

E.N.S.P

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

**ATTENTES ET INQUIETUDES DES ETABLISSEMENTS
HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES FACE
A LA REFORME DE LA TARIFICATION:
L'EXEMPLE DE L'ORNE**

NAULET Gérald

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	4
<u>1 LA RÉFORME DE LA TARIFICATION : UNE RÉFORME DE TRANSPARENCE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES</u>	9
<u>1.1 UNE CLARIFICATION DU SYSTÈME...</u>	10
<i>1.1.1 Une plus grande transparence des coûts qui aboutit à une clarté des financements</i>	10
1.1.1.1 Le système actuel faisait l'objet de vives critiques	10
1.1.1.2 Une réorganisation transparente adaptée aux besoins	13
<i>1.1.2 La rénovation du régime budgétaire et comptable des établissements</i>	16
1.1.2.1 Une réglementation désuète	16
1.1.2.2 La nouvelle procédure budgétaire et comptable	17
<u>1.2 ... ASSOCIÉE À UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES.</u>	19
<i>1.2.1 La contractualisation</i>	19
<i>1.2.2 L'engagement de l'établissement dans une démarche qualité</i>	22

<u>2</u>	<u>UNE RÉFORME JUGÉE COMPLEXE ET INQUIÉTANTE DONT LE SUCCÈS DÉPENDRA DES MOYENS MIS EN ŒUVRE</u>	26
<u>2.1</u>	<u>UNE RÉFORME JUGÉE COMPLEXE ET INQUIÉTANTE...</u>	27
2.1.1	<i>Les inquiétudes des gestionnaires d'établissement</i>	27
2.1.1.1	Des « angoisses budgétaires »	27
2.1.1.2	La démarche qualité, zone d'ombre	30
2.1.1.3	La contractualisation, un leurre ?	31
2.1.2	<i>L'usager oublié</i>	32
2.1.2.1	Un manque d'information et de lisibilité évident	32
2.1.2.2	Une remise en cause de la loi du 6 juillet 1990 ?	33
2.1.2.3	Le problème du contentieux	34
<u>2.2</u>	<u>... DONT LE SUCCÈS DÉPENDRA DES MOYENS MIS EN ŒUVRE.</u>	35
2.2.1	<i>Une réforme ne pouvant se faire à coût constant</i>	36
2.2.1.1	Les raisons	36
2.2.1.2	Les modalités d'application	37
2.2.2	<i>Des conclusions peu favorables aux usagers</i>	38
2.2.3	<i>Une réforme qui appelle une autre réforme</i>	42
	<u>CONCLUSION</u>	43
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	45
	<u>ANNEXE</u>	48

INTRODUCTION

Les Français vivent de plus en plus longtemps. Et ce n'est pas fini puisque les démographes nous assurent que tous les quatre ans, nous gagnons une année d'espérance de vie. L'avancée en âge est une victoire sur la mort mais celle-ci n'a de sens que si elle est associée à un gain de santé. On se réjouit tous à la seule idée de vivre plus longtemps mais on s'inquiète également de son propre état de santé et de sa faculté à assumer cette nouvelle situation. L'émergence de nouvelles conditions et pathologies comme la maladie d'Alzheimer a permis une véritable prise de conscience de ces situations mais a également modifié notre perception de la vieillesse. L'apparition d'une cinquième génération dans les familles s'est accompagnée d'une cassure de la vieillesse en deux catégories bien distinctes : l'« ancienne » vieillesse (60-70 ans) très souvent en bonne santé et la grande vieillesse (80-100 ans) qui, malgré les progrès médicaux, laisse apparaître des signes de dépendance.

Celle-ci n'est bien évidemment pas un phénomène nouveau mais l'allongement de la vie risque fort bien de l'accentuer. Nous ne donnerons pas de statistiques sur l'estimation de la dépendance en 2015 ou 2020 parce que, souvent, ces chiffres sont exagérés et qu'ils ne tiennent pas compte de l'effort que nous pouvons réaliser, dès à présent, en matière de prévention. De même, il convient de rester prudent à l'évocation de la dépendance et se garder de généralités souvent trompeuses. Ce n'est pas parce qu'on est vieux et dépendant que rien n'est possible. Si malheureusement, il est souvent difficile de récupérer la situation antérieure, encore faut-il veiller à la qualité de vie des personnes dépendantes.

Pourtant, cette réflexion autour de la dépendance et de la prise en charge des personnes âgées a souvent été éludée et il faut reconnaître qu'on a presque toujours assimilé la dépendance soit à un handicap (à travers l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne) soit à une maladie chronique (prise en charge des soins de nursing par les services de soins infirmiers à domicile). Ce n'est que dans les années 80 que l'on a pris peu à peu conscience de ce phénomène et il faudra attendre la loi du 24 janvier 1997 « tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'instauration d'une Prestation Spécifique Dépendance (PSD) »

pour apporter une première réponse. Cependant, cette loi a entraîné des distorsions considérables dans les modalités de prise en charge financière par les départements et tous les espoirs se sont reportés sur la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, objet du présent mémoire.

Toutefois, avant d'aller plus loin, il convient de préciser deux points :

- la réforme de la tarification ne concerne qu'une partie minoritaire des personnes âgées puisque, comme son intitulé l'indique, elle ne se destine qu'aux personnes résidant en établissement (maisons de retraite, unités de soins de longue durée, ou assimilés). Or, nous savons qu'à peine 15 % des personnes de plus de 80 ans vivent en établissement et en conséquence, cette réforme ne dispense pas d'une réflexion plus générale autour de la dépendance. D'ailleurs, on ne peut pas la qualifier comme certains ont pu le dire de « réforme de la dépendance » puisqu'on peut très bien être valide et se voir opposer un tarif dépendance si on réside en maison de retraite, ou, au contraire, ne pas être concerné par les nouveaux décrets si on a fait le choix de rester à domicile malgré sa dépendance.
- d'autre part, la réforme de la tarification ne modifie en rien la loi instaurant la PSD. Elle n'est qu'une pièce du puzzle de la dépendance, si tant est qu'il y en ait un.

Néanmoins, cette réforme mérite que l'on s'y attarde non seulement en raison du vieillissement de la population qui risque de venir grossir les effectifs des maisons de retraite mais aussi parce qu'elle reflète assez bien une nouvelle approche des politiques sociales. Des mots comme « évaluation » ou « contractualisation » vont entrer dans le langage courant des établissements et il faut saluer les auteurs de la réforme d'avoir fait de la qualité un de leurs objectifs majeurs.

Ceux-ci sont partis du constat suivant : les personnes âgées entrent aujourd'hui de plus en plus tard et de plus en plus dépendantes en institution¹. La tarification actuelle, souvent critiquée, était alors jugée inadaptée parce qu'elle n'intégrait pas ou peu la composante « dépendance ». Certes, quelques établissements pratiquent aujourd'hui des tarifs « valide » ou « semi-valide » mais cette tarification est encore trop schématique et ne tient

¹ L'âge moyen d'entrée est de 85 ans et la durée moyenne de séjour est de 2 ans et 4 mois.

pas assez compte du degré de dépendance. Les pouvoirs publics ont donc décidé d'isoler la dépendance mais n'ont pas voulu, à l'instar de l'Allemagne ou du Luxembourg, instaurer un cinquième risque et intégrer en conséquence la dépendance dans le dispositif de protection sociale. En gestation depuis 1994 et annoncés par la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD, les décrets ont été publiés au Journal Officiel du 27 avril 1999.

Le principe de la réforme en lui-même est simple. A la répartition binaire actuelle, se substituent désormais trois groupes budgétaires : l'hébergement, la dépendance et les soins. L'hébergement et la dépendance seront à la charge du résident, éventuellement « solvabilisé » par l'aide sociale ou la PSD tandis que les soins restent à la charge de l'assurance maladie. Cette réforme s'appuie sur des conventions tripartites signées entre l'établissement, le Conseil Général et l'Etat qui comprennent non seulement les conditions financières de fonctionnement de l'établissement mais également une dimension qualitative de la prise en charge.

Cependant, bien qu'annoncée depuis longtemps, cette réforme reste méconnue, sans doute en raison de sa jeune existence, et très souvent, les établissements ont peu de réponses à leurs interrogations. S'il y a eu beaucoup de littérature sur les causes de la réforme et si tous les avis convergeaient vers sa nécessité, très peu d'informations circulent en revanche sur ses modalités d'application. Les établissements demeurent dans l'expectative et dans un contexte propice aux doutes (réduction du temps de travail, passage à l'an 2000, préparation à l'euro), restent mitigés quant à son opportunité.

Ainsi, dans l'Orne, cadre du présent mémoire, aucun établissement n'a pour le moment manifesté le désir d'entrer dans la réforme. D'autre part, il n'y a pas non plus du côté du Conseil Général et de la DDASS de précipitation, les deux institutions préférant recueillir dans un premier temps un maximum d'informations afin de trouver ensuite un terrain d'entente.

Il apparaissait donc opportun d'examiner les interrogations des établissements et d'observer en filigrane les réponses ou tentatives de réponses à la fois du Conseil Général et de la DDASS. Aujourd'hui, à l'aube de l'an 2000 et de l'entrée pour les premiers établissements dans la réforme, beaucoup de questions et non des moindres restent en

suspens : qu'attendent les établissements de la réforme ? Quelles perspectives leur ouvre-t-elle ? Existe-t-il des différences selon le statut juridique de l'établissement ? Quelles sont les conséquences en termes de qualité de vie et de contribution financière pour les personnes âgées ?...

On a surtout entendu depuis le lancement de la réforme un discours plutôt policé de la part de l'administration centrale relayé ensuite par les membres de la mission MARTHE², la mission d'appui mise en place dans le cadre du suivi de l'application de la réforme. Pour contrebalancer ce discours, la FEHAP³ et l'UNI OPSS⁴ se sont mobilisées et ont adressé de dures critiques à l'encontre de ses auteurs.

Cependant, ce mémoire est l'occasion de redonner la parole non plus aux représentants mais aux acteurs et c'est pourquoi, il est intéressant, ici, de se pencher sur les espoirs, les attentes et les inquiétudes des établissements et d'apprécier également les plus-values, notamment dans le domaine du service rendu aux usagers, et les impacts qu'aura la réforme de la tarification sur le mode de vie et la prise en charge des personnes âgées.

Notons que ce travail se limitera, compte tenu de l'état d'avancement de la réforme, à un niveau prospectif et évaluatif et que seuls les établissements de plus de 85 lits, pour des raisons explicitées plus loin, ont été approchés.

Le présent mémoire a pour cadre le département de l'Orne. Situé en Basse-Normandie, ce département n'échappe pas au phénomène de vieillissement qui caractérise la population française et connaît même un vieillissement plus rapide en raison de l'augmentation plus marquée de l'espérance de vie, du départ des jeunes et de l'installation de nombreux retraités. Ainsi, les personnes de 75 ans et plus représentent, aujourd'hui, 7.7 % de la population du département contre 6.8 % au niveau national⁵.

² Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement

³ Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés

⁴ Union Nationale des Institutions et des Oeuvres Privées Sanitaires et Sociales

⁵ Mémento STATISS 1998 – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Le caractère rural du département, son étendue et l'importante dispersion de ses communes rendent difficile la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, et force est de reconnaître qu'en termes de services, l'Orne s'est doté de manière inégale. Le département reste en effet bien pourvu en matière d'équipements spécialisés mais est marqué par une sous-représentation des professionnels de santé caractérisée notamment par une densité médicale plus faible que la moyenne nationale (92 omnipraticiens dans l'Orne pour 100 000 habitants contre 114 au niveau national).

L'offre d'hébergement est assez dense puisqu'elle comprend aujourd'hui 52 maisons de retraite, 9 unités de soins de longue durée et 19 foyers-logements. Ainsi, le taux d'hébergement collectif est largement supérieur à la moyenne nationale (202 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 146 au niveau national). De même, en termes d'équipements médicalisés, l'Orne affiche un taux bien supérieur à la moyenne nationale (72 lits contre 57).

Ces différents indicateurs nous permettent de mieux saisir le contexte et les enjeux de cette réforme dans l'Orne, et de comprendre davantage la nature des craintes qui seront émises tout au long de ce mémoire.

Celui-ci va donc tenter de présenter le contenu de la réforme et les nouveautés qu'elle entraîne et d'examiner les points d'achoppement qui subsistent tout en essayant, et c'est le but du mémoire, d'apporter à ce travail une dimension professionnelle et par conséquent la vision d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Nous verrons donc que la réforme de la tarification des établissements est une réforme de transparence qui n'a d'autre objectif que d'améliorer la prise en charge des personnes âgées (I) mais qui n'a pas su (ou pu ?) éviter les écueils de la complexité et dont le succès dépendra des moyens mis en œuvre (II).

1 LA REFORME DE LA TARIFICATION : UNE REFORME DE TRANSPARENCE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

L'actuelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est devenue aujourd'hui la cible privilégiée de tous les professionnels du secteur (administration y compris) tant est si bien que l'on est en droit de s'interroger sur les circonstances qui ont poussé à sa modification. Aujourd'hui, chacun s'accorde à dire que les règles de financement sont inégales et que la tarification actuelle est inadaptée aux situations particulières. On peut donc se demander pourquoi les pouvoirs publics ont maintenu depuis 21 ans un système qu'ils critiquent eux-mêmes maintenant. La réponse est apportée par l'équipe projet qui a conçu les décrets. Dans le dossier présentant le nouveau dispositif et destiné aux services déconcentrés, l'équipe qualifie la tarification actuelle comme telle : « la tarification binaire, **aujourd'hui** obsolète, est opaque et relativement injuste »⁶. Il serait faux de croire qu'en l'espace de 20 ans, les conditions aient profondément changé. Certes, comme nous l'avons expliqué plus haut, les personnes âgées entrent de plus en plus tard en maison de retraite et de plus en plus dépendantes, mais déjà en 1978, des personnes âgées dépendantes, même si elles étaient moins nombreuses qu'aujourd'hui, étaient accueillies en institution. Leur situation était tout aussi inadaptée qu'elle peut l'être en 1999 pour d'autres personnes. Non, ce qu'il faut davantage souligner, ce n'est pas que la tarification est devenue en l'espace de quelques années inadaptée, c'est qu'il y a désormais une véritable prise de conscience de la dépendance et qu'une nouvelle tarification ayant pour socle cette problématique est mise en vigueur.

⁶ « La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPAD » D.A.S., mai 1999

Pour cela, les auteurs de la réforme ont voulu clarifier le système qui, il est vrai, était opaque, pour aboutir à une meilleure prise en charge des personnes âgées.

1.1 UNE CLARIFICATION DU SYSTEME...

Depuis de nombreuses années, le système actuel (la tarification binaire et le régime budgétaire et comptable) faisait l'objet de vives critiques à la fois par les financeurs institutionnels (Conseils Généraux et assurance maladie) qui lui reprochaient de leur faire supporter des charges indues et par les directeurs d'établissements qui regrettaient de ne pouvoir disposer d'une réglementation plus souple.

Deux décrets ont donc été publiés (cf. annexe), l'un réformant la tarification des EHPAD (1.1.1) et l'autre rénovant le régime budgétaire et comptable (1.1.2).

1.1.1 Une plus grande transparence des coûts qui aboutit à une clarté des financements

1.1.1.1 Le système actuel faisait l'objet de vives critiques

On a dit et répété que la tarification binaire avait introduit de fortes injustices et d'ailleurs, aujourd'hui, le seul point de consensus entre les différents acteurs concerne le mode de financement actuel, jugé complètement obsolète. Certes, celui-ci présente beaucoup de défauts mais ne nous leurrions pas, le prochain système qui nous attend, même s'il dispose des financements correspondants, ne comblera pas toutes les carences actuelles.

Pour nous convaincre de l'inefficacité d'une tarification binaire, on nous a souvent présenté l'exemple de deux personnes ayant le même degré de dépendance, recevant le même type de prestations (hôtellerie, nursing, soins) et payant deux prix différents. On nous assure même que « faire dépendre la tarification du degré de handicap de la personne âgée, et non

de l'histoire et des financements de la structure, est un réel progrès »⁷. Or, ce type de situation risque de perdurer malgré la mise en place d'une nouvelle tarification. Aujourd'hui, il est bien difficile parfois d'expliquer à des personnes âgées pourquoi le prix de journée qui leur est opposé est nettement supérieur à celui d'une maison de retraite voisine présentant les mêmes caractéristiques. Cependant, il sera sans doute encore difficile d'expliquer demain, après avoir vanté les mérites d'une nouvelle tarification plus juste et plus équitable, la pérennisation d'une telle situation. Des différences entre les prix d'hébergement sont parfois la résultante d'un financement d'investissement par des apports extérieurs. Ainsi, dans l'Orne, la maison de retraite publique de Trun, qui se situe dans le nord du département, a pu financer 60 % de ses travaux grâce à une subvention d'équipement (contrat de plan). A l'inverse, certains établissements doivent avoir recours à l'autofinancement ou à l'emprunt, ce qui pèse inévitablement sur le prix de journée. C'est pourquoi, même si la prochaine tarification prévoit de tenir davantage compte de la nature juridique de l'établissement lors de l'attribution des crédits d'assurance maladie et de la fixation des prix de journée, il ne faut pas s'attendre à une remise à plat totale.

Cependant, le système actuel présente beaucoup de lacunes et ce, pour de multiples raisons.

En premier lieu, la tarification binaire est inégale dans ses règles de financement.

Aujourd'hui, seuls les établissements autorisés après passage en CROSS⁸ disposent de lits de section de cure médicale. Cette autorisation leur permet de bénéficier d'une dotation journalière de la part de l'assurance maladie qui s'élève environ à 160 Francs. Or, d'autres établissements non médicalisés reçoivent également des personnes âgées nécessitant des soins. L'assurance maladie intervient dans ce cas par remboursement de frais directement à l'assuré mais il arrive que ces établissements emploient directement du personnel médical et para-médical. Le coût pèse alors sur le tarif hébergement. On voit donc que le système actuel est injuste parce qu'il établit une distinction entre les établissements médicalisés et ceux qui ne le sont pas alors même que nous savons tous que ce sont surtout les hasards de la vie qui

⁷ Pascal CHAMPVERT in « Actualité et dossier en santé publique » n°20, septembre 1997

⁸ Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

font qu'une personne arrive dans tel ou tel établissement. Le plus souvent, c'est la structure de l'offre au niveau local qui va guider le choix de la personne âgée.

De plus, le système forfaitaire ne favorise pas l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes. En effet, étant donné qu'il est aussi « lucratif » de recevoir une personne âgée dépendante de GIR⁹ 4 qu'une personne GIR 1, l'établissement a tout intérêt à privilégier l'accueil des personnes les moins dépendantes, la charge étant moins lourde.

Ensuite, le système actuel est inadapté aux situations particulières.

Comme il a été dit précédemment, ce sont la plupart du temps les vicissitudes de la vie qui vont décider de l'orientation d'une personne âgée et il n'y a pas véritablement de règle établie. Or, des personnes peuvent être hébergées dans une structure qui ne répond pas totalement à leurs besoins tout en payant la prestation correspondante.

Madame L. (89 ans) a été admise l'été dernier à l'hôpital d'Alençon suite à des problèmes cardiaques. Afin de lui permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions, elle a intégré le service de soins de suite et de réadaptation de l'hôpital, les Pastels. Estimant finalement qu'un retour à domicile serait difficile, Madame L. fait le choix de rester aux Pastels et entre donc au service de soins de longue durée de l'hôpital (prix de journée : 360 Francs) alors que son état de santé ne nécessite pas des soins médicaux constants.

Cet exemple pose également la question de l'orientation et de son adéquation aux besoins de la personne âgée.

De plus, l'approche financière actuelle de la dépendance est une approche statique.

Aujourd'hui, l'écart entre le forfait « soins courants » (20 francs) et le forfait « section de cure médicale » (160 francs) est trop important et ne reflète pas la dimension évolutive de la situation des personnes âgées. En effet, ces dernières bénéficient du premier forfait lorsqu'elles sont encore autonomes et du second lorsqu'elles sont dépendantes. Or, elles ne « tombent » pas dans la dépendance du « jour au lendemain » mais au contraire dérivent peu à peu vers la perte d'autonomie. Seul un événement grave comme un accident

⁹ Echelle permettant de déterminer le degré de dépendance d'une personne âgée

vasculaire cérébral pourra de manière brutale faire passer une personne de l'autonomie à l'état de dépendance mais en règle générale, les personnes âgées entament une descente progressive. Pour inverser cette tendance, les établissements ne bénéficient pas des moyens adéquats car les forfaits ne correspondent pas à la situation évolutive des personnes âgées.

Enfin, le système forfaitaire ne satisfait pas l'assurance maladie qui le juge complexe et difficile à coordonner.

A l'heure actuelle, les établissements reçoivent deux types de forfaits qui sont calculés en fonction du nombre de places médicalisées et des prestations médicales et paramédicales réalisées. Or, la personne âgée, au titre de sa dépendance, nécessite des prestations particulières qui ne sont assimilables ni à l'hébergement offert aux personnes valides ni aux soins proprement dits. En conséquence, le surcoût hôtelier et médical dû à la dépendance n'est pas comptabilisé dans les budgets alloués aux établissements et ceux-ci sont amenés à répercuter une partie des coûts de la dépendance sur le tarif hébergement. En outre, l'assurance maladie, compte tenu du caractère forfaitaire de sa dotation, ne sait pas vraiment ce qu'elle paie. Ainsi, dans certains établissements, de nombreux postes de personnels soignants émargent indûment au poste d'hébergement, tandis que l'inverse peut se produire dans d'autres structures. D'ailleurs, le contenu du forfait alloué aux établissements est si imprécis que le financement de certains actes a donné lieu à de nombreux contentieux avec l'assurance maladie. Celle-ci manque, à l'heure actuelle, de visibilité pour réguler les dépenses de soins en établissement.

