

E.N.S.P

**INSPECTEURS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
PROMOTION 1998-2000**

**LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD :
INCIDENCES SUR LE ROLE ET LES METHODES DE TRAVAIL DE LA DDASS**

GILARDI Hugo

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| AVANT PROPOS | 3 |
| 1 MOTIVATIONS PERSONNELLES..... | 3 |
| 2 MÉTHODOLOGIE | 4 |
| 3 LE CONTEXTE LOCAL : SON INCIDENCE SUR LA CONDUITE DE LA RÉFORME ET SUR LE CONTENU DU MÉMOIRE. | 6 |
| INTRODUCTION | 7 |
| 1. LA REFORME DE LA TARIFICATION INAUGURE UNE MODERNISATION DE LA GESTION DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES..... | 10 |
| 1. L'esprit de la réforme : répondre aux archaïsmes constatés dans la gestion du secteur des personnes âgées..... | 10 |
| 1-1. Les termes de la demande sociale | 11 |
| 1-2. Les établissements et leur avenir..... | 12 |
| 1-2-1. L'évolution rapide de l'environnement. | 12 |
| 1-2-2. Les moyens envisagés pour relever le défi. | 13 |
| 1-3. Les conditions de rédaction de la réforme | 14 |
| 1-3-1. Les critiques liées à la Prestation spécifique dépendance. | 15 |
| 1-3-2. Les critiques sur les dispositions techniques de la réforme | 16 |
| 2- le corps de la reforme : des innovations majeures dans les secteurs cles de la gestion des EHPAD | 17 |
| 2-1. Les innovations relatives à la tarification..... | 17 |
| 2-1-1. L'inadéquation des modes de tarification | 17 |
| 2-1-2. Les nouvelles règles de tarification..... | 19 |
| 2-2. Les innovations en matière budgétaire et comptable. | 22 |
| 2-3. Les innovations relatives à la promotion de la qualité. | 23 |
| 2-3-1. Les travers du système d'allocation des ressources actuel..... | 23 |
| 2-3-2. Qualité et convention dans la réforme. | 24 |

2. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION VIENT MODIFIER LE RÔLE ET LES MÉTHODES DE TRAVAIL DE LA DDASS DANS LA GESTION DES EHPAD. 27

1. La DDASS et ses partenaires : se repositionner27

| | |
|---|----|
| 1-1. La DDASS et la mise en œuvre de la réforme..... | 28 |
| 1-1-1. Informer..... | 29 |
| 1-1-2. S’informer et expliquer..... | 30 |
| 1-1-3. Convaincre : définition d’une stratégie interne..... | 31 |
| 1-2. Les nouvelles relations avec le Conseil Général..... | 33 |
| 1-2-1. Dans l’application de la réforme..... | 33 |
| 1-2-2. Dans la gestion courante des établissements..... | 36 |

2. LA DDASS ET SES PRATIQUES : SE MODERNISER.....37

| | |
|--|----|
| 2-1. De nouveaux outils..... | 37 |
| 2-1-1. Le point GIR : point ISA des maison de retraite ?..... | 38 |
| 2-1-2. L’élaboration de tableaux de bord..... | 39 |
| 2-2 ... Pour de nouvelles missions..... | 41 |
| 2-2-1. La DDASS au cœur de la planification des équipements pour personnes âgées. | 42 |
| 2-2-2. La DDASS et la promotion de la qualité. | 43 |

CONCLUSION..... 45

BIBLIOGRAPHIE.....46

AVANT PROPOS

1 MOTIVATIONS PERSONNELLES

Je tiens à souligner que le choix du sujet résulte d'une décision personnelle prise en accord avec mon maître de stage, Laurence Planchais. Je souhaitais, en effet, poursuivre, sous la forme d'un mémoire, une réflexion déjà amorcée lors du stage « population » effectué en Janvier/Février 1999. Ce stage m'avait sensibilisé à l'action menée par les institutions (DDASS, Conseil Général, Etablissements) auprès des personnes âgées et aux problèmes, sensibles souvent affectifs, auxquels ils ont à faire face. J'y avais découvert les besoins -nombreux- des usagers des services de soins à domicile et des maisons de retraite, les réponses -diverses- données par les professionnels du secteur et, par voie de conséquence, l'indispensable régulation des actions menées.

Le choix fut d'autant plus logique qu'une vaste réforme du secteur devait se mettre en place entre mes deux stages. Elle vient transformer profondément les modes de gestion du secteur et engendre de nombreuses réflexions sur les fondements de la politique à mener à l'égard des personnes âgées. C'était, pour moi, l'occasion de m'interroger sur divers sujets.

D'abord, la loi du 24 janvier 1997 et la réforme qui en découle marquent, à mon sens, un choix de société qu'il était intéressant d'analyser. Et à ce titre, le nécessaire devoir de réserve d'un inspecteur ne doit pas le contraindre à mettre en sommeil sa réflexion sur les fondements politiques des orientations gouvernementales et des textes qu'il est chargé de défendre et d'appliquer. Il est nécessaire de se pencher sur des éléments qui relève plus de l'analyse sociologique et s'éloignent des préoccupations pratiques qui sont celles d'un inspecteur chargé de mettre en œuvre la réforme. Pourtant, les deux aspects me paraissent indissociables. En effet, connaître la genèse d'un texte et notamment les pressions qui ont concouru à inscrire le problème à l'agenda politique, la position des différents acteurs à son égard, les conditions de sa rédaction et de son adoption, me paraît indispensable à celui qui est chargé de l'appliquer sur le terrain. Cela lui permet de décrire les enjeux locaux, de fonder sa propre stratégie en un mot d'être plus efficace et sensible aux enjeux qui se nouent.

Ensuite, la réforme étant portée par de nombreux partenaires (Etat, Collectivités locales, Etablissements), c'était une nouvelle occasion de saisir l'organisation du travail et surtout

la nature des relations que les acteurs de la politique en direction des personnes âgées entretiennent entre eux. Ces échanges sont d'autant plus intenses que la réforme nécessite une coordination étroite voire un consentement mutuel sur de nombreux points cruciaux (convention, évaluation) et que, pour la première fois dans le domaine, l'instauration de relations de type contractuel entre les acteurs est envisagée. Aujourd'hui, les relations qu'entretiennent Etat, Conseils Généraux, Etablissements dans le domaine des personnes âgées sont très représentatives de la nature des liens qui unissent les acteurs du champ sanitaire et social dans son ensemble. On constate, à un degré peut être supérieur, l'éclatement des compétences, la complexité des financements croisés...

Enfin, il me semblait que ce champ en évolution était propice à une réflexion d'ordre plus pratique portant sur le rôle même de la DDASS dans la mise en place et la réussite de la réforme. Celle-ci exige d'une part que certaines tâches ad hoc soient menées (simulation, explication des textes, fixation du calendrier...) d'autre part que, sur de nombreux sujets, soit repensée, la manière de mener le travail de contrôle des établissements accueillant des personnes âgées. C'est sur ce point que ce mémoire constituera un travail de recherche appliqué au domaine professionnel. Il s'agira, en effet, à partir de problèmes concrets qui se sont posés et face à des missions nouvelles dévolues à la DDASS depuis la parution des décrets en avril 1999, d'élaborer une réflexion personnelle qui pourra déboucher sur des propositions utiles pour la poursuite du travail.

2 MÉTHODOLOGIE

Il pourra paraître étonnant de consacrer un mémoire à la mise en place d'une réforme engagée depuis peu et dont les effets majeurs sont difficilement identifiables dès aujourd'hui. Le risque est, en effet, de se borner à des considérations d'ordre prospectif, à des anticipations qui n'auraient aucune valeur « scientifique » et qui seraient dépourvues de toute utilité pratique. C'est sur ce point que la commission de validation des mémoires avait attiré mon attention. Elle soulignait que l'état d'avancement du dossier dans les départements n'était pas suffisant pour tirer des conclusions sur les incidences de la réforme.

Le choix du sujet et de la problématique me paraît pourtant justifié pour plusieurs raisons.

En premier lieu, les services chargés du contrôle des établissements pour personnes âgées se mobilisent fortement sur le thème de la réforme de la tarification depuis la parution des décrets. A tel point que les inspecteurs chargés de ce secteur consacrent une large majorité de leur temps, de leur énergie et de leur réflexion à ce problème. Conscients que ces textes vont modifier de manière sensible la manière de gérer les dossiers dont ils sont responsables, ils n'ont pas tardé à se questionner sur les méthodes de travail, les conséquences budgétaires, les nouvelles relations à tisser...

En second lieu, des réunions organisées par l'administration centrale, des circulaires parues sur le sujet est ressortie la nécessité de se lancer, dès à présent, dans la mise en place de la réforme. D'ailleurs, les délais très courts fixés par le décret d'application constituent une forte incitation en ce sens. Certaines tâches ont dû être réalisées : simulation, mise en place de la commission départementale de coordination médicale, information des établissements sur le calendrier...Il a donc fallu qu'à l'échelle départementale des problèmes soient résolus, des adaptations au contexte local soient effectuées. C'est à travers ces travaux que l'on peut déjà ressentir les incidences de la réforme, commencer à les analyser et surtout s'y préparer pour qu'elle puisse atteindre ses objectifs.

Enfin, la nature même de la réforme suffit à justifier que l'on s'interroge sur ses incidences avant même de rentrer dans son application concrète. En effet, elle a pour ambition de moderniser et de rationaliser la gestion des établissements pour personnes âgées. Pour ce faire, elle tente de modifier les relations qu'entretiennent les différents partenaires, elle favorise l'instauration d'une véritable évaluation des services rendus, et bouleverse les règles de la comptabilité et de la tarification. Dans cette perspective, les services déconcentrés ne peuvent se contenter de réagir, ils doivent anticiper pour trouver leur place dans les changements qui s'engagent. C'est ce travail de préparation qu'il me paraît également important de traiter dans le cadre de ce mémoire.

Par conséquent, mon souci sera d'évoquer en priorité les problèmes qui se sont posés depuis la parution des textes et ceux qui se poseront inéluctablement à l'avenir eu égard aux ambitions de la réforme et auxquels les DDASS se doivent de réfléchir dès à présent. Le travail sera donc plus centré sur les aspects techniques (organisation, évaluation, communication...) que sur les effets de la réforme sur le fond (conséquence sur les usagers, réussite de la démarche qualité...).

3 LE CONTEXTE LOCAL : SON INCIDENCE SUR LA CONDUITE DE LA RÉFORME ET SUR LE CONTENU DU MÉMOIRE.

Même si elle ne prendra pas systématiquement pour référence la situation du Val de Marne, l'étude sera sûrement influencée par les réalités locales. En effet, le département, de structure urbaine, présente une forte densité d'établissements. Les besoins en hébergement sont couverts de manière satisfaisante et le Val de Marne est dans une situation plutôt favorable dans le contexte régional. Toutefois, les besoins en terme de gestion (mobilisation de la DDASS et du Conseil Général dans leur mission de contrôle) sont grands.

Par conséquent, l'investissement à réaliser pour mettre en place la réforme est d'autant plus grand. Des difficultés spécifiques peuvent donc apparaître en raison de ces données : problème de communication et de diffusion de l'information sur la réforme ; difficulté de mener une négociation avec de nombreux établissements en parallèle ; difficultés de réaliser des visites systématiques dans les établissements en passe de signer les conventions, présence de nombreux établissements encore inconnus parce que non dotés de section de cure médicale.

