

E.N.S.P

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

**METTRE EN PLACE LA RÉFORME DE LA
TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS
HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES EN LOIRE-ATLANTIQUE**

TAILLANDIER Hélène

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
1 UNE RÉFORME TRÈS ATTENDUE DANS SES PRINCIPES MAIS DÉCRIÉE DANS SES MODALITÉS D'APPLICATION	8
1.1 la réforme était unanimement attendue	8
1.1.1 Appliquée à notre réalité socio-économique, la tarification actuelle comporte des effets pervers ...	8
1.1.2 les objectifs et les conditions de réussite de la réforme	10
1.1.2.1. Privilégier la transparence et la qualité des prestations	10
1.1.2.2. Les conditions de réussite de la réforme.....	19
1.2 mais la réforme est décriée dans ses modalités d'application	22
1.2.1 Le nouveau système ne parvient pas à lisser les inégalités.....	22
1.2.2 La procédure contractuelle limite la liberté des établissements.....	24
2 MALGRÉ LES ATTENTES QU'ILS PLACENT DANS LA RÉFORME, LES DIRECTEURS RESTENT RÉTICENTS QUANT À SON APPLICATION	25
2.1 Si les directeurs placent de grandes attentes dans la réforme, il subsiste encore trop d'inconnues	26
2.1.1 En Loire-Atlantique, les directeurs placent de grandes attentes dans la réforme.	26
2.1.2 La réforme manque de lisibilité et lèse les résidents	28
2.1.2.1. Le manque de lisibilité	28
2.1.2.2. La réforme est inéquitable, elle lèse le résident.....	32
2.2 Le classement en GIR et la logique individualiste inquiètent les directeurs	36
2.2.1 La remise en cause de la pertinence du classement en Groupes Iso-Ressources.....	36
2.2.2 Le passage d'une logique de mutualisation du risque à une logique d'individualisation	36
3 ÉLÉMENTS DE PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME	37
3.1 Expérimenter de nouvelles méthodes de travail	38
3.1.1 Mieux communiquer autour de la réforme	38
3.1.2 Travailler dans le cadre de la contractualisation.....	40

3.2 Réformer la réforme	41
3.2.1 Aménager certaines dispositions de la réforme	41
3.2.1.1. Aménager la prestation spécifique dépendance.....	41
3.2.1.2. Rendre possible une actualisation du classement en GIR pour les résidents.....	42
3.2.2 Poursuivre la démarche qualité.....	43
3.2.2.1. Mieux prendre en compte la notion de dépendance	43
3.2.2.2. Faire mieux a moyens constants.....	45
CONCLUSION.....	47
INDEX.....	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53
ANNEXE N° 1.....	54
ETABLISSEMENT N°1 (23 septembre 99).....	54
ETABLISSEMENT N°2 (20 octobre 99).....	56

REMERCIEMENTS

Je remercie les directeurs d'établissements et associations de résidents pour leur accueil et leur disponibilité :

M. CHUTEL, directeur de la Maison de retraite Margueritte de Rohan à Blain
M. LE LAMER, directeur adjoint à l'hôpital local de Savenay
Melle PREUMONT, directrice de la maison de retraite La Tanière à Rezé
M. BATARD, directeur de la Résidence Mauperthuis à Rezé
Mme LEPLAY, directrice de la Résidence des trois clochers à Gétigné
Mme CHARCELLET-ALBERT, directrice de la maison Saint-Charles à Missillac
Mme LE LAMER, directrice de l'hôpital local de Vertou
M. CHAMBRIS, directeur de la maison de retraite Saint-Joseph à Nantes
M. LERAY, directeur des Cheveux Blancs à Orvault
M. GARIN, directeur administratif financier au centre hospitalier de Saint-Nazaire
M. GUILLARD, directeur du centre hospitalier de Guérande
M. MERCIER, directeur de l'hôpital local intercommunal du pays de Retz à Pornic
M. TREGOUET, directeur des services économiques au centre hospitalier de Chateaubriant
Mme BRISSON, directrice de la maison de retraite La Roselière à Pont-Saint-Martin
Mme BLANQUET, directrice de La Chézalière à Nantes
L'amicale des familles et amis des Cheveux Blancs
L'association des personnes âgées vivant en collectivités

les différentes institutions et plus particulièrement les personnes dont les noms suivent, qui les représentent, pour leurs explications et leur disponibilité :

La Direction des Interventions Sanitaires et Sociales :

Mme GUINVARC'H, attachée territoriale au conseil général
M. LE DEVEHAT, attaché territorial au conseil général

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Pays de la Loire :

M. CARO, directeur adjoint à la CRAM
Mme HENRY, chef de service des actions sanitaires et sociales
M. CHARBONNEAU, service des actions sanitaires et sociales

La D.D.A.S.S.