Aussi tous ces dysfonctionnements ont-ils conduit à une reconfiguration de la tarification des EHPAD.

1.1.1.2 Une réorganisation transparente adaptée aux besoins

Conformément au décret n°99-316 du 26 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, la tarification des EHPAD est désormais définie en fonction de l'état de la personne âgée accueillie. Ainsi, d'une tarification binaire (hébergement/soins), la réforme

passer à un système ternaire, les dépenses et les recettes étant éclatées en trois sections tarifaires correspondant aux trois composantes de la prise en charge gériatrique en établissement.

L'hébergement recouvre ainsi l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation.

La dépendance, quant à elle, correspond aux surcoûts hôteliers liés à la dépendance domestique et sociale des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles d'animation, d'aide à la vie quotidienne et sociale, ou des prestations hôtelières spécifiques.

Enfin, les soins couvrent d'une part l'ensemble des prestations médicales et para-médicales conséquentes aux affections somatiques et psychiques des résidents (soins techniques), et d'autre part, les prestations para-médicales correspondant aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de vie (soins de base).

Les deux premières sections restent à la charge du résident, éventuellement secouru par l'aide sociale ou la PSD, tandis que les soins sont à la charge de l'assurance maladie.

La répartition des charges entre ces trois sections tarifaires est assez simple :

- la majorité des postes de dépenses n'émerge qu'à une seule section tarifaire, en application du principe « l'accessoire suit le principal » ;

- seuls trois types de personnels (agents de service, aides soignants et aides médico-psychologiques) et deux autres postes de charges d'exploitation émergent à la fois à deux sections tarifaires, selon une clé de répartition unique.

Ce dispositif simple et transparent permet d'éviter la mise en place d'une « comptabilité analytique lourde »¹⁰, par ailleurs source de contentieux.

La nouvelle tarification sera donc fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies. En conséquence, les personnes âgées sont désormais classées par le médecin coordonnateur de l'établissement dans l'un des six Groupes Iso-Ressources (GIR) de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources). C'est ce classement qui déterminera le tarif « dépendance » appliqué à la personne âgée. Notons qu'un arrêté du 26 avril 1999 fixe « les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission

¹⁰ « La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPAD » D.A.S., mai 1999

départementale de coordination médicale », chargée de déterminer en cas de désaccord la répartition des résidents selon leur niveau de dépendance.

Cependant, malgré une triple tarification, le choix a été fait de n'offrir qu'un seul tarif visible pour l'usager. Ce tarif comprendra donc une partie fixe correspondant à l'hébergement et une partie variable établie selon le niveau de dépendance.

De même, les auteurs de la réforme, conscients du bouleversement que pouvait engendrer la dispense de soins dans certains établissements, ont laissé à ces derniers le choix entre deux options tarifaires :

- un tarif global comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie courante et les médicaments ;
- un tarif partiel comprenant seulement les rémunérations du médecin coordonnateur et des infirmières salariées ou libérales (cf. arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire).

Ce choix se fera en fonction de l'organisation de l'établissement et de sa capacité à assurer les soins.

En définitive, il convient de remarquer que le décret relatif à la tarification des EHPAD répond assez bien à l'objectif annoncé, c'est-à-dire, moduler les tarifs pratiqués en institution selon le degré de dépendance des personnes âgées. Toutefois, sans anticiper la suite des événements, sa simple lecture laisse d'ores et déjà présager des difficultés à venir, à savoir une relative complexité, ce qui, par ailleurs, est devenu usuel de dénommer sous la terminologie « usine à gaz ».

1.1.2 La rénovation du régime budgétaire et comptable des établissements

1.1.2.1 Une réglementation désuète

Les établissements qui accueillent des personnes âgées (à l'exception des établissements commerciaux) relevaient jusqu'à présent des décrets de 1958, 1959 et 1961. Or, ces décrets qui renvoient au droit budgétaire hospitalier ne sont plus adaptés aux réalités de notre époque. C'est ainsi que :

- le contenu de la section d'exploitation et de la section d'investissement n'est pas défini ;
- les virements de crédits à l'initiative du directeur ne sont pas prévus ;
- la possibilité d'affectation des excédents d'exploitation est possible, mais dans la limite d'un tiers à la seule réserve de trésorerie.

De plus, comme l'indiquaient les auteurs de la réforme, il était temps de « mettre fin au vide juridique issu de la non application aux EHPAD des articles 26-1 et 26-2 de la loi du 30 juin 1975 »¹¹. En effet, ces articles qui prévoient l'inopposabilité aux financeurs des établissements sociaux et médico-sociaux des incidences financières en exploitation des opérations d'investissement, de la variation du tableau des effectifs et des dépenses réalisées sans l'accord des autorités de tarification n'ont jamais été appliqués, faute de décret. Pourtant, ces articles constituent aujourd'hui une garantie pour les financeurs de ne pas avoir à supporter les conséquences de gestions et de développements non maîtrisés et non concertés.

Enfin, le secteur des EHPAD se caractérise aujourd'hui par une grande diversité des statuts juridiques desdits établissements. Nous avons des maisons de retraite publiques ou privées, rattachées à un hôpital ou autonomes, à but non lucratif ou commercial, habilitées à l'aide sociale ou non... et il faut avouer que les décrets précédents n'avaient pas anticipé cette diversité.

¹¹ « La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPAD » D.A.S., mai 1999

Profitant de la réforme de la tarification, les pouvoirs publics ont donc saisi l'occasion de rénover également le régime budgétaire et comptable.

1.1.2.2 La nouvelle procédure budgétaire et comptable

Le décret n°99-317 du 26 avril 1999 refond entièrement le régime budgétaire et comptable des EHPAD, en tenant compte de la spécificité juridique de chaque établissement. Il s'inspire pour cela de deux décrets plus modernes, à savoir le décret du 24 mars 1988 relatif au régime budgétaire et comptable et aux modalités de financement de certains établissements sociaux et médico-sociaux à la charge de l'Etat et le décret du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés de santé participant à l'exécution du service public hospitalier.

Tous les établissements (privés, publics, habilités ou non,...) sont concernés par le décret du 26 avril 1999 dont l'application toutefois est plus ou moins étendue selon la catégorie juridique de l'établissement.

Les principales innovations du nouveau décret sont les suivantes.

Tout d'abord, la réforme instaure un allègement des approbations et des contrôles a priori. En effet, les approbations compte par compte sont remplacées par la fixation par chaque autorité tarifaire du montant global des dépenses et des recettes des établissements, permettant à chaque directeur d'accroître ses marges de manœuvre pour l'exécution de son budget. Ainsi, dorénavant, à l'instar des hôpitaux, les établissements pourront effectuer des virements de crédits au sein de leur budget.

En contrepartie de ces allègements, chaque établissement devra en clôture d'exercice élaborer un rapport circonstancié précisant les mesures prises pour garantir l'équilibre ou, le cas échéant, les raisons de déficit.

Le décret instaure également le principe de l'étanchéité de chaque section d'imputation tarifaire, ce qui implique une affectation des résultats sur chacune de ces

sections et supprime ainsi le dispositif antérieur, où les dépenses d'hébergement jouaient le rôle de variable d'ajustement.

Par ailleurs, les éventuels excédents peuvent désormais être affectés soit à la réduction des charges d'exploitation soit au financement des mesures d'investissement ou encore à un compte de réserve de compensation. Il faut signaler aussi la possibilité pour les autorités de tarification d'effectuer des reprises sur les réserves de trésorerie dans certaines situations bien précises. Toutefois, comme l'a indiqué la Direction de l'Action Sociale, « ces reprises sur les réserves de trésorerie devraient être effectuées avec toute la circonspection nécessaire ».

Ces dernières dispositions ne s'appliquent pas aux établissements privés à but lucratif qui gardent tout loisir pour affecter leurs excédents. A cet effet, on peut d'ores et déjà mentionner les inquiétudes de la DDASS et de la DISS qui ne voudront pas servir les intérêts des établissements commerciaux en finançant leurs bénéfices.

Enfin, le nouveau dispositif ajuste et adapte le calendrier de la campagne budgétaire. La date de dépôt des propositions budgétaires est avancée au 15 octobre de l'année précédente de l'exercice auquel elles se rapportent. Les comptes administratifs, quant à eux, doivent être remis pour le 30 avril de l'année qui suit l'exercice concerné.

D'une manière générale, nous constatons que la réforme de la tarification a clarifié et renouvelé des situations qui méritaient de l'être. Toutefois, elle ne s'est pas limitée à la publication de nouveaux cadres comptables ou budgétaires mais elle a également participé à une prise de conscience générale du concept « qualité » et a établi de nouveaux modes de régulation entre les établissements et les autorités de tarification, tout cela dans un seul but : améliorer la prise en charge des personnes âgées.

1.2 ... ASSOCIEE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.

On note aujourd'hui une grande hétérogénéité des modes de fonctionnement des établissements. Cette diversité concerne à la fois, les tarifs pratiqués, les prestations, les moyens alloués, ... et il faut bien reconnaître qu'elle ne conduit pas toujours à des prises en charge coordonnées et optimales des personnes âgées.

C'est pourquoi, tout en préservant la variété des acteurs, les pouvoirs publics ont voulu rendre le secteur plus cohérent et plus efficace en instaurant la contractualisation (1.2.1) et la démarche qualité dans les établissements (1.2.2).

1.2.1 La contractualisation

Pour pouvoir continuer à héberger des personnes âgées dépendantes, les établissements doivent désormais passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (la DDASS). Cette convention a pour objet de définir les conditions générales de fonctionnement des établissements, à la fois en matière de qualité de vie, de prise en charge des personnes, d'organisation des soins et de formation du personnel.

Notons par ailleurs que des avenants annuels à la convention permettront une entrée en vigueur progressive de la réforme de la tarification, et une répartition des surcoûts sur plusieurs exercices. En effet, étant donné que la réforme ne pourra s'effectuer à coût constant pour l'assurance maladie, celle-ci ne pourra pas absorber sur un seul exercice tous les transferts de charges. C'est pourquoi, un « lissage » de ces transferts est prévu graduellement. Ainsi, ces ajustements financiers permettront de faire évoluer chaque année, dans le respect des enveloppes de l'ONDAM¹², les différents budgets vers des budgets « nouvelle tarification », sur une durée de 5 ans.