Par conséquent, les conclusions tirées dans ce mémoire le sont à la lumière de ce contexte. Toutefois, il me semble que les problèmes soulignés dans ce mémoire ne sont pas spécifiques au Val de Marne. Il révèle la situation des DDASS confrontées à l'application d'une réforme qui ne pourra qu'avoir des conséquences sur leur manière de travailler. Si l'acuité des problèmes peut varier d'un département à l'autre (densités de population et d'établissements), leur nature est, bien entendu, la même.

Nous nous efforcerons d'illustrer nos remarques par l'exemple du Val de Marne en n'en faisant pas une vérité nationale mais en étant conscient que l'expérience est partagée par les autres services. Les échanges lors des réunions consacrées à la réforme et réunissant les correspondants des différents départements l'ont confirmé.

INTRODUCTION

« Les modes de tarification actuels des établissements hébergeant des personnes âgées constituent, en même temps qu'un déni de justice, un frein au développement de prises en charge de qualité au bénéfice des résidents concernés ». ¹

Cette position, très critique, de Pierre Gauthier témoigne de la volonté de faire évoluer les règles de gestion du secteur des personnes âgées afin de les adapter aux nouveaux besoins de cette population.

Dans le sillage de la loi du 24 janvier 1997 qui a posé les principes d'une réforme de la tarification, une vaste et longue réflexion s'est engagée sur les modalités de fonctionnement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Initiée par le gouvernement, mise en forme par l'administration centrale, elle a été l'occasion pour l'ensemble des acteurs de s'interroger sur l'avenir de ces structures ; leurs relations avec les autorités de contrôle ; les processus d'allocation de ressources ; les modalités de prise en charge de la dépendance ; leur engagement dans une démarche d'assurance-qualité. Etroitement lié à l'instauration controversée de la Prestation Spécifique Dépendance, le débat a été émaillé de prises de position radicales qui ont parfois rendu la négociation difficile.

Toutefois, la réflexion a abouti à la publication de textes² qui préservent les objectifs initiaux et serviront de référence pour la mise en œuvre de la réforme. Les deux lignes directrices adoptées par les rédacteurs sont d'une part la transparence et la rationalisation des procédures budgétaires, d'autre part la promotion de la qualité.

Sur le plan budgétaire, les textes prévoient l'instauration d'une troisième section tarifaire (dépendance) en plus des deux sections « traditionnelles » (hébergement et soins). Ils rénovent le régime budgétaire et comptable et s'inspirant du décret du 24 mars 1988 sur

¹ Pierre Gauthier. Document de présentation de la réforme de la tarification. Direction de l'Action Sociale.

² Les textes de référence

- Décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification des EHPAD
- Décret 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire

la gestion budgétaire et comptable des établissements sociaux et médico-sociaux. Si cet aspect est apparu prédominant à la fois dans le débat et dans la rédaction des textes, ce serait une erreur de réduire la réforme à ces seules innovations.

En effet, le deuxième objectif poursuivi est l'instauration progressive d'une démarche qualité grâce à la mise en place d'outils de contrôle et d'évaluation. Les textes prévoient la signature de conventions pluriannuelles entre les établissements et leurs autorités de contrôle. Celles-ci engagent les différents partenaires dans une démarche de nature contractuelle qui repose en priorité sur l'amélioration de la qualité sur la base de référentiels formalisés.

C'est à la lumière de ce deuxième objectif que l'on peut affirmer que la réforme ne constitue pas un simple toilettage budgétaire en vue de remplacer un système devenu archaïque. Même si l'essentiel du débat entre les établissements et leurs partenaires s'articule essentiellement autour du passage à un budget ternaire –assurément parce que cela représente la principale difficulté technique et parce que c'est la mesure qui aura la plus grande incidence financière- nous devons saisir la réforme dans son ensemble. Elle peut alors devenir, si les modalités de sa mise en œuvre répondent à l'esprit des textes, une réforme en profondeur de la gestion des établissements pour personnes âgées.

En effet, les textes inaugurent une réelle transformation de la gestion des établissements pour personnes âgées.

Tout d'abord, ils placent l'amélioration de la qualité à la fois comme un préalable (les conventions doivent être signées avant l'application de la tarification ternaire) et comme une fin (la réforme se donne pour raison d'être l'adaptation des services aux besoins émergents).

Ensuite, ils tentent de donner une réalité à l'évaluation de l'activité des structures. Pour que l'allocation des ressources soient rationnelle, des indicateurs sont instaurés qui permettront d'envisager de comparer les « performances » respectives des établissements.

Enfin, ils créent les conditions pour que de nouvelles relations se tissent entre les différents partenaires. L'objectif est, en effet, de favoriser les engagements mutuels autour d'objectifs négociés sur un terme qui dépasse le simple exercice budgétaire.

C'est donc à un véritable défi que les services déconcentrés vont devoir faire face. Ils n'auront pas simplement à régler les problèmes techniques et financiers qu'engendrent le passage à la tarification ternaire. Il faudra en outre, pour que la réforme ne se transforme pas en simple remodelage comptable, qu'ils engagent un travail complexe qui

doit allier des tâches très variées. Négociations, inspections, évaluations, comparaisons, prospections doivent être réalisées dès à présent.

On peut donc facilement imaginer que cette réforme n'est pas sans conséquence sur la nature du travail effectué par le service des DDASS chargé du contrôle des établissements pour personnes âgées. Le fait qu'il soit mobilisé à temps quasi-complet sur cette question depuis la parution des textes suffit à le montrer.

Toutefois, il sera intéressant de s'interroger sur les incidences que peut avoir cette réforme sur le travail des DDASS.

Nous verrons que la réforme, en instaurant une évolution de la gestion du secteur des personnes âgées, vient faire évoluer les méthodes et les instruments de travail des DDASS.

En effet, les textes du 26 avril 1999 ont pour objectif de moderniser la gestion du secteur des personnes âgées. Pour ce faire, ils engendrent de nombreuses innovations auxquelles les services déconcentrés auront à donner corps. (I)

La réussite de ce travail passe par une évolution des méthodes et des outils de travail jusque là utilisés. (II)

★★★

1. LA REFORME DE LA TARIFICATION INAUGURE UNE MODERNISATION DE LA GESTION DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES.

La réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes répond à une pression forte de la part des multiples acteurs du secteur qui pointaient les archaïsmes du système actuel. Toutefois, son élaboration a donné lieu à des négociations difficiles et les textes du 26 avril 1999 font encore l'objet de vives critiques. Il faudra, pour mieux saisir l'esprit de la réforme, décrire ce contexte dans lequel elle a vu le jour (1).

La réforme a pour justification et pour raison d'être la modernisation de la gestion des établissements. Elles instaurent un certain nombre d'innovations qu'il est important de dépeindre précisément puisqu'elles sont à la source des modifications apportées au travail des services déconcentrés chargés du dossier (2).

1. L'ESPRIT DE LA RÉFORME : RÉPONDRE AUX ARCHAÏSMES CONSTATÉS DANS LA GESTION DU SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES.

L'évolution des données démographiques et sanitaires a engendré une réflexion sur les orientations de la politique en faveur des personnes âgées (1). Dans ce cadre, de nombreux rapports ont évoqué, au cours de ces dernières années, la nécessité d'adapter le fonctionnement des établissements à cette nouvelle donne (2). La réforme de la tarification est le résultat de ce débat ; les modalités de la rédaction en sont la preuve (3). Les critiques formulées à son égard sont nombreuses et auront un impact important sur les conditions de sa mise en œuvre (4).

1-1. Les termes de la demande sociale

Même si la question de la vieillesse est longtemps restée éloignée de l'agenda politique y compris depuis le rapport Laroque qui n'a influencé la politique que bien après sa publication, il semble que la gestion de la vieillesse se soit fortement socialisée au cours des dernières années³. Sous l'influence de plusieurs facteurs, la vieillesse s'affirme comme un véritable problème social qui exige que soient définies des orientations claires, des interventions spécifiques, en un mot une politique publique.

Tout d'abord le facteur démographique. Il est celui que l'on retrouve le plus souvent dans la réflexion sur le futur de la politique en faveur des personnes âgées. Il est, par exemple, la pierre de touche du débat sur l'avenir des retraites et est systématiquement utilisé pour motiver une accélération des mesures en faveur des personnes âgées.

Dans le domaine qui nous intéresse, cette question est également extrêmement prégnante. Les chiffres sont suffisamment édifiants pour ne pas influencer la question de la planification des équipements, la structure de l'offre d'hébergement et de soins destinés à cette catégorie de population en forte croissance ainsi que les modes de gestion à mettre en place à l'avenir.

C'est, en tout cas un des arguments clés qu'utilisent les représentants des usagers et dans une moindre mesure ceux des établissements pour influencer sur les décisions en la matière. Même si les prévisions restent floues, les conséquences d'une croissance forte des plus de 75 ans restent mal connues, et la réflexion parfois marquée par un certain malthusianisme, on ne peut nier le poids que comporte cette donnée dans la construction des orientations actuelles y compris dans la réforme que nous étudions.

Le deuxième facteur est la modification des données sanitaires concernant les personnes âgées et plus particulièrement la montée du phénomène de dépendance. Celle-ci, constatée depuis longtemps, n'avait pas été jusque là reconnue dans sa dimension économique. En effet, le coût induit par les services spécifiques proposés aux personnes âgées dépendantes ont été, dans un premier temps, pris en charge, soit par la solidarité familiale soit par l'hôpital. Mais l'accentuation du phénomène, couplé à une stagnation des moyens financiers qui lui sont dédiés, ont engendré des dysfonctionnements voire des inégalités importantes.

³ Anne-Marie Guillemard « La dynamique sociale des politiques de la vieillesse en France » in *Gérontologie et Société*. Cahier n°41. 1987. Pp 28-44

La somme de ces différents facteurs –émergence de forts besoins, que la famille ne peut couvrir, coût important des nouveaux services à rendre- ont contribué à la formulation d'une demande importante de la part des organismes représentatifs. Celle-ci prenant d'ailleurs des formes diverses : revendication en matière de qualité de vie ; pression pour l'émergence de métiers nouveaux et de prestations adaptées ; volonté d'adapter les établissements à l'état des personnes accueillies...

Ce sont ces données qui dominent le débat sur la politique en direction des personnes âgées depuis une dizaine d'années et plus particulièrement celui sur l'instauration d'une prestation spécifique dépendance. La loi du 24 janvier 1997 et par conséquent la réforme de la tarification qui en constitue un des volets, ne peuvent être comprises sans faire référence aux problèmes qu'elles tentent de résoudre et aux demandes auxquelles elles tentent de donner réponse.

1-2. Les établissements et leur avenir.

1-2-1. L'évolution rapide de l'environnement.

Les établissements, institutions clés de la politique en direction des personnes âgées ne pouvaient rester étrangers à ces réflexions. C'est en effet ce que, depuis de nombreuses années, ont souligné plusieurs rapports. A chaque fois, a été mise en évidence la nécessité de faire évoluer la structure des établissements pour personnes âgées afin de les adapter aux besoins nouveaux qui se faisaient jour. La gestion actuelle faisant l'objet de vives critiques tant sur les règles de financement que sur les inadéquations aux situations particulières, il s'agissait de créer des conditions favorables à une modernisation sur un certain nombre de sujets.