Le service des établissements sanitaires :

Mme MOLLARD-BLANZACO, inspectrice principale

Les personnes du service des établissements médico-sociaux et en particulier :

Mme BERTHOMEAU, inspectrice principale

M. BERLINET, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, maître de stage

Mme LANDRIN, secrétaire administrative

Mme ROBERT, secrétaire administrative

Ainsi que mon accompagnant mémoire

Mme JEGU, Ecole Nationale de la Santé Publique

INTRODUCTION

Dès 1978, une circulaire du ministère de la santé et de la sécurité sociale affirme que « le bien-être physique et moral des personnes âgées résidant en établissement ne se limite pas au gîte, au couvert, à l'entretien. Les personnes âgées, quel que soit leur âge ou leur handicap ont besoin de continuer à participer à la vie sociale, de se sentir présentes à leur époque et de conserver la plus grande autonomie possible »¹. Ces objectifs doivent guider l'action de tout responsable de maison de retraite, malgré un état de dépendance de plus en plus accentué chez les résidents. En effet, le vieillissement de la population est devenu une caractéristique majeure de nos sociétés modernes, la tranche d'âge des 65 ans et plus représentant 15,6 % de la population française totale². En effet, la proportion des personnes âgées (plus de 60 ans) est devenue supérieure à la proportion des personnes relativement jeunes (moins de 20 ans). Le département de Loire-Atlantique s'inscrit dans cette évolution démographique puisque l'indice de vieillissement passe de 54 en 1998 à 60 en 2003, d'après les projections de l'INSEE³. En outre, la forte augmentation de la population ligérienne âgée de 75 ans et plus s'explique par l'augmentation continue de l'espérance de vie, par une fécondité moindre et par l'attrait du littoral.

Si la région des Pays de la Loire est relativement bien équipée, il apparaît nécessaire d'adapter l'offre d'hébergement et de soins à l'évolution démographique. Effectivement, la région se situe au deuxième rang national en lits d'hébergement pour personnes âgées avec 677 maisons de retraite et 87 unités de soins de longue durée. Cependant, ce fort taux d'équipement signifie inéluctablement d'importants besoins de médicalisation donc de financement puisque 2 170 places sont en attente de financement au plan régional. Selon les données fournies par le service statistique de la DRASS, la région consacre 1420,4 millions de F aux soins, les dépenses d'aide sociale à la charge du conseil général pour financer l'hébergement s'élevant à 628,6 millions de F.

L'évolution démographique a fait émerger la question de l'organisation, par les pouvoirs publics, de la prévention et de la prise en charge de la dépendance. En effet, la dépendance concernerait 360 000 personnes en institution (60 % des résidents) et 870000 personnes âgées à domicile (10 % des personnes)⁴.

¹ Circulaire n° 24 du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement.

² « bilan démographique 1997 », *Insee première* n° 566, 1998.

³ un indice de vieillissement de 54 signifie que 54 personnes ont plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans. Source : INSEE-modèle OMPHALE.

⁴ P. BREUIL, INSEE - France, portrait social 1998-1999.

La dépendance est *“une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relèvent de la satisfaction d’un besoin ou d’un désir”*⁵. Concernant les personnes âgées, elle caractérise le recours à un tiers – aide humaine ou technique - pour accomplir un ou plusieurs actes de la vie courante.

Il existe une palette diversifiée de prises en charge allant du maintien à domicile à l’accueil en établissement. La question se pose alors de savoir si le système actuel de prise en charge de la dépendance dans les établissements permet de répondre de façon satisfaisante aux besoins.

En 1995, le projet de création d’une “prestation autonomie” destinée aux personnes âgées dépendantes constitue un élément de réponse aux situations de dépendance, tant à domicile qu’en établissement. Abandonnant momentanément l’idée d’une “prestation autonomie”, les pouvoirs publics promulguent la loi du 24 janvier 1997⁶. Celle-ci contient trois avancées principales : la coordination, la prestation spécifique dépendance (P.S.D.) et la réforme de la tarification (titre V). Spécifique comme son nom l’indique, la P.S.D. permet de solvabiliser la personne âgée en compensant les charges liées à son état de dépendance. Elle pallie les insuffisances de l’allocation compensatrice pour tierce personne alors versée aux personnes âgées dépendantes. Tandis que les décrets d’application de la P.S.D. ont été pris rapidement, les décrets d’application de la réforme de la tarification ont tardé à paraître, principalement en raison d’enjeux budgétaires. La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) se présente comme un projet de grande envergure, touchant au total 10 000 établissements publics et privés - associatifs et commerciaux, dans les domaines sanitaire et médico-social. Loin de concerner uniquement les aspects budgétaire et comptable - réforme de la “tarification”-, elle vise à améliorer la qualité des prestations servies en établissement. Ainsi, la réforme n’est pas une fin en soi, mais un moyen de répondre à l’apparition de situations de dépendance due à l’âge dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Lancée par les textes du mois d’avril 1999⁷, la réforme se met progressivement en place et il est difficile d’avoir le recul nécessaire afin de cerner ses implications réelles. C’est pourquoi cette étude tente plutôt de comprendre comment mettre en place et communiquer autour d’une réforme attendue de longue date et dont les décrets d’application sont parus depuis un peu plus de six mois. C’est parce que la phase