¹² ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

Cette démarche contractuelle est nouvelle pour le secteur social et médico-social. Or, un simple regard sur les mutations du monde politique et administratif suffit pour s'en convaincre : les relations entre l'administration (au sens large) et les citoyens (ou usagers) sont de plus en plus des relations contractuelles. Le contrat devient peu à peu la norme et la loi, l'exception. D'ailleurs, le secteur sanitaire avait déjà fait sien le principe du contrat puisque les ordonnances Juppé en 1996 avaient instauré à l'époque les contrats d'objectifs et de moyens.

Introduire la contractualisation, que ce soit dans le secteur des personnes âgées ou dans un autre, relève toujours de la même logique : impliquer les acteurs clés dans une démarche discursive aboutissant à des consentements mutuels. Au lieu d'utiliser la loi ou l'ordonnance, empreintes d'une connotation de plus en plus péjorative de contrainte et de non-participation, les pouvoirs publics préfèrent aujourd'hui se servir du contrat afin d'augmenter l'efficacité de l'action publique. Les professionnels du secteur se sont souvent plaints de ne pas être suffisamment entendus et aussi doit-on reconnaître que la réforme de la tarification les associe plutôt deux fois qu'une. D'une part, durant la phase d'élaboration des décrets, les associations et syndicats d'établissements ont été à maintes fois consultés. D'ailleurs très peu contestent les principes de la réforme. D'autre part, en instaurant les conventions tripartites, la réforme reconnaît les caractéristiques de chaque établissement. « Le nouveau dispositif, comme l'affirme Joël Defontaine, nous sortant de l'action traditionnelle de simple suppléance sociale, transforme tous les acteurs, y compris les personnes âgées en « innovateurs périphériques ». De là, va se constituer de nouveaux relais des rapports entre les administrations et son environnement ». ¹³

Le contrat, paradoxalement, est une opportunité unique pour les établissements de dépasser le cadre réglementaire. En effet, beaucoup de structures sont inquiètes actuellement face à la réforme. Elles estiment que la nouvelle tarification et la comptabilité analytique qu'elle impose, vont raidir les relations entre l'établissement et ses financeurs et qu'elles n'auront plus qu'à se plier aux exigences dictées par la DDASS et le Conseil Général. Cette vision de la réforme de la tarification est erronée parce que l'objet même de la réforme

¹³ Joël DEFONTAINE in « Oui à la réforme de la tarification » Actualités Sociales Hebdomadaires, juin 1999

est de permettre une allocation équitable des ressources tenant compte du coût des facteurs propres à chaque catégorie d'établissement.

La convention tripartite est l'occasion pour les établissements de négocier et de discuter avec ses financeurs. La DDASS et le Conseil Général ont aujourd'hui perdu l'habitude de se déplacer dans les établissements et souvent, leurs agents se plaignent de payer « à l'aveuglette » et de ne pas savoir ce qui s'y passe réellement. La convention tripartite est un moyen en quelque sorte de récompenser les « bons élèves » parce que, comme dans tout contrat, elle formalise les obligations de chacune des parties. Ce sera du « donnant donnant », c'est-à-dire que les financeurs n'alloueront les moyens qu'à partir du moment où ils auront la certitude que l'établissement effectue les prestations correspondantes. Il est évident que nombre d'établissements affichent généralement de bonnes intentions dans un certain nombre de documents, chartes, projets de vie... Or, nous savons très bien que souvent, ces projets ne sont que partiellement appliqués et la contractualisation est donc un moyen de réduire les écarts entre « ce que l'on dit et ce que l'on fait ».

Au final, la contractualisation est profitable aux deux parties.

Elle est un progrès pour les établissements parce qu'elle rend l'action étatique plus flexible et leur autorise un accès à la discussion. Elle est d'autant plus importante qu'elle leur permet de faire reconnaître leur spécificité.

D'autre part, les financeurs ne peuvent que se réjouir de cette nouveauté parce qu'elle participe, en mettant les choses à plat, à la recherche d'une plus grande transparence qui était l'un des soucis majeurs de cette réforme. En outre, elle leur permet aux moyens d'avenants, d'appliquer progressivement la réforme. Le contrat devient en quelque sorte un instrument de gestion progressive car les moyens actuels sont insuffisants pour appliquer sur un temps très court la réforme.

Notons qu'afin de faciliter la préparation et la conclusion des conventions, la Direction de l'Action Sociale a prévu d'éditer un guide méthodologique avant la fin de l'année 1999.

Dans le cadre de ces conventions, un arrêté fixant le contenu du cahier des charges définit le contenu d'une démarche d'assurance qualité à laquelle les partenaires conventionnels doivent s'engager.

1.2.2 L'engagement de l'établissement dans une démarche qualité

« La qualité est un droit pour l'usager et un devoir pour la collectivité »¹⁴. C'est de ce principe qu'est née l'idée d'instaurer une démarche qualité au sein des EHPAD. Cette idée semble absurde dans sa simplicité : tous les établissements vous répondront qu'ils font déjà de la qualité. Lorsque le thème est mentionné par un interlocuteur extérieur à l'établissement, il apparaît comme une injure : « voulez-vous dire que nous nous occupons mal de nos résidents ? ». Si le mot est prononcé par la DDASS, il apparaît lié aux notions d'évaluation, voire d'accréditation : « s'agit-il d'une forme de contrôle ? ».

On voit donc qu'il existe beaucoup d'interrogations et de sentiments mitigés dans le secteur des personnes âgées vis à vis de cette notion de qualité. Le problème, c'est que derrière la brutalité du mot « qualité » se cache une notion plus complexe qu'il n'y paraît.

Le directeur d'un hôpital du nord de l'Orne racontait qu'avant son arrivée, les agents de la maison de retraite de l'hôpital n'avaient jamais entendu parler du concept « qualité ». Pourtant, ils étaient sûrs et certains de « faire » de la qualité (il n'y a aucune raison de ne pas les croire) sans pour autant s'être interrogés sur la démarche à adopter pour améliorer le service rendu aux résidents, ce qui est tout de même la finalité d'une démarche qualité.

C'est en partant de ce constat général que les auteurs de la réforme ont édicté un ensemble de recommandations parmi lesquelles :

- la qualité de vie des résidents (projet institutionnel, qualité des espaces privés, collectifs, réservés aux soins,...) ;
- la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents (avant et au moment de l'entrée en institution, au cours du séjour, lors du décès...);
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement (rôle et qualification du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmière référente et des divers professionnels exerçant dans l'établissement...);

¹⁴ Intervention de Jean-René BRUNETIERE lors de la journée d'information à CAEN le 27 septembre 1999

- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, comportant des soins coordonnés (complémentarités entre structures, soutien à domicile, convention avec un établissement de santé référent, collaboration avec les services de psychiatrie, lien avec le milieu social environnant...).

L'engagement de l'établissement dans une démarche qualité est intéressante en deux points :

- d'une part, elle va agir comme une autocritique de l'établissement. La qualité, c'est constater et accepter qu'on doit faire différemment ; cela exige du courage, une bonne dose d'humilité et un esprit d'ouverture vers l'extérieur. Contribuer à la satisfaction de tous et particulièrement des résidents paraît un objectif noble qui ne peut que servir l'intérêt individuel comme collectif. Dans un secteur hautement concurrentiel, comme peut l'être celui des EHPAD, les établissements se doivent de proposer un service performant d'autant plus que les générations qui arrivent en institution sont de plus en plus exigeantes et que le « bouche à oreille » est un principe qui fonctionne magnifiquement bien dans ce domaine.
- d'autre part, c'est un bon indicateur pour les « tarificateurs » car elle s'inscrit dans la logique de la réforme : les ressources d'un établissement devront refléter sa charge de dépendance, son statut et sa qualité, le but avoué étant de parvenir à une équité prestations/moyens.

Par ailleurs, démarche qualité et maîtrise des dépenses publiques sont deux éléments très complémentaires. N'en déplaise à M. Beccari, secrétaire général de la Fédération Nationale des Instituts de Sourds et d'Aveugles de France (FISAF), pour qui « la qualité (...) coûte de l'argent »¹⁵, travailler mieux ensemble permet souvent de réaliser des économies, et de réinvestir des moyens, de l'énergie et du temps à des actions plus utiles.

Comme le faisait remarquer un directeur de maison de retraite, la démarche qualité fait souvent référence à une remise en question des habitudes de travail. Elle permet de s'interroger : le résident est-il satisfait ? Est-il écouté ? ... Une démarche qualité doit être un recentrage sur la mission essentielle d'un EHPAD, c'est-à-dire la satisfaction du résident.

¹⁵ Réseaux, Bulletin d'information de la FISAF, n°3, février 1998

Dans l'optique de la négociation des conventions, la DRASS de Basse-Normandie a organisé en décembre 1999 des réunions rassemblant les trois DDASS de la région, les services départementaux, l'assurance maladie et les délégations représentant les établissements afin de définir des objectifs minimaux et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre.

En outre, qui dit qualité dit évaluation. Le cahier des charges consacre d'ailleurs de larges développements à l'évaluation du dispositif conventionnel. L'évaluation conduit à mettre en place des critères permettant de mesurer la qualité des prestations délivrées au sein des EHPAD. Cette démarche qualité présente deux mérites. Le premier est d'instaurer un langage commun à l'ensemble du secteur. La DDASS, le Conseil Général et l'établissement n'ont peut-être pas la même vision de la qualité et l'évaluer, c'est donner une même définition à un terme parfois ambivalent. Le deuxième mérite est de mettre en place des règles du jeu clairement établies dont l'objet est d'atteindre l'excellence. L'établissement aura ainsi des objectifs clairement définis en terme de formation du personnel, d'animation, de soins, de coordination gériatrique...

Le cahier des charges propose donc une démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'institution. Sont précisés la méthodologie, les indicateurs, références et outils utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mise en œuvre. Les principaux indicateurs recommandés portent sur la vie dans l'institution (rythmes de vie, activités proposées, personnel, relations avec l'environnement,...) et sur des axes liés à l'état de santé des résidents. La périodicité de cette évaluation peut être annuelle ou « à tout le moins liée à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle »¹⁶. Elle donne lieu à la production d'un rapport formalisé.

Cependant, il n'est pas encore prévu, à l'instar du secteur sanitaire, d'évaluer les « bonnes pratiques professionnelles » et la démarche d'assurance qualité, par l'intermédiaire d'une agence extérieure (type ANAES¹⁷), ce qui donnerait sans doute davantage de relief et de crédibilité à la pratique de l'évaluation dans les établissements.

¹⁶ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

¹⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Sanitaire

Nous avons vu que les nouveaux décrets répondent aux objectifs souhaités par l'ensemble de la profession : une meilleure transparence, plus de justice, davantage de responsabilités pour les directeurs d'établissements, l'instauration d'une démarche qualité... et pourtant, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité doit affronter « une désapprobation générale », comme le titrait la revue « Actualités Sociales Hebdomadaires » en avril 1999. Que reproche-t-on à la réforme ? Les attaques sont-elles justifiées ? Nous allons tenter d'apporter un éclairage à la fois sur les critiques dont est victime la nouvelle tarification et sur les éventuelles propositions qui sont ou qui pourraient être émises.