Face à l'évolution rapide de l'état des populations accueillies, les établissements doivent s'interroger sur les fondements de leur mission, sur leur vocation même. Là encore, les chiffres sont suffisamment frappants pour que la réponse apportée ne se limite pas à de simples adaptations. Les établissements ont vu leur place dans le système de prise en charge des personnes âgées changer : la politique favorisant désormais le maintien à domicile, ils constituent de plus en plus souvent un dernier recours lorsque ce dernier n'est plus possible. Ainsi, l'état des personnes accueillies renforce fortement la parenté de la maison de retraite avec l'hôpital : la médicalisation se renforce, la prise en charge

de nouvelles pathologies liées au vieillissement fait appel à une technicité importante. Il s'agit donc d'intégrer ces phénomènes tout en conservant les spécificités du secteur médico-social. « Ni domicile, ni hôtel, ni club du troisième âge, ni hôpital mais sûrement un peu les quatre pour être un lieu de vie »⁴ : cette question est récurrente lorsque l'on s'interroge sur l'identité de ces établissements mais elle se pose avec encore plus de force en raison de l'évolution des besoins des usagers. Le rapport de Paulette Guinchard-Kunstler abonde dans ce sens en affirmant que « l'enjeu pour l'hébergement consiste bien dans son organisation en lieux de vie intégrés à la ville, à partir de petites unités permettant un mode de vie normal, une aide adaptée aux besoins individuels et une valorisation du rôle de la famille »⁵

Sur un plan technique, les prestations réalisées doivent évoluer du fait des besoins émergents. Le traitement de la dépendance nécessite que de nouveaux savoir-faire soient développés, que de nouveaux métiers soient intégrés. « La gageure est sans doute, pour chaque professionnel, d'intégrer puis de dépasser totalement son métier et particulièrement celui de soignant. En effet, le but est de se resituer dans une démarche plus banalisée d'accompagnement, au sens très large du terme, sans pour autant se déconsidérer comme professionnel de santé ».⁶

Aujourd'hui, une maison de retraite doit être en mesure d'assurer de nouvelles missions : prévention de la dépendance, animation adaptée, ouverture sur l'extérieur et participation à un réseau. Il s'agit donc d'un véritable défi qui attend les établissements et surtout les professionnels qui les font vivre.

1-2-2. Les moyens envisagés pour relever le défi.

Pour que les établissements soient en capacité de répondre aux besoins nouveaux, il faut que des changements soient envisagés dans certains domaines. En effet, le secteur des personnes âgées présentait des archaïsmes et des dysfonctionnements qui sont autant de freins à la réalisation de cet objectif.

En premier lieu, il était nécessaire de réfléchir sur la manière de promouvoir, de contrôler et d'évaluer la qualité des prestations réalisées en maison de retraite. Le constat était

⁴ Rapport de l'Union Hospitalière de la Région Ile de France : « La politique pour les personnes âgées en Ile de France ». Juin 1999.

⁵ Paulette Guinchard-Kunstler. Députée du Doubs. Rapport au Premier Ministre. « Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie ». Septembre 1999.

⁶ Rapport de l'Union Hospitalière de la Région Ile de France. « La politique pour les personnes âgées en Ile de France ».

qu'il existait une grande disparité dans les pratiques liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ceci en raison de la diversité des structures d'accueil, de l'absence de référentiels précis sur une activité considérée comme subjective et de l'absence de demande clairement formulée. Les évolutions récentes ont créé des conditions favorables à l'introduction d'une démarche qualité au sein des maisons de retraite : les usagers sont de plus en plus exigeants en la matière et l'hôpital a déjà largement pris en compte cette variable.

Ensuite, un certain nombre de textes récents ont insisté sur la nécessité de construire des réseaux entre les différentes institutions oeuvrant dans le secteur afin d'assurer la continuité des prises en charge d'une population dont les besoins changent rapidement. Les maisons de retraite se doivent de tisser des relations plus étroites avec divers partenaires afin d'améliorer la qualité des services rendus : faciliter le passage de l'hôpital ou du domicile à la maison de retraite ; approfondir les coopérations avec les professionnels de l'animation ; formaliser les liens avec les familles...

Enfin, il paraissait nécessaire de trouver de nouvelles bases aux relations entre les autorités de contrôle et de financement et les établissements. Moderniser la gestion du secteur exige que des relations de nature contractuelle soient envisagées afin de formaliser les engagements mutuels à moyen terme. En effet, l'amélioration de la qualité nécessite un environnement financier stable et suffisamment défini. Dans ce domaine, les innovations appliquées au secteur hospitalier (contrat d'objectifs et de moyens), ont beaucoup influencé la réflexion. Il s'agit désormais d'éviter les décisions au coup par coup et de construire un véritable programme de développement qui tiendrait compte des spécificités de l'établissement et de ses projets internes.

1-3. Les conditions de rédaction de la réforme.

Les conditions de mise en œuvre d'une réforme dépendent, pour une large part, de la nature du débat qui a présidé à sa rédaction et à son adoption par les autorités administratives compétentes. Sur ce point, la réforme de la tarification a souffert d'une forte contestation des milieux professionnels qui risque de rendre le travail en aval plus délicat. Le texte a d'abord subi, lors de sa rédaction, les critiques d'ordre général à l'encontre de la loi du 24 janvier 1997 de laquelle il découle. Par ailleurs certaines dispositions d'ordre technique ont été contestées par les professionnels.

1-3-1. Les critiques liées à la Prestation spécifique dépendance.

La réforme de la tarification constituant un des volets de la loi portant création de la PSD, elle a subi, alors même qu'elle n'était pas encore formalisée, les vives critiques des professionnels sur les conditions d'application de la nouvelle allocation. En effet, l'instauration d'une troisième section tarifaire « dépendance » dans les budgets des maisons de retraite était justifié par l'incorporation à l'aide sociale d'une prestation qui a pour objectif de couvrir les dépenses engagées par les usagers à ce titre.

Or, selon les organisations représentatives de l'accueil des personnes âgées en établissements, la montée en puissance de la PSD est insuffisante pour que la réforme puisse produire les effets escomptés. Ainsi, les signataires du *Livre noir de la PSD*, dans un chapitre intitulé « Pour les personnes âgées en établissement, le pire reste à venir avec la réforme de la tarification »⁷, considèrent que « la baisse des prestations et la hausse des charges rendent la réforme inacceptable ». Prenant la défense des usagers, fédérations d'établissements, associations de directeurs et syndicats de salariés, s'accordent pour poser de nombreuses réserves à la réforme avant son adoption même. « Alors que tous les professionnels et les représentants des retraités et personnes âgées sont favorables à la réforme et la demandent, le paradoxe est que l'état actuel de l'application de la PSD conduit à ce qu'ils rejettent, unanimement, le contenu du projet ».

Les oppositions à la réforme de la tarification ont donc d'abord porté sur les lenteurs de la montée en charge de la PSD considérée comme un préalable indispensable à l'adoption d'une réforme modifiant les conditions de participation des usagers à l'effort de l'établissement. La position de Jean Barucq, sous directeur de la FEHAP, résume bien cette position : « Il n'apparaît pas sérieux de faire reposer une réforme attendue sur une loi non définitive qui ne reconnaît pas la dépendance comme un risque nouveau et qui, de plus présente des aspects néfastes générant des pratiques critiquables »⁸

Par la suite, avec l'annonce des aspects techniques du projet, les critiques se sont déplacées pour porter sur des points plus précis.

⁷ Le Livre noir de la PSD présenté par le CNRPA et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements. Juin 1998. Paris.

1-3-2. Les critiques sur les dispositions techniques de la réforme.

De 1998 à la parution des décrets, le 26 avril 1999, alors que son contenu se précisait, la réforme a été l'objet de vives critiques portant à la fois sur la complexité du dispositif envisagé et sur les inégalités dont elles seraient génératrices. Ainsi le 3 juillet 1998, dans une lettre adressée à Martine Aubry, sept organisations du secteur médico-social faisaient part, pour la première fois, de leur opposition au projet. Selon elles, la réforme consacre « des discriminations au niveau territorial et dans l'accès aux soins des personnes âgées » et fait preuve « d'une complexité inexplicable sans lien avec un projet de vie de qualité ». ⁹

Sur l'aspect technique, l'instauration de treize tarifs a fait craindre aux chefs d'établissements une complexification du travail budgétaire et surtout une moindre lisibilité pour l'utilisateur des composantes de sa facture. La perspective d'une instabilité budgétaire et d'une surcharge de travail dues à la réactualisation permanente des GIR renforçait ce sentiment. Par ailleurs, le principe même des conventions tripartites était contesté au motif qu'elles risquent de faire peser une trop forte contrainte sur les établissements en l'absence d'engagements suffisamment formalisés des financeurs.

De nouveau, les chefs d'établissement, comme dans leur analyse critique de la loi PSD, fustigent les conséquences de la réforme pour les usagers. Selon eux, l'instauration d'une troisième section tarifaire va engendrer un surcoût insupportable pour les usagers les plus dépendants. « Les simulations effectuées font valoir que, dans l'état actuel des textes, le prix de journée d'un résident, classé en GIR1 et ne bénéficiant pas de la PSD, devrait augmenter de 33F par jour soit près de 1 000F par mois » ¹⁰

Face aux perspectives démographiques et à la montée de besoins nouveaux liés au vieillissement de la population et pour construire une réponse nouvelle et adaptée, un mouvement de rénovation de la politique en faveur des personnes âgées a été engagé. C'est dans ce cadre que la réforme de la tarification se donne pour objectif de moderniser la gestion des établissements en leur donnant les moyens de développer de nouveaux services liés au traitement de la dépendance.

⁸ Actualité sociale hebdomadaire n°2114 du 9/04/99,p.21

⁹ Actualité sociale hebdomadaire n°2079 du 10/07/98,p.31

¹⁰ Françoise Toursière. Directrice de la FNADEPA. Actualité sociale hebdomadaire n°2114 du 9/04/99,p. 22

Pourtant, malgré une demande sociale forte et clairement formulée, la loi du 24 janvier 1997 et la réforme qui en découle ont subi, au cours de leur rédaction puis après leur publication, de vives critiques de la part des acteurs du champ médico-social.

C'est dans ce contexte bien particulier que les services déconcentrés auront à présenter et appliquer une réforme qui prévoit un certain nombre d'innovations majeures.

★★★

2- LE CORPS DE LA REFORME : DES INNOVATIONS MAJEURES DANS LES SECTEURS CLES DE LA GESTION DES EHPAD.

La réforme de la tarification vise à moderniser les règles de gestion des EHPAD dans trois principaux domaines :

- Face au manque de clarté dans la répartition des charges entre les différents financeurs, les modes de calcul des tarifs sont révisés dans le sens d'une plus grande transparence (2-1).
- Les règles budgétaires et comptables, devenus obsolètes, sont révisées pour intégrer les incidences des nouveaux mécanismes tarifaires (2-2).
- L'exigence de qualité qui n'avait pas été formalisée jusqu'alors, devient un objectif à part entière (2-3)

2-1. Les innovations relatives à la tarification.