⁵ A. MEMMI, revue de droit sanitaire et social sous la direction de F. KESSLER, éditions SIREY, 1997.

⁶ 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.

essentielle de la réforme n'est pas la parution des textes mais sa réalisation collective que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a décidé de mettre en place une mission nationale d'appui à la réforme dite mission MARTHE. Conduite par M. Brunetière, cette mission poursuit l'objectif d'en faciliter l'application sur le terrain, notamment par la mise en synergie des différents acteurs. Cette analyse vise à confronter les attentes du ministère - telles qu'elles sont exprimées par la mission MARTHE - avec la réalité locale des autorités tarifcatrices et des directeurs d'établissement chargés de mettre en place la réforme en Loire-Atlantique. Ceci, pour appréhender les difficultés liées à l'application de la nouvelle tarification dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. En effet, les modalités d'application et le financement de la réforme ne semblent pas aller de soi et l'on peut essayer de comprendre pourquoi certains directeurs adoptent, a priori, une attitude défensive. En outre, la mise en place concomitante des 35 heures complexifie la situation, tant pour les directeurs que pour les tarifcateurs.

Se pose également la question de savoir quel est le rôle de chacun des partenaires – Etat, conseil général et établissement- et quels sont les changements induits dans leur façon de travailler, notamment en fonction de leurs moyens humains et matériels. En effet, la mise en place de cette réforme est l'occasion, pour l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales (I.A.S.S.), d'appréhender de nouvelles méthodes de travail grâce à la signature des conventions tripartites. Il devra négocier les conventions et, annuellement, les budgets en partenariat avec l'attaché territorial du conseil général et le directeur de l'établissement.



La réforme était très attendue dans ses principes mais elle est décriée dans ses modalités d'application (I). En Loire-Atlantique, les directeurs placent de grandes attentes dans réforme, malgré les incertitudes (II). Il paraît alors possible de tirer certains enseignements relatifs à la mise en place de la réforme afin d'avancer quelques éléments de proposition pour l'avenir (III).

⁷ Décrets n° 99-316 et 99-317 d'application de la loi du 24 janvier 1997 ainsi que trois arrêtés du 26 avril 1999 (J.O. du 27 avril).

1 UNE RÉFORME TRÈS ATTENDUE DANS SES PRINCIPES MAIS DÉCRIÉE DANS SES MODALITÉS D'APPLICATION

1.1 LA RÉFORME ÉTAIT UNANIMEMENT ATTENDUE

1.1.1 Appliquée à notre réalité socio-économique, la tarification actuelle comporte des effets pervers

Le système de tarification actuel résulte d'une époque où les personnes âgées dépendantes se trouvaient principalement en établissement dispensant des soins de longue durée tandis que les maisons de retraite accueillait des personnes relativement valides. Or, aujourd'hui, ce sont surtout les hasards de la vie qui font qu'une personne arrive et reste - malgré la dégradation de son état de santé - dans tel établissement plutôt que dans tel autre. Sans compter avec les progrès sanitaires et sociaux ou l'encouragement du maintien à domicile qui ont contribué à retarder l'âge d'entrée en établissement. En effet, l'institution représente aujourd'hui le dernier domicile de la personne âgée.

Depuis le rapport Henrard de 1983, le principe selon lequel les établissements sont tarifés sans tenir compte de l'état de santé et des besoins des résidents est remis en cause. En effet, la tarification fondée sur le statut juridique des établissements entraîne des disparités entre eux. Parallèlement, il existe un certain nivellement des besoins des populations hébergées dans les différents types d'établissements. En effet, les établissements ne se caractérisent plus par le type de population accueillie. Le phénomène de médicalisation des domiciles collectifs en témoigne.

Les documents élaborés par la mission MARTHE (Mission d'Appui à la mise en place de la Réforme de la Tarification des Etablissements Hébergeant des personnes âgées dépendantes) pointent ces effets pervers.

