dépendantes afin d'arbitrer au mieux entre les impératifs gestionnaires et les limites éthiques de cette politique

#### **b. Regrouper les attributions de compétences dans le secteur personnes âgées dépendantes**

En second lieu, il est possible d'améliorer la gestion du secteur en regroupant les compétences des acteurs. En effet, la logique de site prévalant au centre hospitalier de La Rochelle a entraîné une certaine dilution des responsabilités, le service de long séjour et la maison de retraite se situant sur des sites différents.

Actuellement, les compétences en terme de gestion des ressources humaines sont partagées entre le directeur des ressources humaines du site « Saint-Louis » (maison de retraite) et celui du site « Lafond » (unité de soins de longue durée), alors que la gestion stratégique du secteur est confiée au seul directeur du site Lafond. La gestion administrative de la maison de retraite (dossiers d'admission) est également assurée par les services administratifs du centre de soins pour personnes âgées, dépendant du site Lafond.

Même si dans les faits la collaboration entre sites s'est déroulée sans trop de heurts pour la restructuration des services pour personnes âgées dépendantes, la seule gestion des effectifs de la maison de retraite par le site « Saint-Louis » mobilise du temps de réunion entre sites et ne permet pas forcément une gestion optimale et cohérente des deux services. En outre, il n'est peut-être pas très sain que le décisionnaire en terme de stratégie n'ait pas à supporter les conséquences des orientations qu'il a fixées.

S'il n'est sans doute pas souhaitable que la concentration de la gestion des ressources humaines sur le poste de directeur des ressources humaines du site Lafond se fasse dans l'immédiat, puisque le site Saint-Louis a dû supporter une part importante des redéploiements effectués à la maison de retraite, elle pourrait être envisagée. En effet, même si elle contrevient à la logique de sites, les services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seront regroupés à terme au sein d'un budget annexe unique. La redéfinition des services de long séjour étant à l'étude, cette fusion des deux budgets annexes du long séjour et de la maison de retraite ne sera sans doute pas effective avant quatre ou cinq ans, mais il sera important que la gestion des ressources humaines soit alors confiée à un seul interlocuteur, qui puisse promouvoir une politique de gestion des ressources humaines cohérente sur l'ensemble du secteur d'hébergement de personnes âgées dépendantes, devenu alors exclusivement médico-social après que les « malades au long cours » soient repassés dans le champ strictement sanitaire.

### **c. La composition possible de l'équipe chargée du management stratégique du secteur personnes âgées dépendantes**

Le management des services d'hébergement pour personnes âgées pourrait donc être assuré par un binôme composé du directeur du site Lafond, dépositaire de la gestion stratégique du secteur, et du directeur des ressources humaines du même site. L'infirmier général du site Lafond exerce ses fonctions sur l'ensemble du secteur gériatrique puisqu'il est attributaire des compétences opérationnelles sur la maison de retraite. Il apporte son expertise à ce binôme.

En outre, des complémentarités pourraient être développées avec la direction de la qualité et de la gestion des risques. En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges de la convention tripartite met en avant des indicateurs de qualité extrêmement précis, dont l'analyse peut relever de ses attributions. Il pourra ainsi être associé à la réflexion sur l'évaluation de la qualité dans ces services et sur les moyens de l'améliorer.

Enfin, une réflexion pourra être menée à terme sur l'opportunité de recruter un directeur d'établissement social et médico-social au centre hospitalier de La Rochelle, placé sous l'autorité du directeur du site Lafond. En effet, le centre hospitalier compte un centre d'aide par le travail en régie hospitalière de 84 places, et une maison d'accueil spécialisée de 25 lits devrait ouvrir en 2001. La gestion de ces structures médico-sociales, auxquelles s'ajoutera le secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pourrait donc requérir la création de ce poste. Le départ en retraite du directeur des affaires générales du site Lafond dans trois ans pourrait être l'occasion de faire ce choix stratégique.

3. Le centre hospitalier de La Rochelle doit chercher à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents pour espérer pérenniser son activité

L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents constitue clairement l'objectif de moyen terme qui pourra permettre au centre hospitalier de La Rochelle de conforter son secteur d'hébergement redéfini. Elle doit passer à la fois par une gestion de qualité des moyens humains et par une gestion globale de la qualité du fonctionnement des services.