2-1-1. L'inadéquation des modes de tarification actuels

"Depuis le début des années 80, chacun s'accorde à considérer que la tarification des EHPAD doit se fonder sur l'état de la personne accueillie, indépendamment de la nature juridique de l'institution qui l'héberge"¹¹. Pierre Gauthier pointe ici le principal défaut de la tarification telle qu'elle a été définie suite aux lois de décentralisation. En effet, les modalités de calcul des factures respectives (Assurance-Maladie/Départements/Usagers) ne correspondent plus aux réalités des dépenses engagées. Ceci pour diverses raisons.

¹¹ Actualité sociale hebdomadaire n°2114 du 9/04/1999. p.22

Tout d'abord, le principe était, jusque là, une mutualisation des efforts puisque les résidents payaient un prix de journée identique quel que soit l'intensité des services qui leur étaient rendus. Cette répartition logique, dès lors que les services d'hébergement sont les mêmes pour tous et que les dépenses liés aux soins techniques sont pris en charge par l'assurance-maladie, devient injuste dès lors que de nouvelles dépenses fortement corrélées à l'état de la personne et non directement liées aux soins se développent.

Or, la montée de la dépendance a fait naître des prestations supplémentaires fortement variables selon l'état de la personne à laquelle elles s'adressent et qui n'étaient assimilables ni à l'hébergement ni aux soins. Ainsi les établissements doivent désormais faire face à un surcoût hôtelier résultant d'interventions logistiques plus importantes (ménage, lingerie...) et surtout à des dépenses d'ordre relationnelles et d'aide à la vie quotidienne correspondant à la composante sociale de la dépendance. Aucune disposition n'étant envisagée pour isoler ces dépenses nouvelles dans un tarif spécifique, elles continuaient à être globalisées.

Par ailleurs, le système actuel ne permet pas de faire rentrer dans les sections tarifaires les dépenses qui devraient normalement y être affectées. En effet, la dimension des forfaits "plafond" à la charge de l'assurance-maladie ne sont pas directement liés à la charge des soins réalisés dans les institutions d'autant que ce type de dépenses a eu tendance à croître plus que proportionnellement au montant des plafonds. La conséquence est que la section hébergement sert souvent de variable d'ajustement en intégrant des dépenses de nature médicale notamment des postes d'aide soignant.

Ainsi, les DDASS allouent un forfait sans véritable lien avec les charges qu'il couvre et les ajustements opérés, pour garantir l'équilibre global des budgets s'effectuent de façon hétérogène en fonction de la capacité de l'établissement à faire accepter au Conseil Général ou à l'usager des charges qui ne relèvent pas du forfait hébergement.

De même, les établissements non médicalisés sont contraints de faire appel à des personnels médicaux et paramédicaux libéraux afin de faire face à la montée de la dépendance. Mais l'utilisation de ces professionnels, faute de règles, ne conduit pas toujours à des prises en charge coordonnées (prévention, spécificités de la maison de retraite).

Enfin, la tarification dite binaire, telle qu'elle conçue aujourd'hui, n'est pas suffisamment souple pour permettre une allocation des ressources prenant en compte la réalité des établissements. Ainsi, le degré de dépendance des personnes, la taille des structures, la nature juridique des établissements (les structures commerciales sont souvent sous-dotées) ne constituent pas de véritables critères dans l'attribution des mesures nouvelles

de crédits d'assurance-maladie. Le principe est plutôt le renforcement de situations acquises au gré de l'histoire des établissements, les inégalités de dotation se renforçant inexorablement.

Ainsi, l'absence de barrière hermétique entre les deux tarifs, engendre une grande disparité dans la constitution des budgets : les allocations de moyens ne répondent pas à des règles rationnelles ; ce ne sont pas les établissements qui accueillent le plus de personnes âgées dépendantes qui sont les mieux dotés ; les imputations des charges et des produits ne correspondent que très partiellement à la nature de la section tarifaire à laquelle elles émargent.

2-1-2. Les nouvelles règles de tarification.

Objectifs.

Le décret du 26 avril 1999 tente de remédier aux dysfonctionnements décrits ci-dessus en poursuivant deux objectifs principaux. D'abord, il vise à ne retenir, dans le calcul des tarifs respectifs, que les dépenses qui doivent s'y rapporter. Ceci, en rendant les différentes sections tarifaires hermétiques les unes par rapport aux autres. Ensuite, il tente d'individualiser la facture soumise à l'utilisateur. La multiplication des tarifs doit permettre de constituer des prix de journée conformes à la réalité des services rendus.

Modalités.

Pour atteindre le premier objectif, le décret prévoit de répartir les dépenses et les recettes de l'établissement dans trois sections tarifaires qui correspondent aux trois facettes de la prise en charge des personnes âgées en institution:

- La section hébergement qui ne contient désormais que les prestations hôtelières, de restauration et de services aux résidents non liés à leur état de dépendance.
- La section dépendance qui recouvre les prestations directement liées à la dépendance.
- La section soins qui correspond à la somme des soins de base ou *nursing* (entretien, hygiène, confort, continuité de la vie) et des soins techniques (prestations liées aux affections somatiques et psychiques des résidents ne nécessitant pas la présence d'un plateau technique hospitalier).

La méthode utilisée est celle des clés de répartition pour les postes qui émargent à deux sections. La principale innovation est la répartition des dépenses de certaines catégories de personnel dans deux tarifs:

- Les agents de service : 70% hébergement et 30% dépendance.
- Les aides soignants : 30% dépendance et 70% soins.
- Les aides médico-psychologiques : 30% dépendance et 70% soins.

La justification donnée à cette répartition, qui a été vivement critiquée par les chefs d'établissements pour sa complexité et son arbitraire, est que ces catégories de personnel exercent de fait une activité d'une nature double. Chacune consacrerait une partie importante de son temps à la dépendance : les agents de services du fait de la charge supérieure de travail engendrée par la dépendance (ménage, lingerie), les aides soignants et médico-psychologiques au titre de leur fonction d'auxiliaire de vie qui recouvre la dimension domestique de la dépendance. A ce titre, la formation de ces professionnels contient des matières qui ont trait au traitement de la dépendance : animation, maintien de l'autonomie...

Le deuxième objectif doit être réalisé grâce à l'instauration, au sein de chaque section tarifaire, de six tarifs correspondant au niveaux de dépendance des résidents évaluée grâce à la grille AGGIR.

- Le tarif hébergement est unique puisque les services rendus à ce titre sont a priori les mêmes pour tous les résidents.
- La tarif dépendance est divisé en six tarifs qui prennent chacun en compte la part des dépenses engagées par les usagers du groupe.
exemple tarif journalier d'une personne en GIR1 :

$$\frac{\text{Somme des dépenses engagées en matière de dépendance}}{\text{l'établissement}} \div \frac{\text{nombre de points GIR1 produits par}}{\text{nombre de journées prévisionnelles des résidents GIR1}}$$

- Le tarif soins suit la même logique.

Conséquences.

La séparation stricte entre les sections tarifaires va obliger l'assurance-maladie à financer les dépenses qui lui incombent. La répartition de l'effort des collectivités sera donc plus transparente, répondra à une règle du jeu claire et ne donnera plus lieu à des négociations a posteriori destinées à équilibrer la section d'exploitation. Cela devrait, par voie de conséquence, améliorer les termes des relations entre les tarificateurs, les négociations ne portant désormais plus que sur les catégories de personnel dont les dépenses sont inscrites à la fois aux soins et à la dépendance.

En terme financier, les conséquences seront importantes, à moyen terme, pour l'assurance-maladie, principal financeur de la réforme.

- le tarif hébergement, se déchargeant des dépenses indues (normalement couvertes par l'assurance-maladie) ainsi que de la partie dépendance, devraient baisser de manière significative. Ainsi, la simulation réalisée au cours de l'été 1999 par la mission Marthe, à partir d'un échantillon d'établissements représentatif, prévoit une diminution moyenne de 45F toutes catégories d'établissements confondus.

- le tarif dépendance à la charge de l'utilisateur ou de l'aide sociale sera plus ou moins "lourd" suivant le degré de dépendance de l'utilisateur concerné. La simulation nationale prévoit que, pour les résidents les plus dépendants (GIR1, GIR2), la charge de la dépendance sera supérieure à la baisse constatée du tarif hébergement. Pour les personnes les moins dépendantes (GIR5, GIR6), l'effet sera inverse. Pour les GIR3 et GIR4, la situation sera variable en fonction de l'établissement.

-le tarif soins devra augmenter sous l'effet de deux phénomènes. D'abord, le retour vers l'assurance-maladie des dépenses supportées indûment par le tarif hébergement. Au maximum, le tarif devrait rester stable du fait de l'instauration du cliquet anti retour appliqué aux établissements les mieux dotés au titre de l'assurance maladie. Ensuite, cette section est la référence en matière de médicalisation des EHPAD. Cette réforme ayant pour objectif final d'améliorer la prise en charge médicale de ces établissements, le tarif soins a vocation à augmenter d'année en année au gré du vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le nouveau système n'est donc pas sans conséquence sur la participation de l'utilisateur aux services qui lui sont rendus et sa place dans l'établissement. L'instauration de tarifs liés à l'état de dépendance met fin au principe d'une solidarité globale au sein de

l'établissement. On considère, désormais, que les écarts entre les situations des résidents au regard de la dépendance sont suffisamment importants pour justifier des services d'une intensité très variable. Dès lors, il devient logique que chacun participe à hauteur des prestations qui lui sont offertes. Le système de pondération imaginé (annexes) donne ainsi, aux résidents les plus dépendants, un poids plus que proportionnel à leur nombre dans l'institution.

Enfin, l'instauration de trois sections consacre indirectement un système de type "enveloppe globale" notamment pour l'assurance-maladie. Le rapatriement des dépenses médicales dans le forfait soins fait que le calcul par forfait devient caduc sauf à dé plafonner systématiquement. Le but étant de financer l'établissement à hauteur de ses besoins réels et après négociation d'une convention, le système de l'enveloppe est en effet plus adapté et finalement plus souple. La finalité est d'intégrer, dans cette enveloppe, et grâce à l'instauration du forfait global, l'ensemble des prestations qui étaient jusque là réalisées par des "intervenants extérieurs".

La perspective ouverte par l'instauration d'un tel système est une meilleure identification des dépenses réalisées dans ce secteur y compris celles relevant de l'activité libérale. Cela revêt une importance particulière puisque face à la croissance continue des dépenses de ce secteur, il devient nécessaire d'élaborer des outils de contrôle des dépenses et d'allocation des ressources efficaces.

2-2. Les innovations en matière budgétaire et comptable.

Le décret n°99 317 du 26 avril 1999, redéfinit les règles budgétaires et comptables des établissements pour personnes âgées. Cela était devenu nécessaire du fait de l'inadéquation du cadre réglementaire issu des décrets de 1958, 1959 et 1961. Les rédacteurs se sont inspirés de dispositions plus modernes appliquées à certains types d'établissements sociaux et médico-sociaux (CHRS, CAT, IME, MAS) issues du décret du 24 mars 1988 ou aux établissements publics de santé et établissements privés participant au service public hospitalier issues du décret du 31 juillet 1992.

Ce texte tient compte de la grande diversité de statut des établissements intervenant dans le secteur des personnes âgées (public autonome, public sans personnalité morale, associatif, commercial) et prévoit des dispositions spécifiques permettant d'appliquer les objectifs de la réforme à toute catégorie d'établissements.

Le décret instaure deux modifications principales au fonctionnement budgétaire et comptable.