- **La tarification binaire ne tient pas compte de la composante "dépendance" et des prestations que nécessite cet état de dépendance.**

Les dépenses afférentes à la dépendance sont actuellement prises en charge par les forfait soins et par le tarif hébergement. La question se pose de savoir si ces postes ont vocation à couvrir de telles charges. Par exemple, le conseil général finance

aujourd'hui, sur le budget hébergement, des postes d'aides soignants qualifiés alors que ceux-ci assurent des fonctions de soins. En tout état de cause, les établissements ont dû s'adapter, à la marge, au phénomène croissant de dépendance, brouillant la lisibilité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, tant pour les résidents et l'équipe soignante que pour les autorités tarifcatrices.

- **La part tarifaire liée à l'hébergement sert de variable d'ajustement quand le forfait soins est insuffisant.**

Les personnes valides supportent donc une partie des charges liées à la dépendance en s'acquittant du tarif hébergement alors que ces prestations ne relèvent nullement du domaine hôtelier.

- **Il est impossible de comparer les établissements entre eux faute de références de bonne pratique et de règles du jeu claires.**

De ce fait, les autorisations de section de cure médicale et de forfaits soins courants n'étaient pas toujours liées à des critères objectifs. En outre, une fois autorisée et financée, la section de cure médicale ne peut être remise en cause, nonobstant une modification de la situation initiale de l'établissement. Il existait donc une véritable opacité en la matière, l'établissement transférant à son gré les résidents des soins courants à la section de cure médicale.

- **Les modes d'allocation des ressources des établissements** ne reposent pas sur une analyse globale des budgets en raison du caractère forfaitaire de la médicalisation. En outre, il n'existe actuellement ni contrôle, ni évaluation systématique des moyens alloués. La répartition des moyens se fait actuellement en fonction de l'écart de l'établissement par rapport au forfait plafond. L'objectif est de lisser les inégalités entre établissements par rapport à ce plafond, sans vraiment prendre en compte ses besoins réels.

La réforme vise à pallier les insuffisances de ce système devenu inadapté face à l'ampleur de l'évolution démographique et au nivellement des besoins des établissements. Cette réforme se veut avant tout une réforme "vérité" sur les coûts.

1.1.2 les objectifs et les conditions de réussite de la réforme

1.1.2.1. Privilégier la transparence et la qualité des prestations

Selon la direction de l'action sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, les principaux objectifs de la réforme sont les suivants :

- **Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement.**

- La qualité de la prise en charge se mesure grâce à la réponse apportée aux besoins explicites ou implicites liés à l'état de dépendance des résidents. A cette fin, les établissements s'engagent dans une démarche d'assurance qualité se définissant comme l'ensemble des actions préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, démontrées en tant que de besoin, pour prouver que les exigences de qualité sont respectées. La signature d'une convention tripartite avec l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le conseil général, respectant un cahier des charges fixé par décret, est un préalable à la possibilité d'accueillir des personnes âgées dépendantes. Cette convention doit permettre aux autorités tarifcatrices de s'assurer que les critères de qualité généralement exigibles ou attendus des établissements sont respectés. Le cahier des charges se présente comme un guide permettant aux trois parties à la convention de rechercher ensemble les solutions pour améliorer le bien-être des résidents. Ce ne sont pas des normes rigides édictées unilatéralement par le ministère mais des directives d'action allant de la simple recommandation à l'exigence et servant de socle à la démarche d'assurance qualité.

La convention doit être conclue au plus tard 2 ans après la publication du décret, soit le 27 avril 2001. Elle définit :

- les conditions de fonctionnement de l'établissement dans ses aspects financiers et qualitatifs,
 - l'attention particulière accordée au niveau de formation du personnel,
 - les objectifs d'évaluation de l'établissement,
 - les modalités de son évaluation.
-
- Les établissements avaient déjà impulsé des actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge. En effet, ils ont été rénovés dans le cadre des contrats de plan Etat-Région et les hospices ont, pour la plupart, été humanisés. Les modes d'accueil ont aussi été diversifiés, allant du domicile collectif aux petites unités de

vie du type canton pour les personnes désorientées. De nombreuses initiatives ont ainsi permis de mieux adapter les réponses aux réalités territoriales et aux attentes des personnes âgées. Par ailleurs, l'ouverture de sections de cure médicale financées par la sécurité sociale a permis de prendre en charge la dépendance des résidents dès 1978⁸. La réforme de la tarification permet aux établissements d'aller plus loin dans leur démarche d'amélioration de l'accueil puisqu'ils doivent désormais faire clairement le choix stratégique d'accueillir des personnes âgées dépendantes en signant une convention avec le conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Ce choix n'est pas neutre, pour un logement-foyer souhaitant accueillir des personnes âgées dépendantes par exemple, puisque les normes architecturales sont plus contraignantes. Il est important que la multiplicité des accueils soit sauvegardée, que le conventionnement n'entraîne pas une spécialisation des maisons de retraite dans l'accueil des personnes âgées dépendantes uniquement.