**a. Accompagner la réforme du secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes auprès des personnels : pour une gestion de qualité**

Les opérations de restructuration de la maison de retraite ne se sont pas faites sans douleur, et ces difficultés devraient continuer avec l'affirmation de l'objectif de diminuer le ratio agents/lit à 0,45, alors que dans le cadre du budget primitif 2000 il est égal à 0,53.

Cela signifiera donc une baisse des effectifs de 38,75 ETP pour 73 lits à 32 ETP, soit moins 6,75 ETP dans la limite de l'organisation du service. En quelques mois, 38 lits auront donc été fermés à la maison de retraite pour un redéploiement de près de 20 agents, aussi faut-il mettre en place un accompagnement de cette restructuration qui pourrait œuvrer à l'amélioration de la qualité du service.

Une gestion de terrain doit être le moyen d'accompagner des moments difficiles dans les services. Ainsi, les directeurs concernés par les opérations de restructuration de la maison de retraite se sont-ils déplacés pour expliquer les enjeux des restructurations aux personnels. Ils devront dorénavant anticiper le plus possible les changements d'affectation des personnels en concertation avec les syndicats, qui sont conscients des difficultés inhérentes à la mise en place de cette réforme.

De la même manière, le personnel du service de long séjour connaît des difficultés sérieuses dès lors que l'absentéisme ordinaire s'avère important. A cet effet, les directeurs de sites sont allés rencontrer les personnels

pour leur expliquer les raisons des difficultés actuelles, et si cette démarche a été appréciée elle doit encore être soutenue, notamment par le développement des passerelles avec le court séjour.

En outre, l'amélioration de la formation des personnels des services d'hébergement apparaît comme une des solutions d'humanisation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Elle peut être un instrument de compréhension de la personne âgée, mais également un moyen de remotivation et de réinvestissement pour des personnels qui ne sont pas forcément valorisés par leur poste au sein de la structure sanitaire hospitalière. Aussi des formations-actions pourraient elles être proposées, avec pour objectif de « rechercher une convergence opérationnelle et fonctionnelle entre les différents acteurs »<sup>46</sup>.

Il conviendra également de se poser la question de l'affectation sur la maison de retraite de 11 contrats emploi-solidarité, qui représentent tout de même 5,5 ETP, et de deux objecteurs de conscience. Cette question a été évacuée lors des négociations sur les redéploiements de la maison de retraite, mais on peut légitimement se demander s'il est très sain qu'autant de CES soient concentrés sur une seule unité.

Enfin, cette affirmation d'une gestion de terrain favorisant l'amélioration continue de la qualité des soins pourra être étayée par une réflexion de fond sur l'évolution des métiers de la gériatrie et l'adéquation de l'organisation des services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par rapport à cette évolution. L'infirmier général du site Lafond pourrait être chargé de cette réflexion et s'aider d'outils méthodologiques adaptés<sup>47</sup>.

La qualité passe donc par la transparence et l'information, aussi bien en ce qui concerne les relations avec la tutelle que pour le fonctionnement et l'évaluation de la qualité des prises en charges des personnes âgées dépendantes. A court terme, la complémentarité entre le binôme « directeur de site / directeur des ressources humaines » et le directeur de la qualité et de la gestion des risques devrait favoriser l'émergence de stratégies viables financièrement et permettant l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Le rôle de l'infirmier général dépositaire des compétences pour les questions gériatriques assurera une expertise de terrain informant de manière efficace les directeurs en charge du dossier.

---

<sup>46</sup> In Renaud BEGUE et Viviane HUMBERT, « Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public », DOIN Editeurs, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1994, p. 121

<sup>47</sup> Il pourra notamment s'inspirer de l'ouvrage intitulé « L'évolution des métiers de la gériatrie » (synthèse et rédaction Yves LAMY, ENSP éditeurs, Rennes, 1993), qui contient des fiches de postes adaptées.