D'abord, il prévoit un allègement des approbations et des contrôles a priori. Les approbations compte par compte sont remplacées par la fixation, par chaque autorité tarifaire compétente, du montant global des dépenses et des recettes et des tarifs qui en découlent (articles 27 et 28). Le "tutelle" est donc moins prégnante puisqu'elle porte plus sur les grands équilibres budgétaires et l'adéquation des services rendus avec les ressources allouées que sur l'opportunité des dépenses engagées. Toutefois, le décret introduit le principe de l'innoposabilité des dépenses qui ne rentrent pas dans le périmètre des tarifs initialement prévu. Il est ainsi prévu que chaque établissement établisse, à la fin de l'exercice, un rapport exposant les mesures prises visant à assurer l'équilibre budgétaire et les raisons d'un éventuel déficit (article 39).

Ensuite, le décret prévoit un système d'affectation des résultats qui préserve l'étanchéité des trois sections tarifaire, principe de base de la réforme. Ainsi, chaque section dégage un résultat dont l'affectation, discutée avec l'autorité tarifaire compétente, est effectuée au sein de la même section. De cette manière, la section d'hébergement ne joue plus, comme actuellement, le rôle de variable d'ajustement.

2-3. Les innovations relatives à la promotion de la qualité.

2-3-1. Les travers du système d'allocation des ressources actuel.

Le mode de tarification actuel n'a pas seulement pour défaut de n'être pas suffisamment transparent. Il ne permet pas non plus d'établir un lien suffisamment clair et contraignant entre le montant des ressources allouées aux établissements et le type, l'intensité et la qualité des prestations réalisées. De ce fait, les autorités de contrôle sont dans l'incapacité de remplir leur fonction de manière satisfaisante. En effet, il devient difficile de réaliser une répartition des ressources fixées par la loi de financement de la sécurité sociale dans le sens d'une réduction des inégalités entre les établissements et d'une meilleure prise en charge des usagers. Ceci pour plusieurs raisons.

D'abord, et principalement, parce que les autorités de contrôle ne disposent pas d'outils d'évaluation et de comparaison des établissements suffisamment performants. Or ceux-ci sont indispensables pour réaliser une allocation de ressources objective et équitable. Il

est aujourd'hui difficile de déterminer le niveau de ressource réel rapporté aux prestations fournies. De même, aucun indicateur ne fournit d'informations fiables sur les "performances" et la "productivité" des établissements comme c'est pourtant le cas dans le secteur hospitalier.

Ensuite, parce que le principal critère de répartition des crédits est le statut de l'établissement. De ce fait, il est impossible de tenir compte de l'état des personnes accueillies alors même qu'il devient la variable déterminante dans le montant des dépenses engagées. Le paradoxe est donc que les établissements qui accueillent les personnes les plus dépendantes et qui font face à un fort besoin de médicalisation ne sont pas forcément ceux qui sont les mieux dotés ni ceux qui sont les mieux placés pour voir leurs ressources progresser le plus rapidement.

Enfin, parce que le secteur des personnes âgées n'est pas soumis à un système de référentiel de qualité qui permettrait d'unifier certaines pratiques notamment en matière d'organisation des espaces, de traitement de la dépendance ou encore de mise en réseau. Cette absence de normes suffisamment contraignantes est à l'origine de disparités fortes dans l'organisation des établissements et dans la prise en charge des usagers.

Les autorités de contrôle ne disposent donc que d'une faible marge de manœuvre pour réaliser leur mission de réduction des inégalités et de promotion de la qualité. Les réajustements se font le plus souvent à la marge et surtout, en l'absence de relations contractuelles avec les établissements, sans véritable logique à long terme.

2-3-2. Qualité et convention dans la réforme.

Pour atteindre les objectifs de modernisation fixés par la réforme, il était nécessaire d'une part de rendre plus contraignantes les normes en matière de qualité, d'autre part de modifier les relations entretenues entre les établissements et leurs financeurs. Pour ce faire, le décret du 26 avril 1999 et l'arrêté qui en découle ont fixé, comme préalable à l'entrée dans la réforme, la signature d'une convention quinquennale et tripartite. Celle-ci devient l'outil de référence dans la promotion de la qualité ainsi que le cadre de relations de nature contractuelle entre les trois signataires.

Pour répondre à une demande croissante de la part des usagers en matière de qualité et pour résorber les disparités fortes dans les méthodes et habitudes des différents

établissements, il était nécessaire de donner à certaines normes un caractère beaucoup plus contraignant. C'est ainsi une véritable démarche d'assurance qualité qui est engagée entre les partenaires et qui vise à garantir à toute personne âgée "les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins".

C'est l'objet du cahier des charges qui détermine, dans des domaines précis, un corpus de recommandations, qui devra obligatoirement figurer dans la convention et faire l'objet d'un engagement de l'établissement. Ces références de bonnes pratiques ne sont pas à proprement parler opposables mais doivent néanmoins constituer des objectifs affichés pour faire l'objet d'un engagement parallèle des financeurs. Elles interviennent dans l'ensemble des activités des établissements pour personnes âgées : qualité de vie des résidents, qualité des relations avec la famille, qualité des personnels, qualité des relations avec les partenaires extérieurs.

En créant une forme de contrat d'objectifs et de moyens appliqué au secteur des personnes âgées, le décret vient modifier profondément les relations qu'entretiennent les établissements et leurs financeurs. Désormais, celles-ci dépassent obligatoirement le cadre de la négociation budgétaire pour s'étendre au contenu de l'activité réalisée. Les discussions porteront désormais sur l'évaluation de l'établissement, son positionnement par rapport aux références de bonnes pratiques, les points particuliers qui devront être déclinés en priorité dans la convention, les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs.

★★★

La question des personnes âgées occupe, désormais, une place de choix dans l'agenda politique. Ceci sous l'effet conjugué des perspectives démographiques et financières souvent présentées sous un angle alarmiste et d'une demande forte d'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en institution. L'ensemble des acteurs concernés et en premier lieu les pouvoirs publics ont dû engager une réflexion globale sur l'avenir de la politique en direction des personnes âgées.

Institution de référence dans le dispositif de prise en charge des personnes âgées, les maisons de retraite sont partie prenante dans la recherche de nouvelles orientations. Ceci d'autant qu'elles s'interrogent, elles mêmes, sur leur vocation et sur la manière de répondre au mieux aux nouveaux besoins de la population accueillie. Ainsi, il était devenu indispensable de remédier aux archaïsmes constatés dans la gestion de ces institutions : créer les conditions d'une meilleure médicalisation des structures, établir de

véritables objectifs en matière de qualité, instaurer des règles d'allocations de ressources qui soient plus transparentes et qui tiennent compte de la dépendance...

C'est dans ce contexte particulier qu' a été élaborée la réforme de la tarification. Texte de modernisation et d'adaptation de la gestion des établissements accueillant des personnes dépendantes, la réforme se présente comme une première réponse aux dysfonctionnements constatés. Elle poursuit trois principaux objectifs :

- Elaborer une répartition plus claire de la charge financière
- Inscrire la qualité au cœur de la gestion des établissements
- Modifier les relations entre les partenaires concernés

Pour comprendre ce que va être le contenu du travail des DDASS dans la mise en œuvre de la réforme, il était indispensable de décrire le contexte dans lequel a été élaboré le texte, les questions de fond auxquelles il tente de donner réponse et les principaux axes de modernisation qu'elle préconise. A ce stade plusieurs hypothèses peuvent être formulées.

D'abord, le contexte d'élaboration de la réforme semble devoir influencer fortement sur la nature du travail de mise en œuvre sur le terrain. La DDASS devra composer avec un certain scepticisme des établissements et, par conséquent, engager une démarche qui dépasse le simple conseil technique.

Ensuite, il paraît que la réforme engendre des transformations suffisamment importantes dans la gestion des établissements pour que chaque acteur et, en premier lieu, la DDASS s'interroge non seulement sur son avenir propre dans le domaine mais aussi sur la nature des relations qu'elle doit entretenir avec les partenaires.

Enfin, nous pouvons penser que la réussite de la réforme passe également par une transformation des pratiques des autorités de contrôle elles mêmes. La modernisation de l'allocation des ressources nécessitera notamment que de nouveaux outils d'inspection et d'évaluation soient élaborés en interne.

★★★

2. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION VIENT MODIFIER LE RÔLE ET LES MÉTHODES DE TRAVAIL DE LA DDASS DANS LA GESTION DES EHPAD.

Croire que la réforme de la tarification n'aura de conséquence que pour les établissements concernés serait une erreur. Leur faire porter, seuls, l'essentiel de l'effort d'adaptation et de modernisation exigé par la réforme en serait une autre. En effet, les textes s'efforcent de consacrer une réforme globale de la gestion du secteur. Cela signifie que tous les acteurs et, en premier lieu les autorités chargées du contrôle et du financement, devront réfléchir à de nouveaux modes de fonctionnement plus adaptés aux réalités actuelles. Ce n'est d'ailleurs pas une opération facile que de s'efforcer de modifier ses propres pratiques alors même que l'on est placé dans la position de promoteur de la réforme. Cet effort paraît pourtant indispensable à plusieurs titres.

D'abord, parce que la réforme prévoit indirectement une modification de la position de la DDASS dans la gestion du secteur : elle est placée dans une situation de forte responsabilité dans la mise en œuvre de la réforme et va être engagée, à l'avenir, dans des relations de nature contractuelle avec les autres partenaires. Cela nécessitera une réflexion d'ordre stratégique. (1)

Ensuite, la réforme prévoit une plus grande rationalité dans les règles d'allocation des ressources. Les DDASS vont devoir développer de nouvelles compétences en matière d'évaluation et se doter d'outils plus performants pour intégrer les nouvelles exigences de qualité. (2)

1. LA DDASS ET SES PARTENAIRES : SE REPOSITIONNER

En transformant les règles de gestion des établissements pour personnes âgées, la réforme de la tarification oblige les différents partenaires à s'interroger sur leur mission et sur la place qu'ils devront respectivement occuper à l'avenir.

Placée en position de promoteur de la réforme, la DDASS doit, dès aujourd'hui, effectuer un travail qui dépasse le cadre traditionnel de contrôle et d'allocation des ressources.

(1-1)

De plus, en prévoyant la signature de convention tripartite sur le modèle de contrat d'objectifs et de moyens, le texte vient modifier en les renforçant les échanges

qu'entretiennent les partenaires au quotidien. La DDASS devra se préparer à s'inscrire dans ce nouveau réseau de relations contractuelles.(1-2)

1-1. La DDASS et la mise en œuvre de la réforme.

La DDASS occupe une place prépondérante dans l'application de la réforme et surtout dans son adaptation au contexte local. La réussite de la modernisation engagée dépendra, en grande partie, de sa capacité à mener des missions nouvelles et à développer des compétences spécifiques.

En effet, la réforme a fait l'objet, lors de sa rédaction et lors de sa publication, de vives critiques de la part de ceux qui en sont les principaux destinataires. Les chefs d'établissements restent aujourd'hui sceptiques à l'égard d'un texte qu'ils jugent trop complexe, trop défavorable à l'utilisateur et insuffisamment accompagné de mesures financières connexes. Certains attendent que leur soient données des précisions supplémentaires sur des points qu'ils jugent cruciaux : fréquence d'évaluation du girage, approfondissement des normes de qualité, définition du contenu des conventions...De ce fait, la plupart d'entre eux, retardent l'échéance de la signature de la convention qui induit l'entrée dans la réforme pour l'année budgétaire suivante.