- Parallèlement, les établissements ont été invités à mener une réflexion sur leur fonctionnement interne dès 1992 dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement⁹ se décomposant en projet de vie et projet de soins. Le projet d'établissement constitue un canevas pour l'avenir. Il permet de formaliser l'existant et de remettre à plat le fonctionnement de l'établissement. Cela donne l'occasion au directeur d'impulser une dynamique de changement en interne et vers l'extérieur grâce à la concertation des résidents et du personnel. Il sert en quelque sorte de faire-valoir à l'établissement et permet aux autorités chargées de le tarifier de connaître ses objectifs généraux. Dans le cadre de la démarche d'assurance qualité, l'établissement est pleinement responsable de l'écriture de son projet. La réforme adopte une approche individualisée, c'est-à-dire tenant compte des spécificités et de l'état d'avancement de chaque établissement. C'est la raison pour laquelle le gouvernement ne souhaitait pas, à l'origine, élaborer une convention-type. A la demande des différents acteurs, il semblerait que l'on s'achemine vers la rédaction d'une telle convention. Cependant, celle-ci sera vraisemblablement assez souple pour permettre de s'adapter à la réalité locale et à chaque établissement en définissant les points sur lesquels l'attention devra être portée pendant les cinq prochaines années.

⁸ décret n° 77-1289 du 22/11/1977 portant application de l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁹ Cf. loi n° 91-748 du 31/07/91 portant réforme hospitalière.

- **Permettre une allocation équitable des ressources :**

- En faisant reposer la tarification sur les besoins réels de l'établissement, c'est-à-dire en fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies. L'élaboration d'un tableau de bord normalisé doit permettre au préfet comme au président du conseil général de comparer les établissements entre eux. Il est composé de 16 indicateurs médico-socio-économiques incluant notamment la valeur nette des points iso-ressources ainsi que le G.I.R. moyen pondéré¹⁰ (G.M.P.) de chaque établissement. L'allocation des ressources sera donc plus rationnelle puisqu'elle tiendra compte de l'état réel de dépendance des résidents et des charges qui en résultent. Si les indicateurs contenus dans le tableau de bord de l'établissement s'écartent de la valeur moyenne du point G.I.R. départemental, l'établissement devra justifier ces décalages et proposer des mesures pour les réduire.
- En opérant une péréquation entre les établissements les mieux dotés et les établissements qui le sont moins. La répartition régionale des crédits, par le préfet de région, sera effectuée sur la base de ces indicateurs objectifs, après comparaisons interdépartementales et interétablissements et non plus en fonction de la valeur plafond du forfait. La procédure de répartition des crédits se fera toujours en cascade, de l'enveloppe ministérielle "personnes âgées" vers la D.R.A.S.S. qui elle-même répartira l'enveloppe régionale entre les départements. La D.D.A.S.S répartira à son tour la dotation départementale entre les établissements, en fonction de leurs besoins réels. Il est ainsi tenu compte du coût réel de chaque établissement en fonction de sa spécificité et de sa catégorie.

A partir de la simulation lancée par le ministère auprès de 1 000 établissements¹¹, une base nationale de données va se mettre en place pour programmer et suivre une allocation rationnelle des ressources disponibles ou à mobiliser.

- **Introduire davantage de transparence sur les services rendus et la gestion :**

- En isolant la composante dépendance. La prise en compte de la dépendance des personnes âgées accueillies en établissement à côté de l'hébergement et des soins va permettre d'établir un "budget vérité", c'est-à-dire prenant en compte les coûts réels de l'établissement. La réforme vise à faire prendre en charge par la personne elle-même - ou par le conseil général au titre de la prestation spécifique dépendance (P.S.D.) – les dépenses afférentes à la dépendance. Avec le nouveau système, les personnes s'acquitteront d'un tarif "hébergement" unique mais ne représentant que

¹⁰ Gir Moyen pondéré : c'est la valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Pour le calculer, on divise le nombre total de points GIR par le nombre de résidents.

¹¹ C.f. simulation page 18

les charges relatives à l'hébergement, tandis que les personnes dépendantes paieront en sus un tarif dépendance.