2 UNE REFORME JUGEE COMPLEXE ET INQUIETANTE DONT LE SUCCES DEPENDRA DES MOYENS MIS EN ŒUVRE

En cette fin d'année 1999, période de rédaction du présent mémoire, malgré les journées d'information qui se sont déroulées dans toute la France tout au long du mois d'octobre, les établissements sont partagés entre inquiétude et indifférence. Ils sont inquiets parce que la réforme comporte encore de nombreuses zones d'ombre, aussi bien sur ses modalités pratiques à court terme que sur son impact à moyen et long termes et, indifférents compte tenu du climat général qui laisse entrevoir une mise en place peu dynamique de la nouvelle tarification. Un directeur d'établissement confiait récemment qu'il ne voulait pas endosser la responsabilité d'une réforme dont il n'est en aucune façon responsable et freinait donc des quatre fers pour ne pas « entrer » dans la réforme.

Par ailleurs, une fois dépassé le stade de la complexité, les établissements formulent leurs plus vifs griefs à l'encontre des moyens financiers censés accompagner la réforme. Ils ont le sentiment d'avoir été « bluffés » et se retrouvent dos au mur, ne pouvant plus reculer. Les établissements s'accrochent désormais aux recours déposés devant le Conseil d'Etat par la FEHAP, la FHF¹⁸ et l'UNIOPSS et certains n'ont pas hésité, conformément aux instructions de la FHF, à envoyer uniquement pour le 15 octobre leur budget élaboré sous sa forme habituelle. On mesure donc toute la tension qui règne autour de la nouvelle tarification.

C'est pourquoi, il était nécessaire tout en se gardant de partialité, d'une part d'analyser les raisons d'une grogne générale et d'autre part, d'anticiper les chances de réussite de la réforme.

¹⁸ Fédération Hospitalière de France

2.1 UNE REFORME JUGEE COMPLEXE ET INQUIETANTE...

La réforme de la tarification des EHPAD, parce qu'elle poursuit des objectifs très précis et très techniques, n'a pu éviter l'écueil de la complexité. Deux décrets, trois arrêtés et leurs annexes occupent plus de trente pages du Journal Officiel de la République et, il faut bien avouer que tous les établissements n'ont pas parfaitement saisi les modalités d'application de la réforme. Peu de directeurs d'établissement rencontrés pour la réalisation de ce mémoire connaissent le contenu des décrets et s'en tiennent aux grandes orientations, et la plupart du temps, nous avons constaté qu'ils n'avaient pas de stratégie bien définie sinon qu'ils étaient contre. Il faut noter, cependant, à leur décharge, la faible information autour de la nouvelle tarification. Quelques revues spécialisées se sont fait l'écho de la réforme mais c'est trop peu pour toucher l'ensemble des professionnels.

Il était donc nécessaire de rechercher les causes des inquiétudes des gestionnaires d'établissement (2.1.1) et de comprendre pourquoi, selon les établissements, la réforme n'a pas tenu assez compte de l'usager et de son environnement (2.1.2).

2.1.1 Les inquiétudes des gestionnaires d'établissement

2.1.1.1 Des « angoisses budgétaires »

Il suffit de lire la Foire Aux Questions (FAQ) de la mission MARTHE sur le site Intranet du Ministère pour se rendre compte que les inquiétudes des établissements sont très majoritairement inhérentes à la composition du budget.

Nous avons vu que la précédente présentation budgétaire était relativement simple parce qu'elle séparait le budget en deux sections non étanches (hébergement et soins). Le coût de la dépendance était donc réparti sur ces deux sections. De même, pour les soins, l'assurance maladie allouait un forfait.

Dorénavant, la nouvelle tarification impose une nouvelle manière de travailler. Elle raisonne telle une comptabilité analytique en termes d'imputations de charges et bouleverse en conséquence les habitudes des établissements. Voici un exemple parmi tant d'autres vu sur l'Intranet : « De quelle section tarifaire relève la diététicienne ? ». Tous les directeurs rencontrés ont fait état de cette complexité et notamment du ratio selon lequel les aides-soignantes émargent à 70 % sur le budget « soins » et à 30 % sur le budget « dépendance ». Il faut sans doute relativiser et comme le fait remarquer J. Defontaine, « le nouveau dispositif peut être davantage jugé complexe dans son exégèse que dans son caractère formel »¹⁹. Certes, mais il faut bien reconnaître que les décrets n'ont pas facilité la tâche des établissements. D'une complexité inextricable, ils traduisent assez bien le fossé qui sépare le législateur du citoyen lambda.

Cependant, avouons qu'il est toujours difficile de faire simple et juste. D'ailleurs, la réforme initiale prévoyait une tarification en quatre volets. Jugée trop complexe, elle a été abandonnée au profit de la tarification que nous connaissons aujourd'hui (qui comprend cependant 13 tarifs différents). Il est légitime de penser que les auteurs de la réforme ont été partagés entre l'idée de faire quelque chose d'accessible (et de répondre doublement au souci de clarté) et l'envie d'apporter davantage de justice. Pourtant, le décryptage des textes demeure en certains endroits difficile.

Prenons l'exemple du « clapet anti-retour ». L'application systématique de la clé « 70 % / 30 % » qui a été citée plus haut, pourrait conduire dans certains établissements à un déport de charges sur l'usager, dès lors que les forfaits soins actuels couvrent parfois la totalité, ou plus de 70 % des charges d'aides-soignants exerçant dans l'institution. C'est la raison pour laquelle l'arrêté d'application au décret tarifaire prévoit « un clapet anti-retour » permettant de maintenir dans le nouveau régime les crédits d'assurance maladie alloués lorsque ces derniers couvrent à ce jour plus de 70 % des charges d'aides soignants tout en sachant que le bénéfice de ce dispositif reste suspendu au GIR moyen pondéré de l'établissement et à son ratio d'aides soignants et d'aides médico-psychologiques ! On comprendra donc que le lecteur même averti soit déconcerté.

¹⁹ Joël DEFONTAINE in « Oui à la réforme de la tarification » Actualités Sociales Hebdomadaires, juin 1999

On mesure, en conséquence, toutes les difficultés pour l'administration centrale de publier une réforme qui corresponde en totalité aux attentes des citoyens. Aucune réforme n'est parfaite. L'équipe projet qui a conçu la réforme des EHPAD a, semble-t-il, préféré axer ses travaux sur la prise en charge réelle de la dépendance, au risque de se voir affubler du qualificatif (pris au sens péjoratif) de « technocrates ».

Au-delà du caractère formel de la réforme, de nombreux établissements s'inquiètent aussi de leur nouvelle dotation « soins ». La DDASS de l'Orne a demandé au mois de juillet à tous les établissements de plus de 85 lits de faire une première simulation de la nouvelle tarification et certains établissements ont vu leur section « soins » diminuer (fictivement) de plus de 500 000 francs (voir tableau en annexe). On comprend donc aisément leurs réticences à « entrer » dans la réforme. Ce type d'établissement craint en effet de faire basculer ce manque à gagner sur la facture payée par l'utilisateur.

Enfin, l'utilisation de la grille AGGIR suscite des craintes d'autant plus vives qu'elle est actuellement très peu utilisée dans les établissements. Dorénavant, le médecin coordonnateur devra s'en servir pour répartir les résidents selon leur degré de dépendance alors que nous savons que cette grille ne fait pas l'unanimité dans les établissements. Cette grille évalue mal les troubles psychiques et souvent le degré de dépendance ne correspond pas à l'assistance que peut nécessiter le résident. Un médecin prenait ainsi l'exemple des personnes anxieuses, mais classées GIR 5 ou GIR 6, appelant à l'aide quinze à vingt fois par jour et qui nécessite donc une assistance plus importante que des personnes censées être plus dépendantes.

2.1.1.2 La démarche qualité, zone d'ombre

La charte qualité soulève également des protestations au sein des établissements.

Il existe tout d'abord des réactions qu'on pourrait qualifier d' « épidermiques » en ce sens que certains établissements acceptent mal « qu'on vienne leur parler de qualité alors qu'ils effectuent déjà (selon eux) des prestations de qualité ». Or, le problème n'est pas là. Les décrets ne sous-entendent rien qui puisse nuire à la réputation des établissements. Leur seul objectif est de permettre encore et toujours une meilleure prise en charge des personnes âgées. La publication de normes a pour seul but d'autoriser une comparaison entre les établissements.

Mais les préoccupations les plus fortes concernent la notion même de « qualité ». Le cahier des charges fait de la qualité un élément objectif et mesurable alors que sa définition reste floue. Comme le faisait remarquer un professionnel, « on essaie d'objectiver quelque chose qui, par nature, est subjectif ». D'ailleurs, certains établissements sont étonnés d'entendre parler de « recommandations relatives à la qualité de vie des résidents ».

La qualité de vie relève de l'ordre du subjectif et peut recouvrir plusieurs définitions qui évoluent au gré des contextes culturel, économique voire politique. Communément, elle recouvre la satisfaction du résident dans tous les domaines de la vie, elle s'apparente à l'application matérielle du bonheur. En tout état de cause, la qualité de vie vise le bien-être de l'homme. Mais comment parler de qualité de vie lorsqu'on connaît la nature même des troubles d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? Cet exemple est heureusement très minoritaire mais il existe. C'est pourquoi, une réflexion importante devra être engagée avec les établissements afin de s'accorder sur la terminologie à employer.

Enfin, les établissements s'inquiètent des interactions entre qualité et financement. Quelle sera, par exemple, l'importance tarifaire donnée aux actions de prévention ? Avec le système proposé, l'établissement ne recevra que 10 ou 15 francs par jour pour assumer la dépendance des personnes âgées les plus autonomes et toute aggravation entraînera des

ressources supplémentaires pour la structure. Il faudra donc une démarche incitatrice de la DDASS et du Conseil Général pour favoriser la prévention au sein des établissements.

2.1.1.3 La contractualisation, un leurre ?

Les textes d'avril 1999 ont lié l'entrée dans la réforme à la négociation d'une convention tripartite. Or, si le principe en lui-même n'est pas remis en question, certains s'inquiètent de son application, à l'image d'Alain Villez, conseiller technique, chargé des personnes âgées à l'UNI OPSS : « On fait semblant de considérer les trois partenaires comme étant égaux en droit alors que certains détiennent les moyens financiers, le pouvoir de contrôle et qu'en face, les gestionnaires d'établissement n'auront qu'à signer en bas à droite et devront se plier aux exigences requises »²⁰. Cette phrase a le mérite de bien résumer le sentiment des établissements et pose le problème de la valeur du contrat.