La situation est d'autant plus problématique que chaque établissement développe sa propre stratégie compte tenu de son identité, de son statut de la population qu'il accueille de l'analyse qu'il fait de sa situation actuelle.

Nous sentons donc mieux la nature du travail auquel la DDASS va devoir se consacrer : développer une action de nature pédagogique pour sensibiliser l'ensemble des établissements au contenu des textes (1) ; tenter d'apprécier pour chaque établissement les conséquences de la réforme (2) ; élaborer un plan stratégique qui favorise l'entrée rapide des établissements dans la logique du conventionnement (3). Autant d'actions qui dépassent le cadre des missions traditionnellement menées. L'inspecteur de référence devra assurer successivement la casquette de diffuseur d'informations, de conseiller technique et de négociateur.

1-1-1. Informer

La particularité de cette réforme est de s'adresser à tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes quel que soit leur taille ou leur statut juridique. Or certains établissements n'ont eu, jusqu'à ce jour, que des contacts très ténus avec les services déconcentrés de l'Etat du fait de leur mode de fonctionnement. Il s'agit des établissements non médicalisés ou ne disposant pas de section de cure médicale. La distance est d'autant plus grande qu'il s'agit le plus souvent d'établissements privés à caractère commercial peu favorables au principe de la tutelle de l'Etat.

D'autres établissements ne se sentent pas directement concernés par la réforme et tardent à se soucier des conséquences éventuelles qu'elle aurait sur leur gestion (foyers-logements).

Enfin, d'autres établissements retardent l'échéance de l'entrée dans la réforme par manque d'informations précises sur certains points techniques qu'ils considèrent comme rédibitoire (fréquence des girage).

Il s'agit donc de réaliser un véritable plan de communication pour que les négociations qui doivent obligatoirement avoir lieu autour des conventions tripartites, s'engagent dans de bonnes conditions. Le but de cette opération est de s'assurer que tous les établissements disposent d'une information claire sur les modalités de mise en œuvre.

| Objectif | Cible concernée | Support |
|---|---|--|
| Informer tous les établissements du département de la parution des décrets et du lancement de la réforme. | Ensemble des établissements concernés par la réforme. | -Lettre. -Transmission des textes |
| -Vérifier l'état d'information des établissements. -Donner des précisions techniques sur le contenu de la réforme. | Ensemble des établissements concernés par la réforme. | Réunion générale d'information |
| -S'assurer d'être en contact avec tous les établissements. L'application de la réforme et les simulations ne pourront se faire si certains établissements restent en marge. | Etablissements non encore sensibilisés. | -Contacts téléphoniques. -Lettre d'information. |
| -Approfondir les échanges avec les établissements qui sont prioritaires pour rentrer dans la réforme. -S'accorder sur l'ensemble des points relatifs à la négociation des conventions. | -Etablissements de plus de 85 lits. -Etablissements volontaires. | - Contacts téléphoniques. - Réunions individuelles. |

1-1-2. S'informer et expliquer

Dans un deuxième temps, la DDASS aura un rôle de conseiller technique à jouer pour répondre aux questions précises portant sur les détails juridiques, budgétaires et sur le calendrier de mise en œuvre de la réforme. Ce travail dépasse la mission traditionnelle réalisée auprès des établissements. Il s'agira d'éclairer chaque structure sur les incidences sur la gestion des innovations de la réforme en fonction de sa situation particulière.

Il faudra être un intermédiaire entre la mission ad-hoc du ministère qui détermine au fur et à mesure les mesures techniques à envisager. Notamment en ce qui concerne les modalités budgétaires du passage à la tarification ternaire.

Des exercices de simulation devront être réalisés pour chaque établissement. Ils doivent permettre de mesurer l'impact financier de la réforme sur la section soins. Les résultats serviront à la fois à négocier l'enveloppe départementale liée à la montée en charge de la réforme et à orienter le contenu des conventions. Ces simulations ne seront pas forcément diffusées à l'extérieur mais doivent permettre d'orienter le conseil pour chaque établissement.

La simulation devra faire apparaître l'écart entre le budget soins "binaire" et le budget soins "ternaire" c'est à dire :

- l'effet des clés de répartition AS et AMP.
- le rapatriement des dépenses jusque là supportées par la section hébergement.
- dans le cadre du forfait global, l'ensemble des dépenses d'assurance maladie générées par l'activité des libéraux et qui ont vocation à être intégrées à la nouvelle enveloppe.
- les dotations aux amortissements et impact des résultats liés à la section soins.

Il s'agira également de renforcer la connaissance des établissements du département pour déterminer précisément la position à l'égard des critères de qualité envisagés. Cela nécessitera un renforcement de la fonction d'inspection.

1-1-3. Convaincre : définition d'une stratégie interne

Face aux nombreuses réticences des établissements, il semble à première vue difficile de développer un discours convaincant sur la nécessité de rentrer dans la réforme. Ceci d'autant que persistent de nombreuses inconnues en premier lieu celle des moyens financiers que le Parlement décidera de consacrer, chaque année, au secteur médico-social et plus particulièrement à la montée en charge de la réforme. Pourtant, la réussite de la réforme passe par la capacité de l'Etat à démontrer l'intérêt de cette modernisation et des services déconcentrés à le relayer auprès des établissements. Plusieurs arguments peuvent être avancés pour améliorer les termes de la négociation autour des conventions et pour inciter les établissements à s'engager dans la démarche. Ils permettront de répondre aux questions que se posent les chefs d'établissement et qui constituent autant de pierres d'achoppement.

Il s'agit avant tout de répondre à la critique de complexité qui a été la plus virulente depuis le lancement de la réforme et qui continue de rendre les discussions sur la mise en œuvre de la réforme difficiles. A défaut d'avoir établi un lien suffisamment évident entre les aspects techniques et les perspectives globales de la réforme, le passage à une tarification ternaire et surtout de l'instauration de 13 tarifs n'ont pas été bien accueillis. Il s'agit donc pour les autorités de contrôle de rétablir un lien plus évident entre tous les aspects de la réforme en évitant de la réduire à ses aspects purement techniques. Ceux-ci ne sont que des moyens permettant d'atteindre des objectifs plus larges et attrayants pour les établissements. Il est particulièrement nécessaire d'insister sur les points suivants :

- le passage à la tarification ternaire n'est pas source de complexité mais au contraire la mise en conformité de la structure budgétaire avec la réalité des activités réalisées. La nouvelle tarification reflète désormais la triple nature de la prise en charge gériatrique en institution. A ce titre, la création d'une section dépendance est l'inscription dans la réalité budgétaire d'un travail qui jusque là n'était pas reconnu en tant que tel et la reconnaissance des surcoûts engendrés par le traitement de la dépendance.

De plus, il constitue un préalable indispensable à un engagement plus conséquent de l'assurance-maladie, forte demande de la part des établissements. En effet, pour mesurer les dépenses réelles de la section soins, il était indispensable de les isoler des autres dépenses. Or la création de barrières étanches entre les sections doit être

favorable à une majorité d'établissements qui souffraient d'une sous-dotation en crédits d'assurance-maladie.

- la création de tarifs calqués sur l'état de dépendance de la personne répond également à une demande de la part des acteurs qui mettaient en cause les incohérences de l'allocation des ressources en fonction du statut juridique de l'établissement. Ce système doit à terme, atténuer les inégalités entre les établissements chacun recevant des financements plus directement liés à l'état de la population accueillie et entre les usagers qui participeront à hauteur des prestations qui leur sont fournies.

Pour convaincre les structures du bien fondé de ce système il faudra répondre à quelques problèmes d'ordre techniques dont certains font obstacle à l'entrée dans la réforme. Le principal point d'inquiétude est la fréquence de la révision de l'état de dépendance des personnes accueillies. Les établissements craignent que le système de l'évaluation annuelle ne soit source d'instabilité budgétaire. Il semble pourtant que le taux de renouvellement soit suffisamment important pour que le GMP soit globalement stable au cours de l'année.

Face aux critiques sur le manque de moyens financiers destinés à assurer la montée en charge de la réforme, la DDASS devra tenir un discours clair notamment lors des négociations sur les conventions tripartites. C'est sur ce point que sa position est en effet la plus délicate puisqu'il faudra concilier les exigences du contrat pluriannuel avec le principe d'annualité budgétaire.

Pour que les établissements décident de signer la convention, il faudra que les perspectives d'amélioration de la qualité soient suffisamment attrayantes. A ce titre, les autorités de contrôle devront insister sur le caractère progressif du financement des objectifs de la convention. D'autre part, les conventions devront dégager des priorités retenues en fonction d'une évaluation de l'établissement eu égard aux critères de bonne pratique. Il s'agira de définir les domaines –précis et circonscrits- dans lesquels l'établissement devrait faire porter son effort.

La nature des relations entre la DDASS, organisme de contrôle, avec les établissements est sur la voie du changement du fait des exigences particulières nées de la mise en œuvre de la réforme. Les rapports se modifient dans le sens d'une plus grande coopération. Les premières réunions d'information avec l'ensemble des établissements l'ont montré : la phase abordée doit à la fois resserrer la confiance parfois ténue entre les deux institutions. La condition est que la DDASS se montre efficace dans des actions spécifiques qu'elle n'a pas eu à mener jusque là dans le domaine considéré.

De même, la réussite de la réforme repose sur la capacité des partenaires à se coordonner et à créer les conditions d'une négociation fructueuse. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les relations qu'entretiennent les autorités de contrôle entre elles. La réforme vient modifier la nature des liens non seulement au cours de la mise en œuvre de sa mise en œuvre mais également à long terme.

1-2. Les nouvelles relations avec le Conseil Général.

1-2-1. Dans l'application de la réforme.

"L'une des conditions essentielles de la réussite de cette réforme réside dans les capacités des deux autorités concernées à se coordonner étroitement (...) pour conduire les opérations sur la base d'objectifs définis en commun et en utilisant des modes d'organisation transparents et connus des établissements concernés".¹² Si la mission Marthe insiste à ce point sur la nécessité, pour les deux autorités de contrôle, de travailler de concert pour la mise en œuvre de la réforme c'est qu'elle est consciente que la démarche ne va pas de soi et qu'elle exige d'instaurer de nouvelles habitudes. La période de mise en œuvre de la réforme exige que de nouvelles méthodes de concertation soient instaurées à plusieurs niveaux :

1-2-1-1. Reserrement de la concertation sur le diagnostic départemental et la situation des établissements.

Même si la finalité de la réforme est d'initier un effort de médicalisation qui engagera principalement l'assurance-maladie, certaines dispositions des textes rendent quasiment obligatoire un accord entre les deux autorités. D'abord, il paraît indispensable que, avant de débiter la négociation tripartite, elles s'accordent sur la situation de l'établissement : sa position à l'égard des nouvelles normes de qualité ; sa situation budgétaire compte tenu des nouvelles règles de tarification ; sa position à l'égard des ratios départementaux et régionaux ; les besoins objectifs de l'établissement à couvrir sur cinq ans.

¹² Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n°99 578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

Cela nécessitera que soient menées des visites-diagnostic conjointes dans chacun des établissements en définissant un ordre de priorité (établissements de plus de 85 lits, établissements volontaires).