## **b. Promouvoir une culture de la qualité dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes : pour une gestion de la qualité**

L'arrêté du 26 avril 1999 ainsi que les orientations présentées par les représentants de la mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (MARTHE) ont clairement démontré que toute négociation sur la dotation en moyens nouveaux ne pourrait s'appuyer que sur des gains effectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Aussi les services des conseils généraux seront-ils extrêmement attentifs à une amélioration du traitement de la dépendance, tout comme les représentants du préfet ou l'agence régionale de l'hospitalisation en ce qui concerne les soins de longue durée.

L'arrêté du 26 avril 1999 édicte des normes précises de qualité, relatives à la fois aux « conditions de fonctionnement de l'établissement (...) et aux objectifs et modalités de l'évaluation de l'établissement »<sup>48</sup>. Le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle précise des recommandations détaillées, relatives par exemple à la qualité des espaces (« la proportion des chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale d'un établissement »<sup>49</sup>...)

Aussi l'association du directeur de la qualité et de la gestion des risques semble-t-elle adéquate. Il pourra notamment être associé à la réflexion stratégique en proposant un plan d'action visant à évaluer et à améliorer la qualité du fonctionnement et des espaces des services.

Les prochaines propositions de conventions devront notamment être composées d'éléments ressortant directement de son champ de compétences au sein de l'équipe de direction du centre hospitalier de La Rochelle. Son rôle normatif devra lui permettre de développer des procédures oeuvrant dans ce sens et de promouvoir une véritable culture de la qualité dans le service<sup>50</sup>. Ainsi, l'élaboration du règlement intérieur de la maison de retraite dépend de son champ normatif, tout comme la description des moyens mis en œuvre pour améliorer la qualité de l'hébergement et le traitement de la dépendance.

---

<sup>48</sup> In arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, préambule de l'annexe 1, Journal Officiel de la République Française, p. 6256

<sup>49</sup> Idem, annexe 1, Journal Officiel de la République Française, p. 6258

<sup>50</sup> A signaler à cet effet l'existence d'un logiciel spécifique d'évaluation de la qualité dans les services de gériatrie, intitulé « ALAVIE ».

Il devra également se charger de vérifier si les objectifs à atteindre au niveau de la qualité de vie des résidents sont remplis, par l'intermédiaire de l'élaboration du projet institutionnel, par une réflexion sur la qualité des espaces à atteindre, sur la manière d'améliorer la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents... La qualité de l'animation devra être évaluée à l'aide du surveillant et de l'infirmier général, notamment par rapport aux relations entretenues avec les associations de bénévoles (AFORGEM au centre hospitalier de La Rochelle).

En outre, il devra s'assurer de la conformité des modalités d'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique et de soins coordonnés, et de celle de la place de l'établissement au sein du schéma gérontologique départemental.

Enfin, il devra être le garant de l'évaluation du dispositif conventionnel, s'assurant du respect d'indicateurs recommandés dans l'arrêté du 26 avril 1999 au regard de la qualité des prises en charge.

La participation du directeur de la qualité et de la gestion des risques à la négociation d'un plan pluriannuel de financement des services apportera le gage aux tutelles et aux personnels que les restructurations effectuées doivent avant tout permettre de pérenniser un secteur qui cherche à améliorer constamment la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les simulations budgétaires ont donc orienté et posé les limites des restructurations des services d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pour lesquels doit être mise en avant la volonté d'amélioration continue de la qualité afin de pérenniser une activité au dimensionnement redéfini dans ce secteur.

# CONCLUSION

L'objectif premier des simulations budgétaires consistait à anticiper suffisamment les conséquences de l'application de la réforme de la tarification de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour en atténuer les effets. Cela impliquait de mettre au point une méthodologie qui puisse être partagée par les autres établissements auxquels il convenait de se comparer et qui puisse déboucher sur des conclusions opératoires.