- En distinguant ce qui relève respectivement du sanitaire et du médico-social. Les personnes accueillies dans les services de soins de longue durée sont très dépendantes puisque 70 % d'entre elles ont plus de 70 ans, mais ne relèvent pas pour autant d'un plateau technique hospitalier. C'est pourquoi les services de soins de longue durée sont soumis à la réforme de la tarification. Cependant, cela n'entraîne pas leur mutation en structures médico-sociales et ils demeurent une mission dévolue aux établissements de santé, sous la compétence de l'agence régionale de l'hospitalisation. Poursuivant un objectif de clarification des missions de chaque type d'établissement, la réforme prévoit que dans l'avenir les unités de soins de longue durée devront être requalifiées par la loi, soit en tant qu'institutions médico-sociales, soit en tant que "services de soins hospitaliers au long cours" accueillant des personnes relevant de soins techniques lourds et prolongés, quel que soit leur âge. Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de conduire cette réforme.

- **Assurer l'étanchéité des trois sections tarifaires afin de ne plus faire jouer le rôle de variable d'ajustement au tarif hébergement.** Nous ne sommes plus dans un système forfaitaire: chaque bloc tarifaire doit donc prendre à son compte les résultats de sa section. Tous les comptes font l'objet d'une imputation sans ambiguïté, la plupart du temps dans une seule section. On recherche ainsi la bonne adéquation entre les besoins et les ressources de l'institution.
 - Le tarif journalier relatif à l'hébergement couvre les prestations non liées à l'état de dépendance des personnes accueillies : hôtellerie, restauration, entretien, animation et administration générale. Ce tarif est le même pour tous les résidents, quelque soit leur niveau de dépendance. Fixé par le président du conseil général, il est à la charge de la personne ou de sa famille ou encore de l'aide sociale en cas d'insolvabilité.

 - Le tarif journalier "dépendance" couvre les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance). Ce tarif est modulable en fonction du niveau de dépendance de la personne déterminé par le groupe iso-ressources (G.I.R.) à l'intérieur duquel elle sera classée (G.I.R. 1 à 6). Il est fixé par le président du conseil général.
Concrètement, le classement en G.I.R. est effectué par l'équipe médico-sociale de l'établissement et validé par un médecin du conseil général et un médecin de la caisse primaire d'assurance maladie grâce à l'utilisation de la grille A.G.G.I.R.

(Autonomie, Gérontologie, Groupe-Iso-Ressources). La commission départementale de coordination médicale, composée de trois médecins inspecteurs, tranche en cas de désaccord entre les deux médecins et transmet le classement définitif aux autorités chargées de la tarification. Les résidents sont classés du groupe 1, pour les plus dépendants, au groupe 6 pour les personnes valides. En cas de contestation, l'établissement peut former un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale. Le résident, quant à lui, peut former un recours devant le tribunal administratif s'il conteste son classement dans la grille A.G.G.I.R., hors contentieux de la P.S.D. La procédure est identique pour la détermination du tarif "soins".

- Le tarif journalier relatif aux soins couvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de d pendance¹². Il existe autant de tarifs soins que de G.I.R., soit six au total. Il est fixé par le préfet du Département (pour l'assurance maladie) ou par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les soins de longue durée.

La réforme introduit également un droit d'option tarifaire en matière de soins laissé au choix des instances délibérantes de chaque établissement et mentionné dans la convention tripartite. Ce choix s'effectue en fonction de l'organisation actuelle de l'établissement, c'est-à-dire selon qu'il bénéficie ou non d'une pharmacie à usage interne et s'il salarie des personnels médicaux et/ou paramédicaux. Le tarif global comprend notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie courante et les médicaments. Le tarif partiel, quant à lui, ne comprend ni les examens et médicaments, ni les charges de personnel contenues dans le tarif global, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur et aux infirmières libérales. Selon la C.R.A.M. des Pays de la Loire, le choix du tarif global correspond à une question de déontologie liée à une culture de service public. Les tarifs global et partiel permettent de contrôler les dépenses beaucoup plus efficacement dans la mesure où ils englobent presque toutes les dépenses. La rémunération des infirmières est toujours incluse dans le tarif forfaitaire afin d'éviter les "dérapages" liés à l'activité infirmière. Cependant, avec le tarif partiel, il est difficile de contrôler ce qui est payé en sus. L'assurance maladie n'a pas les moyens d'effectuer ce contrôle très lourd. Une enquête doit être menée auprès des caisses

¹² Décret n  99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, articles 2 à 4.

primaires d'assurance maladie pour déterminer si l'établissement a intérêt à opter pour le tarif partiel ou global (c.f. la simulation page). Dans la pratique, les directeurs se sont heurtés au refus des caisses pivots de communiquer les informations relatives à la consommation de soins des résidents. Les caisses attendaient une circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie qui vient de paraître. En l'état actuel d'avancement de la réforme, les établissements ont opté en majorité pour le tarif partiel en raison des risques de dérapage liés à la consommation médicamenteuse des résidents.