Ensuite, chacune des sections "soins", "hébergement", "dépendance" ayant une incidence financière directe sur les autres, il est indispensable que les financeurs s'accordent non seulement sur des procédures de coordination mais également sur les grandes lignes de la politique départementale. Ceci est particulièrement important en matière de personnel puisque certaines catégories émargent à deux sections (aides soignants). Ainsi, il sera nécessaire de s'accorder, a priori, sur les besoins en personnel de chaque établissement et sur son plan de développement sur 5 ans et a posteriori, sur les moyens de rendre les créations de postes acceptables par les deux parties.

1-2-1-2. Accord sur le contenu des conventions.

Les conventions revêtant une importance particulière sur les engagements respectifs des financeurs, il est indispensable qu'ils s'accordent à la fois sur la forme et sur le fond des documents. Cette démarche est nouvelle dans ce secteur et exige qu'une méthodologie précise soit réfléchi. La circulaire du 14 octobre 1999 prévoit la mise en place de comité de pilotage dont la fonction n'est pas précisément définie mais qui devrait être l'institution chargée de la concertation sur l'ensemble des points soulevés par la réforme:

Définition d'une convention-type.

Ceci afin de créer des conditions d'une négociation équitable avec chaque établissement. La convention est, selon l'arrêté du 26 avril 1999, principalement fondée sur le cahier des charges relatifs à la qualité. Toutefois il s'agit de s'accorder sur les objectifs mêmes de la convention. En effet, le risque est que, faute d'une définition précise de la finalité des conventions, celles-ci deviennent des documents trop lâches pour constituer un véritable contrat d'objectifs et de moyens. A l'opposé, il faudra se garder de déterminer des objectifs trop ambitieux (par exemple exiger le respect de l'ensemble du cahier des charges sur 5 ans) pour ne pas vider les documents de leur sens. Ceux-ci ne sont qu'incitatifs et doivent reposer sur une véritable concertation entre les trois parties. La réflexion pourra s'engager autour de trois axes.

-La signature de conventions est une réelle occasion de dresser un diagnostic complet de chaque établissement qui doit figurer dans la convention comme référence et situation de départ.

- A partir du constat initial et en fonction des projets d'établissements, pourront être définis un certain nombre d'objectifs –limités et hiérarchisés- à poursuivre sur la durée de cinq ans.

- En dernier lieu, les financeurs devront s'engager sur les moyens qu'ils souhaitent engager pour soutenir la démarche de l'établissement compte tenu du principe d'annualité budgétaire auquel ils sont soumis.

Ces points dits "stratégiques" pourraient être à l'ordre du jour des premières réunions du comité de pilotage.

Définition d'un programme de visites en fonction des priorités.

Le comité de pilotage pourrait également définir une liste d'établissements prioritaires qui ont vocation à rentrer les premiers dans la réforme. Il s'agit bien sûr des établissements de plus de 85 places sur lesquels il est nécessaire de réfléchir dès à présent qu'ils le veulent ou non mais également de ceux qui se sont portés volontaires. Pour ces deux catégories d'établissements, un calendrier de visites conjointes pourraient être élaboré afin de définir au plus vite un diagnostic de base pour la discussion autour de la convention. Là encore, la démarche est nouvelle puisque ces visites conjointes sont relativement rares ou limitées aux cas d'urgence (plaintes, fermeture...). Au préalable, il s'agira de s'accorder sur une grille de visite pointant l'ensemble des critères relatifs à la structure, à la population accueillie, aux moyens existants, à la qualité en général.

Validation des diagnostics des établissements.

Le comité de pilotage pourrait également être chargé de valider les comptes-rendus de visites et de les transformer en diagnostic à intégrer à la convention. Cette opération permettrait de constituer une base de discussion commune et officielle pour la définition des objectifs quinquennaux de la convention.

Définition des priorités pour chaque établissement.

Sans anticiper sur les projets propres à l'établissement, il serait également nécessaire que les parties s'accordent sur quelques priorités qui, suite au diagnostic, devraient paraître le plus souvent évidentes.

1-2-2. Dans la gestion courante des établissements.

Les nouvelles règles de gestion nécessitent que, sur certains points, les deux autorités de contrôle entretiennent un dialogue permanent qui n'était pas obligatoire jusque là. En effet, la réforme de la tarification instaure un financement croisé dans lequel la décision d'un des financeurs a des conséquences directes sur le niveau d'engagement de l'autre. Ainsi toutes les dépenses qui émargent à la fois à la section soins et à la section dépendance devront faire l'objet d'une concertation étroite et d'avis réciproques lors de modifications. Ainsi, la création de postes d'aides soignantes devra être soumise à l'approbation des deux partenaires. Cela nécessite que, dès maintenant, on réfléchisse à des procédures de concertation sur le sujet. Il s'agit, d'une part de s'accorder, dans le cadre de la convention, sur l'évolution des effectifs de personnel à moyen terme de manière à éviter les blocages en cours d'exercice et le retour à des modes de financement parallèles qui viendraient remettre en cause la logique de séparation des sections, d'autre part de prévoir, dès à présent, le règlement des éventuels conflits qui pourraient survenir sur le sujet.

La réforme de la tarification vient donc modifier profondément le positionnement de la DDASS dans l'exercice de sa mission de contrôle et de tarification des établissements pour personnes âgées. Promoteur de la réforme, elle est placée dans une position inédite qui l'oblige à faire œuvre de pédagogie auprès de structures qui restent, bien souvent, sceptiques à l'égard d'un texte qu'elles jugent trop complexe à appliquer. Le service compétent se doit donc d'imaginer une stratégie qui mêle un travail de prospection, une mission d'expertise technique et d'explication et surtout un plan de communication susceptible d'amener les établissements à entrer dans la réforme.

La réforme prévoit également de nouveaux types de relations entre les autorités de contrôle et de tarification. La modernisation de la gestion du secteur exige que ces deux institutions nouent des relations beaucoup plus étroites qu'à l'accoutumée. Il ne s'agit plus désormais d'une gestion parallèle de domaines de compétence déterminés mais presque de compétences partagées : chacun doit permettre que la qualité se développe de façon harmonieuse dans les trois types d'activité désormais reconnus : hébergement, dépendance, soins. Les trois parties sont engagées dans des relations contractuelles qui exigent qu'une concordance de vue minimale soit trouvée sur le diagnostic, les besoins et les objectifs à atteindre pour chaque établissement.

Nous pouvons donc conclure que les textes du 26 avril ont modifié la place de la DDASS dans la gestion du secteur en lui donnant un rôle central dans la réussite de la réforme et en l'obligeant à resserrer les liens avec les autres acteurs.

Cela nécessite, évidemment, qu'en interne, de nouveaux modes de fonctionnement soient également réfléchis.

★★★

2. LA DDASS ET SES PRATIQUES : SE MODERNISER.

2-1. De nouveaux outils...

Parmi les nombreux textes de réforme, les éléments sur l'évaluation des établissements ne semblent pas être ceux qui aient retenus le plus l'attention des différents acteurs. Pourtant, certaines dispositions introduisent discrètement des outils de comparaison des établissements, présentés comme des moyens de suivi de la réforme, mais dont l'utilité pourrait dépasser largement ce simple cadre. Inspirés des outils, désormais officiels, de la planification hospitalière, ils pourraient devenir les principaux indicateurs de l'allocation des ressources et, par conséquent, venir modifier profondément les logiques de gestion des établissements pour personnes âgées.

D'ailleurs, les objectifs de rationalisation des procédures d'allocation de ressources et de promotion de la qualité ne pourront être atteints que si des instruments fiables d'évaluation et de suivi sont instaurés. Même si une certaine unité doit être préservée dans cette opération de contrôle, l'élaboration de tels indicateurs ne relève pas forcément de l'administration centrale. Une réflexion pourrait être menée à l'échelle régionale afin d'homogénéiser le contenu des documents mais le maniement des indicateurs et leur adaptation au contexte local relève exclusivement des DDASS.

2-1-1. Le point GIR : point ISA des maison de retraite ?

"Le montant des charges nettes afférentes à la dépendance (...) divisé par le nombre de points d'un établissement par GIR, constitue la valeur nette de son point GIR dépendance".

"Le montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques (...), divisé par le nombre de points d'un établissement dans ces groupes, constitue la valeur nette de son point GIR aides-soigantes/aides médico-psychologiques".

Ces deux alinéas de l'article 14 du décret du 26 avril 1999¹³, tentent, pour la première fois, d'établir un mode de calcul du "prix" des établissements. Même si leur mode de calcul paraît, à première vue, basique et quelque peu réducteur – il n'est, pas exclu qu'ils soient pondérés par des données qui incluent les types de pathologies traitées et l'effort de prévention réalisé -, ils doivent néanmoins donner une indication claire sur les grands écarts entre établissements et permettre de les situer par rapport aux moyennes régionales et départementales.

Les textes en font, en tout cas, des outils de comparaison et de répartition des ressources au niveau départemental : "Afin de comparer les niveaux de prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le préfet calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif aux AS et AMP".¹⁴ Les textes vont même jusqu'à dépasser le simple caractère indicatif pour créer des obligations aux établissements à l'égard de ces ratios : "A la demande de l'autorité tarifaire compétente, lorsque la valeur nette des points proposée par l'établissement, est supérieure à la valeur nette moyenne départementale constatée, l'établissement expose les raisons, en dehors de celles liées à l'augmentation des prix et des salaires, qui expliquent et justifient cet écart et, le cas échéant, les mesures qu'il programme afin de mettre en adéquation ses charges, ses produits et l'état de dépendance des personnes accueillies".¹⁵

Qu'ils le veuillent ou non les établissements entrent donc dans une véritable logique de planification qui n'existait pas vraiment jusque là et qui va les inciter à observer leurs propres performances et à agir sur elles. Une nouvelle fois, la réussite de cette réforme est entre les mains des autorités de tutelle qui devront apprendre à utiliser les nouveaux

¹³ Décret n°99 316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

¹⁴ Décret n°99 316 du 26 avril 1999 article 17.

instruments avec logique et rationalité. Ils ne devront constituer que des compléments aux autres éléments de connaissance des établissements : inspection, étude des efforts de qualité réalisés et leur impact sur le prix, spécificités de l'établissement.

2-1-2. L'élaboration de tableaux de bord.

Pour que la formule du point GIR prenne tout son sens, il faut qu'elle soit complétée par des indicateurs permettant de rendre plus nette la photographie des établissements. Une démarche de comparaison destinée à servir de base à une allocation rationnelle des ressources doit intégrer l'ensemble des indicateurs concernant l'activité des structures. Les DDASS devront donc se doter de tableaux de bord fiables à la fois simple et précis qui rendront leur choix plus éclairés et permettront de suivre l'évolution des caractéristiques et des "performances" de chaque établissement.

Le logiciel qui accompagne la réforme propose quelques indicateurs qui n'ont d'autre finalité que de mesurer l'état d'avancement de l'application de la tarification ternaire et ses conséquences. Les services devront réfléchir plus avant en adaptant ces données aux réalités de terrain, d'autant que la qualité devient aujourd'hui un objectif à part entière qu'il est nécessaire de mesurer.