Nous avons l'expérience de ces contrats dans le domaine sanitaire à la différence près que ceux-ci sont signés par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, groupement d'intérêt public, personne publique distincte de l'Etat. Or, aujourd'hui, la signature de conventions tripartites par les DDASS nous amène à nous interroger sur la portée juridique du contrat. Que fera la DDASS de l'Orne si les futures lois de financement de la Sécurité Sociale ne lui permettent pas de respecter ses engagements financiers ? Les établissements d'ailleurs ne se font pas beaucoup d'illusions. Les caractères généraux des contrats administratifs (mutabilité, pouvoir de modification unilatérale...) ne garantissent pas que les engagements pris par la DDASS soient ensuite tenus. Comme le fait remarquer M. Lévy, conseiller d'Etat, : « que l'on concrétise les choix politiques par la voie contractuelle ou celle de la décision unilatérale, ce qui demeure essentiel ce sont les choix et les limites financières inévitables qui les conditionnent »²¹.

De même, il est permis de s'interroger tout simplement sur l'opportunité de la réforme alors que nous savons tous que la loi du 30 juin 1975 est sur le point de connaître

²⁰ « La réforme de la tarification : une désapprobation générale » Actualités Sociales Hebdomadaires, 9/04/99

²¹ Revue de droit sanitaire et social, octobre-décembre 1998

d'importantes modifications. En effet, le projet de réforme prévoit la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens et la mise en place d'un véritable dispositif d'information qui retracerait l'analyse de l'activité et des moyens de fonctionnement et de financement. Quelle sera alors la coordination entre les conventions tripartites et les contrats d'objectifs et de moyens ? Nul ne le sait.

2.1.2 L'utilisateur oublié

2.1.2.1 Un manque d'information et de lisibilité évident

Il convient de remarquer d'emblée l'absence totale d'information au sein des établissements auprès des personnes âgées, qui restent tout de même les premières personnes concernées. Aucun établissement visité dans l'Orne n'avait informé en novembre ses résidents et ce, pour de multiples raisons.

Il y a, d'une part, comme nous l'avons dit précédemment, un manque d'information des gestionnaires d'établissement. Beaucoup méconnaissent encore le contenu de la réforme et attendent en conséquence d'en savoir davantage avant d'informer les résidents. Mentionnons toutefois les réunions organisées par la DDASS et la mission MARTHE qui ont informé et informent encore les établissements de la mise en œuvre de la réforme.

D'autre part, les établissements ne voulaient pas, disaient-ils, « inquiéter les résidents trop tôt ». Ils ont senti de la part des institutions (DDASS et DISS) un certain attentisme et n'ont donc pas informé leurs résidents, estimant que la réforme était encore trop lointaine. Cette décision de ne pas informer les résidents est cependant discutable. Très peu de directeurs ont évoqué la question au cours des différents conseils d'administration ou conseils d'établissement alors qu'un minimum d'informations aurait été nécessaire. Sans entrer dans le détail, les établissements (tout du moins les plus de 85 lits) auraient pu « préparer le terrain ».

Quant à la position d'attente de la DDASS, elle s'explique facilement. La réforme de la tarification nécessite entre autre une coopération des services déconcentrés et départementaux. Or, la DDASS s'est trouvée confrontée au mois de septembre à une forte opposition de la DISS qui ne souhaitait pas engager les débats dès lors que la DDASS n'avait pas connaissance des moyens alloués par l'assurance maladie pour l'année 2000. Ce montant étant déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale, la DDASS ne pouvait rien faire sinon attendre que la DISS se décide de collaborer

Par ailleurs, une fois évacué le manque d'information, les résidents se trouvent confrontés à un manque de lisibilité de la réforme. La Direction de l'Action Sociale a dit et répété qu'un seul tarif devait être présenté à l'utilisateur (tarif hébergement + tarif dépendance correspondant au niveau du GIR constaté). Or, ce principe du tarif unique visible pour l'utilisateur sera difficilement applicable. En effet, lorsqu'une personne âgée sera à la recherche d'un établissement, il ne sera pas possible de l'informer du coût réel de son éventuel séjour, son GIR n'étant pas connu. De plus, il conviendra de l'informer de possibles augmentations de ce tarif en cas d'aggravation de sa perte d'autonomie. Une directrice de maison de retraite estimait à une semaine le temps nécessaire à une équipe médico-sociale pour évaluer correctement l'état de dépendance d'une personne. Il sera donc impossible à un établissement de garantir un prix à une personne qui fait simplement une demande.

2.1.2.2 Une remise en cause de la loi du 6 juillet 1990 ?

La réforme de la tarification entraîne des contradictions importantes entre certaines dispositions législatives et notamment avec la loi du 6 juillet 1990 (cf. annexe) qui régit les prix et prestations des établissements commerciaux.

La première contradiction porte sur le tarif « dépendance ». En effet, les articles 1, 2 et 3 de cette loi prévoit que les prestations offertes par l'établissement ainsi que leurs prix sont librement négociés à l'entrée dans le contrat de séjour. Ces prestations incluent bien sûr l'hébergement stricto sensu, mais également l'aide et la surveillance aux personnes, prestations liées à la dépendance comme définies aux articles 2 et 3 du décret relatif aux

modalités de tarification. Or, d'après les textes portant sur la réforme de la tarification, le tarif « dépendance » est fixé par le Président du Conseil Général. Il y a donc ici une contradiction entre un texte de portée supérieure, la loi du 6 juillet 1990 et les décrets réformant la tarification. De plus, n'oublions pas que dans l'Orne, la direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans le cadre de ses missions, a toujours veillé au respect du contrat de séjour dans les établissements commerciaux. On voit mal aujourd'hui les autorités leur demander d'y dérober.

Il existe une deuxième contradiction entre la loi du 6 juillet 1990 et l'article 7 du décret relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. Cet article précise que le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de 72 heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie, pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale ; ce montant devant par ailleurs tenir compte du montant du forfait hospitalier en cas d'absence pour hospitalisation (70 francs). Etant donné que la loi du 6 juillet 1990 prévoit que les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation sont définies dans le contrat de séjour, il en résulte que l'article 7 du décret ne peut être appliqué dans les établissements relevant de la loi du 6 juillet 1990.

Il sera donc très difficile de concilier, d'une part, la volonté de protéger le résident âgé à travers un contrat de séjour à durée indéterminée et d'autre part, certaines dispositions budgétaires qui entraîneront des modifications tarifaires incessantes.

2.1.2.3 Le problème du contentieux

Le problème du contentieux a été très peu évoqué, peut-être en raison de la réponse claire qui a été donnée par la mission MARTHE. Le résident qui conteste son classement dans la grille AGGIR, hors contentieux de la PSD, peut déposer un recours devant le tribunal administratif. Or, cette réponse soulève deux difficultés.

La première difficulté concerne la légalité de ce recours. La DDASS de l'Orne et le Conseil Général se sont interrogés sur cette possibilité et n'ont pas véritablement tranché. La DISS juge que ce sont des « actes préparatoires à la décision » et que nul ne peut les déférer devant le juge administratif. La question reste posée.

La deuxième difficulté concerne la multiplication des recours. En effet, si le recours devant le tribunal administratif est admis, on risque fort bien d'assister à un engorgement des tribunaux. Les personnes âgées n'hésiteront pas à contester leur évaluation quand on connaît les conséquences financières d'une modification du GIR. C'est pourquoi, il serait peut-être souhaitable de créer une instance de conciliation qui permette rapidement de régler ce type de contentieux. D'ailleurs, cette instance de conciliation pourrait très bien être élargie à tous les contentieux qui ne manqueront pas de se faire jour dans la mise en œuvre pratique de la réforme (si l'un des partenaires ne veut pas signer ? S'il y a des différences avec le contrat de séjour ?...).

Toutefois, au-delà des difficultés et des questions (parfois restées sans réponse), le point le plus sensible concerne le financement de la nouvelle tarification. Comme toutes les réformes, la réforme de la tarification des EHPAD a donné lieu à des débats souvent animés. Or, si elle veut être consensuelle, elle devra s'approprier les moyens financiers correspondants.

2.2 ... DONT LE SUCCES DEPENDRA DES MOYENS MIS EN ŒUVRE.

Toutes les fédérations d'établissement avaient émis un avis favorable sur le projet de réforme qui leur paraissait « juste et équitable ». Or, depuis la sortie des décrets en avril 1999, « faute d'un financement adéquat », elles ont fait part de « leur déception ». Constatant que ce sont les personnes les plus dépendantes qui verront leur facture s'alourdir, les fédérations dénoncent surtout le fait que le dispositif s'appuie sur la Prestation

Spécifique Dépendance. C'est pourquoi, selon elles, la réforme de la tarification appelle une autre réforme : la réforme de la Prestation Spécifique Dépendance.

2.2.1 Une réforme ne pouvant se faire à coût constant

2.2.1.1 Les raisons

Les auteurs de la réforme étaient conscients que la réforme ne pouvait se faire à coût constant et ce, pour plusieurs raisons.

Il existe tout d'abord un effet mécanique d'accroissement dans les années à venir du nombre de personnes âgées dépendantes et de l'alourdissement du degré de cette dépendance qui entraînera probablement un surcroît d'admissions en établissements d'usagers de moins en moins autonomes. Il n'est pas besoin d'illustrer ce vieillissement par des projections dont nous savons dès aujourd'hui qu'elles sont fausses mais il est clair que le « papy-boom » n'est pas seulement un effet de style et qu'on doit s'attendre d'ici quelques années à une pyramide des âges ressemblant davantage à un entonnoir qu'à la pyramide de Kheops.

Il sera nécessaire ensuite d'améliorer la « médicalisation » des établissements existants qui en sont totalement ou partiellement dépourvus, alors même qu'ils accueillent des personnes très dépendantes. A l'heure actuelle, certains établissements ne disposant pas de section de cure médicale rémunèrent cependant du personnel médical, ce qui pèse sur l'hébergement. Cela représentera une nouvelle charge pour l'assurance maladie. Par ailleurs, pour les personnes résidant en établissement ne disposant pas de section de cure médicale, même s'il y aura un basculement des dépenses en ambulatoire vers l'enveloppe médico-sociale, les différentes simulations ont démontré qu'il existera, tout au moins au départ, un surcoût pour l'assurance maladie (acquisitions de nouveaux matériels...). D'autre part, l'Etat s'est engagé à financer les sections de cure autorisées avant le 1^{er} janvier 1997. Cela concerne, dans le département de l'Orne, 5 maisons de retraite pour 61 places.

La première simulation effectuée en 1994 par la Direction de l'Action Sociale (cf. annexe) avait fait apparaître un équilibre entre les différents financeurs. Or, la création du « clapet anti-retour » qui exonère du redéploiement les établissements « surdotés » lorsque leur charge de dépendance est élevée, va contribuer à alourdir les dépenses supportées par l'assurance maladie.

Enfin, la charte qualité va introduire inévitablement de nouvelles charges pour tous les financeurs. Si certains points peuvent être améliorés simplement par réorganisation du service ou avec du bon sens, d'autres exigeront inévitablement des moyens financiers.