- **Former et informer les acteurs de la réforme** : la mission MARTHE a pour rôle notamment d'assurer l'information de tous les partenaires sur l'avancement de la réforme et de communiquer les informations essentielles.
 - La politique de communication mise en œuvre par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction de l'action sociale) désigne l'ensemble des procédés utilisés pour transmettre les informations relatives tant au contenu de la réforme (cahier des charges, changements dans la procédure budgétaire, objectifs de la réforme, etc.) qu'aux modalités de sa mise en œuvre (calendrier, constitution d'un comité de pilotage, etc.). Le ministère ne peut évidemment pas informer chaque établissement et le relais doit être pris par les services déconcentrés aux échelons régional et départemental. La mission MARTHE organise des réunions d'information au ministère où sont conviés les correspondants régionaux et départementaux. En outre, elle a fait un "tour de France" des régions afin de connaître leurs difficultés et répondre à leurs questions¹³. Lors de ces rencontres, les membres de la mission MARTHE ont constaté que certains départements avaient déjà bien expliqué la réforme à leurs partenaires tandis que d'autres étaient très en retard. L'information relative à la réforme dépend largement de la politique de communication déjà mise en place par les conseils généraux dans le cadre de la prestation spécifique dépendance. Outre ces rencontres, le ministère a informé les acteurs chargés d'appliquer la réforme par le biais d'intranet et de la mise en place d'une "foire aux questions" ou par des procédés plus classiques tels que la messagerie. La "foire aux questions" a été très appréciée par les différents acteurs, que ce soient les autorités compétentes pour la tarification ou les directeurs d'établissement. Elle permet d'obtenir des réponses rapides à des questions spécifiques et très concrètes non évoquées dans les textes officiels. Ceci a permis de savoir au cas par cas si tel établissement était concerné ou non par la

¹³ Cf. Espace social européen du 24 septembre 1999, « Marthe et Ernest sont à pied d'œuvre »

réforme, si telle catégorie de personnel se voyait appliquer la clé de répartition 30/70, s'il était prévu d'élaborer une convention-type, etc.

- La mission MARTHE a aussi organisé des journées de formation en direction des personnels du Département, des D.D.A.S.S., des D.R.A.S.S. et de l'assurance maladie chargés d'appliquer la réforme. La formation porte sur les aspects financiers et sur la démarche qualité.

Créée dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, la commission départementale de coordination médicale (comprenant un médecin du conseil général, de la caisse primaire d'assurance maladie et de la D.D.A.S.S.) a notamment pour mission de s'assurer de la formation des équipes médico-sociales et du médecin coordonnateur à l'utilisation de la grille A.G.G.I.R.. C'est pourquoi les trois médecins inspecteurs ont envoyé un questionnaire à l'ensemble des établissements pour recenser leurs besoins en matière de formation à la grille A.G.G.I.R.. 65 % des établissements ayant répondu ont manifesté un désir de formation. Il est important, pour les médecins de la commission départementale de coordination médicale (C.D.C.M.), que la formation soit dispensée par leurs institutions afin qu'ils soient d'accord sur les critères présidant à la répartition en G.I.R. des résidents lors des visites de validation.

- **Coordonner les acteurs grâce à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.** Ce réseau permet d'accroître l'efficacité et la qualité de la réponse aux besoins des personnes âgées.
 - L'établissement s'intègre dans un réseau local lui permettant de proposer des formules complémentaires à son hébergement permanent et constituant une aide au maintien à domicile des personnes âgées des alentours (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, de week-end ou de semaine pour soulager les aidants familiaux, service de soins infirmiers à domicile, service de portage des repas, etc.).
 - L'établissement organise des complémentarités avec les établissements sanitaires environnants, en vue d'une utilisation de leurs plateaux techniques et dans un souci de prise en charge continue de la personne âgée. Dans le cadre de la participation au réseau, les services hospitaliers sont davantage soucieux de la personne âgée et de son vécu. La coordination avec le secteur psychiatrique vise à améliorer la prise en charge des troubles démentiels des résidents et à assurer un soutien psychologique au personnel.

- **La réforme devait se réaliser à coûts constants** pour chacun des financeurs. Cet objectif affiché lors des travaux de préparation de la loi du 24 janvier 1997 a été remis en cause depuis, le gouvernement affirmant que des efforts devraient être consentis par l'assurance maladie et le conseil général. Par contre, le résident ne devrait pas supporter de surcoût.
 - En effet, la réforme ne pourra s'effectuer à coûts constants pour l'assurance maladie, en raison d'une part de l'effet mécanique d'accroissement du nombre de personnes dépendantes et, d'autre part, de la médicalisation des établissements qui en sont totalement ou partiellement dépourvus.