¹⁵ Décret n°99 316 du 26 avril 1999. Article 18

Indicateurs d'activité

| Indicateurs | Intérêt de l'indicateur |
|-------------------------------------|--|
| Nombre de résidents | / |
| Age moyen des résidents | <ul style="list-style-type: none"> - Permet de situer l'établissement par rapport à la moyenne départementale. - Pour tirer des conclusions par à partir de cet indicateur, il est nécessaire de disposer des chiffres sur plusieurs années. |
| Durée moyenne de séjour | Idem |
| Nouvelles admissions | <ul style="list-style-type: none"> - Pour tirer des conclusions à partir de cet indicateur, il est nécessaire de connaître le degré de dépendance des personnes accueillies. Ceci pour savoir quelle est la population accueillie (comparaison sur plusieurs années) et éventuellement suivre l'évolution de sa dépendance. |
| Taux annuel de nouvelles admissions | <ul style="list-style-type: none"> - Permet d'expliquer les éventuels écarts de GMP d'une année sur l'autre. Les personnes entrant dans l'institution sont le plus souvent moins dépendantes que celles qui la quittent. -S'il est important, il permet de relativiser l'impact budgétaire de l'augmentation de la dépendance des résidents, argument souvent utilisé pour expliquer une sous dotation ou un éventuel déficit. |
| Répartition des résidents par GIR | <ul style="list-style-type: none"> - Indispensable pour calculer le GMP - Permet également d'établir l'évolution de l'état de la population accueillie sur plusieurs années. - En comparant avec les autres établissements, on peut déceler une éventuelle "spécialisation", certaines structures ayant tendance à accueillir des personnes peu dépendantes. - En étudiant les chiffres sur plusieurs années, permet de mesurer l'impact de l'effort de prévention de la dépendance réalisé. Le but est de limiter au maximum le nombre de personnes très dépendantes (GIR1et GIR2). |
| GIR moyen pondéré | <ul style="list-style-type: none"> - Element clé de la comparaison entre établissements. - Permet de mieux apprécier les niveaux de dotations au regard de la population accueillie. - Permet de situer l'établissement par rapport à la moyenne départementale. |

Indicateurs de personnel

| | |
|--|---|
| Encadrement soins | / |
| Ratios d'encadrement | <ul style="list-style-type: none">- Permet de mesurer la dotation en personnel soignant de l'établissement et de la comparer aux ratios départementaux.- Cet indicateur est une base de négociation de la convention tripartite. Les deux parties peuvent s'engager à mettre en conformité les ratios avec les chiffres préconisés par le CROSS. |
| Pourcentage des postes à temps partiel | <ul style="list-style-type: none">- Permet également de comparer aux moyennes départementales.- Donne une bonne indication de l'organisation du travail au sein de l'établissement. |
| Ancienneté moyenne | <ul style="list-style-type: none">- Permet d'expliquer les éventuels surcoûts liés aux rémunérations du personnel. |
| Coût poste | <ul style="list-style-type: none">- Permet de mesurer le prix d'un poste et de le comparer. Il est nécessaire de le pondérer par différents facteurs (ancienneté...) |
| Coût place | <ul style="list-style-type: none">- Permet d'évaluer les dépenses de personnel engagées par place. |

2-2 ... Pour de nouvelles missions.

Même si la réforme a été, le plus souvent réduite, à ses aspects techniques, certaines dispositions engagent une réflexion plus large sur l'avenir de la gestion du secteur des personnes âgées voire du domaine médico-social. La réforme peut être comprise comme une première étape sur la voie d'une transformation complète des logiques de planification, d'allocation des ressources et d'évaluation. Qu'on le veuille ou non, les réformes récentes appliquées au secteur hospitalier semblent être prises pour modèle et risquent d'influer fortement sur l'organisation future de la politique en direction des personnes âgées. Les outils que la réforme du 26 avril 1999 a mis à la disposition des acteurs et notamment des autorités de contrôle sont destinés à leur donner les moyens de mener leur mission dans un cadre modifié.

2-2-1. La DDASS au cœur de la planification des équipements pour personnes âgées.

La réforme du 26 avril 1999 installe toutes les conditions d'une véritable planification des moyens financiers et structurels à destination de la prise en charge des personnes âgées en institution.

Elle renforce le régime des autorisations.

En rendant obligatoire la signature d'une convention et l'entrée dans la réforme pour obtenir le droit d'accueillir des personnes âgées dépendantes, elle donne la possibilité de répertorier l'ensemble des structures concernées et à les soumettre à la même logique contractuelle et de contrôle. Sur ce point elle rejoint les récentes réformes hospitalières qui ont eu pour souci de soumettre les établissements privés et publics aux mêmes règles de planification. Les moyens d'une planification ne tenant pas compte du statut juridique de l'établissement mais de la population accueillie, sont mis en place.

Par conséquent les pouvoirs des autorités de contrôle s'étendent à des établissements qui, jusqu'à présent, fonctionnaient dans une logique exclusivement libérale sans être soumis à aucune contrainte. Pourtant certains départements et le Val de Marne est de ceux-là, ont un tissu de petits établissements privés très dense et qui gravitent assez loin des autorités de contrôle. Le rôle de la DDASS pourrait être renforcé et son action de planification plus efficace si la totalité des établissements acceptent de rentrer dans la nouvelle logique de conventionnement.

La réforme de la tarification porte deux logiques parallèles et complémentaires.

D'une part, l'Etat s'engage à mettre à niveau l'effort de l'assurance-maladie dans le secteur des personnes âgées. Des moyens financiers devront ainsi soutenir le mouvement de médicalisation et la promotion de la qualité, les deux objectifs de fond de la réforme. D'autre part, tout est prévu pour que ces masses financières soient distribuées de manière rationnelle selon des procédures qui poursuivent les logiques d'équité et de réduction des inégalités interrégionales mais aussi interdépartementales et inter établissements.

Il ne s'agit plus de distribuer des moyens financiers autour de références forfaitaires parfois arbitraires mais plutôt de s'efforcer, à partir d'une distribution fondée sur des critères objectifs d'activité et de performance, de dégager des marges de manœuvres pour les établissements qui en ont le plus besoin.

En mettant fin à une allocation de crédits liée au statut juridique de l'établissement, en instaurant un système proche de l'enveloppe globale, la réforme engage cette modernisation.

Les autorités de contrôle vont donc devoir réaliser ces missions, qui sans être inédites viennent renforcer leur rôle et leur responsabilité.

Sur ce point également le rôle de la DDASS doit être renforcé par une consolidation des critères qui fondent non seulement la répartition des crédits aux établissements mais également les objectifs à moyen terme fixés en commun. Même si la logique de schéma n'a pas encore pénétré le champ, la DDASS peut faire prévaloir des logiques supérieures à l'établissement dès lors qu'elle peut les justifier par des indicateurs fiables. En rendant ses choix plus rationnels et mieux fondés, elle peut récupérer une autorité qu'il lui était difficile de défendre dans un système qui manquait de référentiels précis et où le poids des acquis et de l'histoire occupait une place conséquente.

Les perspectives de la planification.

Si l'on s'accorde pour considérer la réforme comme une première étape sur la voie de la planification, il est légitime de s'interroger sur les éventuels apports des réformes futures et notamment de la loi de 1975. On peut en effet imaginer que le mouvement actuel sera poursuivi voire amplifié avec la création de schémas de planification des équipements qui soient davantage contraignants et plus fédérateurs que ceux facultatifs en vigueur aujourd'hui. Les conventions intégreraient alors une dimension interétablissements qui obligerait chaque structure à prendre davantage en considération son environnement (rapport avec les autres établissements, évolution du tissu démographique...)

2-2-2. La DDASS et la promotion de la qualité.

Longtemps la prise en charge des personnes âgées était considérée comme une activité d'essence subjective qui ne pouvait pas être soumise à des références ou à des évaluations. Comment, en effet, mesurer l'effort réalisé pour préserver l'autonomie ?

Comment évaluer les prestations liées à la dépendance alors que beaucoup relèvent de l'affectif ? Autant de questions qui semblaient incongrues et qui ont trouvé aujourd'hui des réponses au gré des recherches de plus en plus nombreuses et précises sur le sujet. La réforme de la tarification prend acte de ces progrès et crée les conditions d'une réelle évaluation des pratiques. Elle place cet objectif au cœur des relations contractuelles entre les différents acteurs du terrain et en fait également un critère de planification.

Dans ce domaine également, les services vont devoir réaliser de nouvelles missions afin de donner corps aux conventions signées sur cette base et de contrôler leur avancement. Le travail ne pourra être réalisé que dans le cadre d'une étroite collaboration entre IASS et MISP et entre les partenaires compétents sur des domaines de plus en plus interdépendants.

★★★

CONCLUSION

Dans l'application de la réforme de la tarification, la DDASS n'est donc pas simplement placée en position d'interface entre l'administration centrale et les établissements. Certes, elle est chargée de faire appliquer, à l'échelle locale, des textes qui concernent en grande partie les règles de gestion interne des établissements. Cette mission exige, d'ailleurs, que soit déployée une énergie importante en persuasion, en prospection, en simulation. Souvent des outils inédits doivent être utilisés et des habitudes nouvelles prises.

Toutefois, le cœur du problème se situe surtout à une échelle supérieure. En effet, en même temps qu'elle joue le rôle de maître d'ouvrage, les DDASS se doivent de réfléchir aux conséquences que la réforme peut engendrer sur elle même.

En tentant de donner réponse aux archaïsmes constatés dans la gestion des EHPAD, la réforme vient transformer en profondeur le travail de tous les acteurs concernés et, en premier lieu, des services de contrôle. Porteur du discours de modernisation, les services de contrôle se doivent de se l'appliquer à eux mêmes en réfléchissant à plusieurs points précis et ciblés :

- Utiliser des outils nouveaux et performants.
- Tisser des relations nouvelles avec les partenaires.
- Savoir assurer une gestion à plus long terme qui se rapproche de la logique de planification.
- Anticiper les prochains changements dont on peut, sans grande chance de se tromper, prévoir le contenu.

L'étude de la mise en place de la réforme et de sa réussite donneront donc une bonne appréciation de la capacité des DDASS à diffuser le changement mais également à réformer ses propres pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

Textes juridiques

- Loi du 24 janvier 1997 portant création de la Prestation Spécifique Dépendance

- Décret n°99 316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n°99 317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

- Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale.
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 230 juin 1975.
- Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire.

- Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n°99 578 du 14 octobre 1999 relative aux principales dispositions à prendre au titre de la campagne budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.
- Circulaire "Franceschi" n°82 13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées.

Documents internes à l'administration

- "Les principales interrogations suscitées par la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : les réponses à dix questions de fond" Direction de l'Action Sociale. Mars 1999-12-20
- "La réforme de la tarification des EHPAD" Document de présentation. Direction de l'Action Sociale. Février 1999

Revues

- Actualités sociales hebdomadaires n° 2021, 2079 2114, 2117

Articles

- Anne-Marie Guillemard "La dynamique sociale de la vieillesse en France" in Gérontologie et Société. Cahier n°41. 1987
- Bernard Meynadier. "Les pouvoirs publics et les personnes âgées dépendantes" in Réadaptation n°440 mai 1997.
- Alain Villez. "La situation des personnes âgées devenues dépendantes, aspects législatifs et juridiques" in Réadaptation n°440 mai 1997

Rapports

- "Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie" Paulette Guinchard-Kunstler. Rapport au Premier Ministre. Septembre 1999.
- "La politique pour les personnes âgées en Ile de France" Rapport de l'Union hospitalière de la région Ile de France. Juin 1999

Autres documents

- Le livre noir de la PSD présenté par le Centre National de Recherche sur les Personnes Agées et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements. Juin1998. Paris