C'est pourquoi, la nécessité est apparue de répartir les surcoûts à la charge de l'assurance maladie sur plusieurs exercices.

2.2.1.2 Les modalités d'application

Si la DDASS de l'Orne est restée prudente et n'a pas voulu engager trop tôt les discussions avec les établissements, c'est en raison de la confusion qui a entouré les modalités d'application de la réforme. La Direction de l'Action Sociale avait clairement annoncé dans un premier temps la nécessité d'un programme pluriannuel d'accompagnement financier. Cela impliquait d'une part, une mise en œuvre progressive des mesures nouvelles et d'autre part, un redéploiement graduel des dépenses des budgets des établissements (passage du budget binaire vers un budget ternaire).

Or, la mission MARTHE a annoncé au mois de septembre qu'il était préférable de faire « entrer » les établissements de plein pied dans la réforme. Cette discordance a généré de la part de la DDASS de l'Orne une position d'attente voire un sentiment de gêne vis à vis des établissements. En effet, il apparaissait d'autant plus difficile pour ses agents de contraindre les établissements de passer « du jour au lendemain » d'une tarification binaire à une tarification ternaire que les professionnels du secteur y étaient défavorables. Les services déconcentrés ont eu un complément d'information lors des journées de formation à l'ENSP au cours de laquelle les membres de la mission MARTHE ont redéfini les modalités d'application

de la réforme. En fait, comme toute réforme, la réforme de la tarification ne va pas apporter dans un premier temps des modifications radicales. Les établissements susceptibles d'entrer dans la réforme (conditions définies dans la circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999) devront signer une convention tripartite. Il y aura une période d'adaptation, une sorte de « lissage » pour reprendre les termes de la mission, qui permettra aux établissements de « s'acclimater » à la nouvelle tarification. Les établissements sur-dotés ne verraient donc pas leur dotation de l'assurance maladie fondre comme ils pouvaient le craindre, tandis que les établissements peu ou pas dotés ne doivent pas s'attendre dans un premier temps au financement qu'ils pouvaient espérer.

Dès lors, il semble bon de s'interroger sur l'utilité du clapet anti-retour. Ce clapet dont les raisons ont été expliquées plus haut, permettait à l'établissement de garder sa dotation initiale, celle-ci n'étant pas revalorisée. Il y avait donc un rattrapage au fil du temps avec la dotation « réelle ». Cependant, si les dispositions mentionnées précédemment se confirmaient, cela signifierait ni plus ni moins une généralisation du clapet anti-retour. La DDASS de l'Orne ne disposerait pas alors des moyens nécessaires à la médicalisation des établissements peu dotés. Dans ce cas, seules les mesures nouvelles et les dépenses en ambulatoire basculées dans l'enveloppe médico-sociale lui permettraient de financer les nouvelles dotations.

2.2.2 Des conclusions peu favorables aux usagers

Si l'on se réfère à l'étude effectuée par la Direction de l'Action Sociale en 1994, la nouvelle tarification n'engendrait pas de déport vers l'utilisateur. Selon la DAS, « la réforme ne devait pas conduire à alourdir plus encore la **participation moyenne** des personnes âgées dépendantes et devait au contraire préserver une répartition optimale des charges entre les trois financeurs »²². Certes, dans sa grande sagesse, la DAS reconnaissait que « la facturation à chaque personne ne serait pas inchangée et que des différences en plus ou en moins interviendraient ». C'est justement sur ce point que le bât blesse. Ainsi que le disait la

²² « La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPAD » D.A.S., mai 1999

directrice d'une maison de retraite ornaise, « il sera difficile d'expliquer à une personne classée en GIR 1 et à sa famille qu'elle devra désormais payer 50 francs de plus par jour sans contrepartie apparente ». Si les fédérations avaient apporté initialement leur soutien au projet, c'est parce qu'elles pensaient que le surcoût pour les personnes les plus dépendantes serait pris en charge par la PSD. Or, la loi du 24 janvier 1997 n'a pas eu les effets escomptés au point que Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité s'en est ouvertement émue.

Prenons l'exemple d'une maison de retraite publique rattachée à un hôpital. Son prix de journée actuel est de 280 francs. Si on lui appliquait aujourd'hui la nouvelle tarification, sa dotation « soins » serait augmentée de 1 317 000 francs. Cela signifie donc qu'actuellement, des charges relatives aux soins sont payées par l'usager sur la partie « hébergement ». En conséquence, on peut légitimement penser que son directeur, conscient qu'il pourra ainsi diminuer ses prix, a hâte d'appliquer à son établissement la nouvelle tarification. Pourtant, l'augmentation de la section « soins » ne profiterait pas à tous les résidents. En effet, il existe des disparités selon le degré d'autonomie des résidents. Les personnes classées du GIR 3 au GIR 6 verraient leur facture diminuer. Ces économies peuvent atteindre 80 francs par jour pour les plus autonomes (GIR 6). A l'inverse, les personnes les plus dépendantes classées en GIR 1 ou 2 seront davantage mis à contribution (33 francs par jour pour les plus dépendants). Cet exemple n'est bien sûr pas représentatif (chaque institution a ses particularités) et il existe des structures beaucoup plus désavantagées. Ainsi, une maison de retraite privée à but non lucratif se situant dans la périphérie d'Alençon verrait ses prix augmenter pour l'ensemble de ses résidents (excepté les « GIR 6 »), les personnes les plus dépendantes payant jusqu'à 82 francs de plus par jour (soit 2 500 francs par mois).

Au vu de ces différents résultats, nous pouvons nous interroger sur les objectifs initiaux de la réforme et notamment sur le principe d'équité si souvent évoqué. Lors d'une rencontre avec les établissements à Caen, M. Brunetière, chef de la mission MARTHE, a rappelé ce principe : « le but de la réforme est de substituer à un principe de solidarité intra-établissement une solidarité nationale ». Or, l'objectif est louable mais ne correspond que très peu à la réalité. Il est évident qu'avec la nouvelle tarification, la solidarité intra-établissement (au sein d'une structure, les personnes les moins dépendantes paient pour les personnes les plus dépendantes) n'existera plus mais celle-ci ne sera pas pour autant remplacée par une solidarité nationale. Les auteurs de la réforme ont peut-être oublié que le

principal financeur d'une maison de retraite, c'est Le Résident. Prenons l'exemple d'une maison de retraite du centre de l'Orne. Avec un prix de journée de 216 francs par jour, elle ne peut être qualifiée d'« établissement de luxe » et attire en conséquence une clientèle souvent modeste. Pourtant, sur 102 résidents, 10 seulement sont à l'aide sociale et 15 touchent la PSD. Un directeur d'un autre établissement indiquait que la participation du département s'élevait à 2.5 % de ses recettes. En fait, ce constat révèle que le principe de solidarité nationale est galvaudé et nous pouvons d'ailleurs aujourd'hui nous poser la question suivante : cette réforme tarifaire a-t-elle quelques chances de succès, fortement bâtie qu'elle est sur un socle « PSD - aide sociale » inégalitaire et incomplet par essence ? La tarification actuelle est sans doute injuste en différents points mais elle reste quand même basée sur une solidarité. Alors que c'est la personne âgée qui aurait dû être le principal bénéficiaire de cette réforme, nous pouvons nous demander maintenant si elle n'en fera pas finalement les frais.

Par ailleurs, il a été prévu que le financement alloué par l'assurance maladie serait « étalé » sur cinq ans, dès lors que l'établissement aura signé une convention tripartite avec le Conseil Général et la DDASS. Pendant ce délai de cinq ans, ce sera la personne âgée qui continuera à supporter les charges relevant en principe de la Sécurité Sociale et donc de la solidarité nationale. Est-ce que dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé cette réforme était opportune ? M. Amarantinis, délégué général de la FNEAPAD²³, l'a d'ailleurs très bien évoqué : « En synthèse, on peut dire qu'issue d'un objectif louable, celui d'assurer une meilleure prise en charge de la personne âgée institutionnalisée, à partir d'une mesure objective de sa dépendance (grille AGGIR) et quelle que soit la structure où elle est hébergée, il semblerait que cette réforme ait été peu à peu vidée de son sens pour des impératifs à la fois politiques et macro-économiques : ne pas déplaire aux conseils généraux + préserver la maîtrise des dépenses d'assurance maladie sans recours à la solidarité nationale = équation impossible à réaliser ! »²⁴.

De plus, la position du Conseil Général de l'Orne est très claire à ce sujet : les dépenses d'aide sociale et de PSD ne devront pas augmenter en 2000. La DISS a d'ailleurs effectué des simulations auprès des établissements susceptibles d'entrer dans la réforme et

²³ Fédération Nationale des Etablissements d'Accueil des Personnes Agées Dépendantes

²⁴ Hospitalisation Privée n°347 juillet-août 1999

exprime déjà des inquiétudes. En théorie, le bon sens voudrait que cela soit une opération blanche pour eux. Le surcoût nouvellement généré par les personnes les plus dépendantes (PSD et aide sociale) devrait être totalement compensé par les économies générées auprès des personnes les plus autonomes. Or, les services du Conseil Général se sont aperçus que ce sont malheureusement les personnes les plus modestes qui sont les plus dépendantes, ce qui signifie donc une éligibilité plus importante à l'aide sociale ou à la PSD. Cette étude mérite cependant d'être confirmée.

Toutes ces difficultés rendent l'application de la réforme, tout du moins dans l'Orne, très délicate. La signature des conventions tripartites reste subordonnée à l'octroi de moyens nécessaires. Depuis le mois de septembre, la DDASS et le Conseil Général se sont réunis à plusieurs reprises afin d'adopter une position commune vis à vis des établissements. Ce terrain d'entente reste fragile et force est de reconnaître qu'aujourd'hui, le maître mot de cette réforme est l'argent. M. Boussy, délégué général de l'UNEPPA²⁵, indiquait d'ailleurs que « les établissements refuseraient de signer la moindre convention tripartite qui ne leur donnerait pas les moyens d'exercer correctement leur mission »²⁶. Nous avons dit précédemment que les conventions fonctionneraient telles la maxime « donnant donnant » et donc si la DDASS veut espérer un engagement des établissements, elle devra disposer de contreparties. Néanmoins, son objectif est d'accompagner la réforme et de signer les premières conventions le plus vite possible et cela, pour deux raisons : d'une part en raison de la date butoir (27 avril 2001) qui leur impose d'étaler la charge de travail, et d'autre part pour profiter des mesures nouvelles au titre de la campagne budgétaire 2000. Tout le talent de la DDASS sera donc d'imposer aux EHPAD un cadre strict mais qui permette à la tutelle au moyen d'avenants annuels d'abonder les établissements selon les crédits disponibles.