En l'espèce, les simulations budgétaires effectuées au centre hospitalier de La Rochelle ont confirmé les difficultés structurelles auxquelles était confrontée la maison de retraite et la nécessité d'envisager une réflexion de moyen terme sur l'avenir du service de long séjour. Encore ont-elles eu le mérite de donner la mesure exacte de ces difficultés et de les situer dans un cadre départemental qui permettait de voir quelles étaient les marges de manœuvre des structures d'hébergement en régie hospitalière. Elles pouvaient ainsi constituer une véritable méthode de compréhension des contraintes, des enjeux et des implications de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Afin d'élaborer une réflexion stratégique sur la place de l'hébergement des personnes âgées dépendantes au centre hospitalier de La Rochelle, il fallait dans un premier temps réduire des déficits d'exploitation qui n'étaient pas négligeables pour le long séjour et qui étaient même considérables pour la maison de retraite. Une restructuration énergique et le profit dégagé de certaines opportunités (transferts de lits de la maison de retraite vers le long séjour, fermeture temporaire de 10 lits au long séjour pour accueillir des lits de soins de suite de neurologie...) ont permis de neutraliser des déficits qui auraient pu avoir des conséquences fâcheuses pour le long séjour et extrêmement graves pour la maison de retraite.

A la fin du mois de septembre, le centre hospitalier de La Rochelle avait donc rétabli la situation budgétaire de ses structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et élaboré une stratégie devant permettre de pérenniser son activité et de favoriser l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ainsi, la maison de retraite, au prix de nouveaux efforts de redéploiements de personnels et de restructuration pouvait s'appuyer sur une stratégie consistant à accueillir trois types de résidents dépendants différents, produisant des points GIR et consommant peu de moyens en personnels. Mais cette politique ne pourra être crédible que si le centre hospitalier élabore en parallèle une stratégie cohérente d'amélioration continue de la qualité. A cet égard, le rôle du directeur de la qualité apparaît primordial.

Quant au long séjour, il s'agissait dans un premier temps de réduire son déficit d'activité, qui devenait problématique. L'opportunité de la fermeture provisoire de dix lits devrait réduire ses difficultés au moment de l'entrée dans la réforme de la tarification, d'autant plus que le niveau de dépendance de ses résidents est élevé, que la démographie du département a pour conséquence une augmentation de la demande, et qu'il détient une capacité de négociation forte avec 35 % des lits de long séjour du département. Malgré tout, les tarifs auxquels aboutit la simulation budgétaire restent plus élevés que ceux des autres services de long séjour et la création des services de soins prolongés impose de commencer sans trop tarder la mise en œuvre de la diminution des personnels afin de converger vers les moyennes des ratios départementaux des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Au total, cette réforme constitue un incroyable levier de restructuration et instaure de la transparence dans les budgets annexes des centres hospitaliers consacrés à l'hébergement, dont la gestion a parfois été obscure. Elle impose de se comparer aux autres établissements et de répondre aux difficultés structurelles par une véritable gestion de terrain axée sur la qualité. Les coûts de structure (problème du remboursement de frais, statut des personnels...) étant très importants dans les établissements publics de santé, les budgets annexes des hôpitaux sont souvent grevés et imposent la difficile mission de faire plus de qualité avec des moyens en diminution. A cet égard, les maisons de retraite en régie hospitalière se retrouvent dans une situation concurrentielle extrêmement périlleuse, avec pour seul avantage d'accueillir des résidents bénéficiant de l'aide sociale.

La situation des longs séjours risque également d'être remise en question avec l'émergence de la catégorie des malades au long cours. Mais on peut se demander si le maintien d'un nombre important de lits d'hébergement en institution est encore légitime alors que des filières gériatriques intégrées se développent et favorisent le maintien des personnes âgées à domicile. Finalement, cette réforme ne constitue-t-elle pas l'occasion de faire sortir l'hôpital hors de ses murs en redéployant les moyens des services d'hébergement redimensionnés vers des équipes mobiles investies sur l'ensemble des réseaux gérontologiques ? Le rapport de la députée Paulette Guinchard-Kunstler<sup>51</sup>, remis à Mme le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, insiste sur le développement à l'hôpital de prises en charge transversales et notamment des équipes mobiles de gériatrie qui permettent de mieux tenir compte des polyopathologies dont souffrent souvent les personnes âgées. Il propose également d'augmenter le nombre d'hôpitaux de jour pour permettre l'évaluation gérontologique et la rééducation, autant d'axes qui restent à développer au centre hospitalier de La Rochelle.

La question du dimensionnement adéquat des unités d'hébergement au sein des centres hospitaliers, par rapport à la qualité et au coût de la prise en charge, reste alors sans doute la plus pertinente.

---

<sup>51</sup> Rapport : « Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, 101 pages