²⁵ Union Nationale des Etablissements Pour Personnes Agées

²⁶ « La réforme de la tarification : une désapprobation générale » Actualités Sociales Hebdomadaires, 9/04/99

2.2.3 Une réforme qui appelle une autre réforme

Le système qui est proposé apparaît injuste dans la mesure où l'on établit désormais une distinction officielle (certains établissements pratiquaient déjà des tarifs « valide » ou « semi-valide ») entre les personnes autonomes et les personnes dépendantes. Dans une société dont la lutte contre les exclusions est une priorité nationale, cette réforme remet en cause le principe de la solidarité et pose des questions de choix politique voire d'ordre éthique. Doit-on considérer la dépendance comme un accident au même titre que la maladie ou le handicap ? Pourquoi un adulte handicapé accueilli dans une Maison d'Accueil Spécialisée est-il pris en charge à 100 %, alors qu'une personne âgée lourdement dépendante (GIR 1) devrait payer désormais jusqu'à 400 francs par jour ? Ces différentes questions nous interrogent sur les limites d'une politique de la vieillesse. Pierre Laroque avait d'ailleurs en 1960 relevé la difficulté : « la politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même, elle n'est pas et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société, en vue de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité, dans son intérêt propre comme dans l'intérêt de la communauté elle-même, compte tenu tant de l'âge que des autres éléments qui déterminent cette personnalité »²⁷. En effet, on ne peut que regretter aujourd'hui la conception trop étroite qu'ont les pouvoirs publics de la dépendance. L'allocation compensatrice de tierce personne, créée en 1975, concernait toutes les personnes handicapées mais, l'instauration en 1997 de la PSD a cristallisé la scission entre handicapés jeunes et vieux. Certes, nous pourrions nous interroger également sur le terme de « dépendance » et de sa possible analogie avec le « handicap ». Il n'en demeure pas moins que la dépendance (prise en sens initial) ne concerne pas uniquement les personnes âgées mais nécessite un accompagnement (ou une aide) similaire quelque soit l'âge ou le handicap.

La réforme de la tarification a eu le mérite de distinguer dans la prise en charge, les soins, l'hébergement et la dépendance. Si personne ne remet en cause aujourd'hui les principes d'une prise en charge de l'hébergement par le résident et celle des soins par l'assurance

²⁷ Pierre LAROQUE in Commission d'étude des problèmes de la vieillesse

maladie, la question centrale qui demeure est la suivante : quid de la dépendance ? La PSD, en l'état actuel des choses, fait l'unanimité contre elle. Les établissements lui reprochent sa faible éligibilité tandis que les personnes âgées sont découragées par le recours sur succession. Mme Guinchard-Kunstler, la Députée du Doubs, a d'ailleurs souligné, dans un rapport remis à M. le Premier Ministre en septembre 1999, la nécessité d'instaurer une « prestation unique dépendance » afin de solvabiliser les besoins des personnes âgées. Le gouvernement, convaincu de la nécessité de réviser en profondeur le dispositif, envisage de porter le seuil des recours sur succession à 600 000 francs et souhaite étendre la PSD à tous les cas de dépendance.

Dans « le livre blanc de la PSD », ses auteurs (essentiellement des fédérations) demandent l'intégration du risque « dépendance » dans le champ de la Sécurité Sociale. L'Allemagne a ainsi opté pour cette voie en 1995. Or, si cette option devait être choisie, elle devrait l'être avec toutes les circonspections nécessaires. Il ne faudrait pas, ainsi que le constatait la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Mme Aubry, « déresponsabiliser les solidarités familiales naturelles ». Dans une institution du sud de l'Orne, la politique choisie a été de prolonger les liens entre le résident et sa famille, à travers des actes ou des participations sinon quotidiennes, tout du moins hebdomadaires. L'aide à la prise des repas est ainsi assurée, pour les personnes les plus dépendantes, bénévolement à tour de rôle par les parents des hébergés. L'intervention des professionnels doit être secondaire. L'intégration de la dépendance dans le dispositif de protection sociale reste toutefois suspendue au dégageant de financements nouveaux.

D'autres, à l'inverse, prônent une plus grande responsabilisation des résidents et, à ce titre, une prise en charge individuelle de sa dépendance. « Il n'est pas honteux pour l'hébergement et la dépendance que la personne âgée choisisse ses produits d'accompagnement et les assume personnellement au nom de sa légitimité sociale »²⁸. En fait, au-delà de cette problématique, c'est toute une réflexion autour de la citoyenneté et de la conception qu'on peut en avoir qui est poursuivie.

²⁸ Joël DEFONTAINE in « Oui à la réforme de la tarification » Actualités Sociales Hebdomadaires, juin 1999

Il est bien sûr encore trop tôt pour dresser un bilan de la réforme mais on peut d'ores et déjà faire quelques observations sept mois après la parution des textes.

En premier lieu, cette réforme est incontestablement impopulaire dans les milieux professionnels et on peut même s'interroger sur sa « viabilité ». Ce qui est surprenant, c'est que cette désapprobation s'est progressivement généralisée. Au début de l'année 1999, certains directeurs avaient un a priori favorable et depuis la parution des décrets (qui ont été conformes à ce qui était attendu), on a senti peu à peu un retournement de situation. A cela, deux explications : les établissements ont une connaissance des textes de plus en plus approfondie et surtout, il convient de noter l'importante communication des différentes fédérations qui n'a eu de cesse de critiquer la réforme de la tarification.

Ensuite, la mise en route dans le département de l'Orne s'est avérée laborieuse. Il y a eu un véritable branle-bas de combat en juillet afin d'effectuer la simulation demandée par MARTHE. Puis, l'excitation est retombée comme un soufflé. Peut-être la DDASS de l'Orne a-t-elle été trop attentiste mais force est de reconnaître que l'ampleur de la tâche, le manque de visibilité, la complexité des textes et le peu d'enthousiasme des établissements ont joué en sa défaveur. D'ailleurs, si l'on compare avec d'autres départements, la DDASS de l'Orne n'est pas particulièrement en retard. Début décembre, les services du Conseil Général, de l'Etat et de l'assurance maladie se réunissaient à nouveau pour finaliser leur stratégie et mettre en place un groupe de pilotage informel afin de débiter les négociations avec les établissements.

Par ailleurs, parmi les nombreuses interrogations qui demeurent, il est un point essentiel qui, sans être pour autant devin, risque de devenir rapidement une pomme de discorde. En effet, l'application de la réforme dans l'Orne a ceci de particulier que les premières simulations ont mis en évidence une participation « trop importante » (au sens de la nouvelle tarification) de l'assurance maladie. Or, comme nous l'avons dit précédemment, il

apparaît d'ores et déjà certain que la DDASS ne récupérera pas ce « surplus ». Pour autant, celle-ci demandera à l'établissement d'ajuster la prestation par rapport aux moyens alloués. Les établissements ne pourront donc pas utiliser cette « sur-dotation » de l'assurance maladie en atténuation du prix d'hébergement comme ils le font actuellement. Ce serait contraire au principe d'étanchéité des sections. Les établissements devront par conséquent relever leur tarif « hébergement » et ce, au détriment des usagers. Dans ce cas très précis (sur-dotation de l'assurance maladie), le résident sera davantage mis à contribution. On peut donc craindre une « migration » des personnes âgées résidant actuellement dans les établissements sur-dotés vers des établissements peu ou pas dotés.

Enfin, il convient de noter que le secteur des personnes âgées est en train de subir une réforme qui dépasse le strict cadre de la tarification et du régime comptable des établissements. Aucun directeur d'établissement rencontré n'a émis cette idée mais il semble bien que l'on assiste à une mutation d'un secteur géré dorénavant à la manière du secteur sanitaire.

En effet, en insufflant une logique prospective aux maisons de retraite (projet d'établissement, convention tripartite) et en établissant une nouvelle tarification basée sur un outil universel (grille AGGIR), le législateur s'est donné deux objectifs : d'une part, laisser davantage d'initiative aux établissements en leur permettant de définir des objectifs et de programmer les moyens correspondants et d'autre part, définir, à la manière du point I SA, un critère objectif d'allocation des ressources. D'ailleurs, l'article 5 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 ne prévoit-il pas un tableau de bord permettant aux autorités de tarification de comparer les établissements entre eux, notamment grâce à la valeur nette des points iso-ressources de chacun d'eux ?

La nouvelle tarification est davantage qu'une simple réforme. C'est une totale remise en cause des us et coutumes d'une profession qui devra démontrer dans les toutes prochaines années une adaptabilité d'autant plus importante que le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 est sur le point d'être entériné.

BIBLIOGRAPHIE

Textes juridiques :

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

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 à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

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.

Articles de presse :

« Réforme : Dominique Gillot veut rassurer » in Décideurs des maisons du troisième âge n° 26 octobre 1999

« Etablissements d'hébergement des personnes âgées » in Hospitalisation privée juillet-août 1999

J-P Hardy : « Tarification des établissements sociaux et médico-sociaux : vers quelle réforme ? » in IASS La Revue n° 25 juin 1999

J. Defontaine : « Oui à la réforme de la tarification » in Actualités Sociales Hebdomadaires 18 juin 1999

« Une nouvelle usine à gaz » in Gazette de l'Hôpital n° 20 juin 1999

« Un financement plus juste des établissements d'hébergement » in La lettre de la CNAM juin 1999

S. Courault : « La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes » in Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2117 30 avril 1999

« Etablissements pour personnes âgées dépendantes. Réforme de la tarification » in Travail Social Actualités n° 736 30 avril 1999

N. Mlekuz : « Une désapprobation générale » in Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2114 9 avril 1999

M. J. Lévy : « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ? » in Revue de droit sanitaire et social n° 4 octobre-décembre 1998

N. Kerschen : « La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la Sécurité Sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois » in Revue française des affaires sociales octobre 1997

P. Champvert : « La tarification en établissements pour personnes âgées. Remarques prospectives » in Actualité et dossier en santé publique n°20 septembre 1997

« Evaluation et accréditation dans le secteur social et médico-social » in Revue Hospitalière de France n° 2 mars-avril 1997

« La qualité » in Hospitalisation nouvelle n° 230 juillet 1995

Documents officiels :

Courrier juridique des affaires sociales septembre-octobre 1999

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale : La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Mai 1999

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale : Projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Décembre 1998

Conseil Economique et Social Régional : Les réponses aux besoins sanitaires et médico-sociaux en Basse-Normandie. Volet III : A l'issue de la vie active. Avril 1998

Commissariat Général du Plan : « Dépendance et solidarités. Mieux aider les personnes âgées » septembre 1991

Sites Internet :

www.intranet.sante.gouv.fr : accès aux informations de la mission MARTHE

www.clinique-privee.com : site de la Fédération Nationale des Etablissements d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

ANNEXES

Annexe 1 : Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Annexe 2 : Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Annexe 3 : Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Annexe 4 : schéma de la D.A.S présentant le passage de la tarification binaire à la tarification ternaire.

Annexe 5 : comparaison de la dotation globale 1999 des maisons de retraite de plus de 85 lits entre l'ancienne et la nouvelle tarification.