Le choix a été fait d'imputer les charges d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques à raison de 30 % sur la section tarifaire dépendance et de 70 % sur la section tarifaire relative aux soins. Ce choix correspond à l'objectif de neutralité financière de la réforme au niveau macro-économique pour l'assurance maladie. En effet, une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie aurait entraîné un surcoût immédiat évalué à 5 milliards de francs.

Cependant, cette clé de répartition pourrait conduire dans certains établissements à un déport de charges sur l'utilisateur étant donné que le forfait soins couvrait parfois plus de 70 % des charges. C'est pourquoi un cliquet "anti-retour" doit s'appliquer afin de maintenir dans le nouveau régime tarifaire le niveau des crédits d'assurance maladie. Ce cliquet s'applique à condition :

 - Soit d'accueillir des personnes âgées très dépendantes (G.M.P. supérieur à 700),
 - Soit d'avoir un ratio d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques par place inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.
 - La réforme ne doit pas contribuer à alourdir davantage la participation des usagers car ceux-ci supportent déjà en moyenne 60 % des charges (hébergement + ticket modérateur sur les actes des libéraux) contre 30 % environ pour l'assurance maladie et à peu près 10 % financés par le conseil général. L'objectif de la réforme est de maintenir cet équilibre entre les trois financeurs.

Par ailleurs, le ministère a prévu un calendrier de mise en place de la réforme ; la nouvelle tarification entre en vigueur en 2 étapes successives :

- Dès la publication des textes officiels en ce qui concerne les établissements prioritaires pour le conventionnement. La priorité est déterminée en fonction de leur capacité, c'est-à-dire plus de 85 lits. Ce critère a été retenu car ce sont a priori les établissements les plus aptes, par leurs moyens administratifs, à entrer rapidement dans la réforme. Ceux-ci représentent 17 % des E.H.P.A.D. et 33 % des places existantes. Les autres établissements peuvent aussi entrer volontairement dans la réforme dès cette date. Le conventionnement doit s'effectuer en priorité pour les établissements peu ou pas dotés de forfaits de l'assurance maladie, ayant un niveau de dépendance conséquent (GIR moyen pondéré¹⁴ supérieur à 400), et répondant aux critères de qualité du cahier des charges. La situation juridique de l'établissement ne doit pas être un critère discriminant.
- Au plus tard deux ans après cette date, soit le 27 avril 2001 (sous réserve de prolongation du délai par le ministère), pour les autres établissements.

Cette montée en charge progressive de la réforme a pour objectif d'étaler dans le temps la charge de travail pour les services et la charge financière de la médicalisation et du conventionnement (engagements financiers pris par les autorités tarifcatrices dans le cadre de la convention tripartite). En effet, l'ordre d'entrée dans la réforme dépend largement des crédits qui seront dégagés chaque année pour son financement.

En outre, le rééquilibrage financier entre les établissements ne peut se faire de manière brutale et il convient d'opérer le lissage pendant toute la durée de la convention (5 ans).

Une expérimentation¹⁵ réalisée durant l'été a porté sur 1 000 établissements, soit un échantillon représentatif de 10 %, pour apprécier l'impact de la réforme et préparer la première vague de conventions. Cette simulation comporte quatre volets :

1. Comparaison de l'actuelle tarification "binaire" et de la future tarification "ternaire".
2. Evaluation de la consommation de soins des résidents en actes et prescriptions des professionnels libéraux (données en cours d'exploitation).
3. Répartition des résidents par groupe iso-ressources

¹⁴ C.f. note n° 10 page 12

4. Estimations des charges réelles, notamment "logistiques", entre budget général et budgets annexes des établissements de santé.

Les conclusions de cette simulation (ERNEST ou échantillon représentatif national d'établissements pour simuler la tarification) ont été adressées aux D.D.A.S.S., D.R.A.S.S. et A.R.H. au début du mois de décembre (rapport d'exploitation au 05/11/99 – mission MARTHE).

1.1.2.2. Les conditions de réussite de la réforme

- **Impulser de nouvelles méthodes de travail grâce à la coordination des autorités compétentes pour la tarification (D.D.A.S.S. / A.R.H. / Département / Assurance maladie).**

- Les différents acteurs chargés de la tarification voient leur rôle redéfini avec la mise en place des nouvelles procédures budgétaires.

Le conseil général fixe le tarif "dépendance" en plus du tarif "hébergement". L'adoption des propositions budgétaires doit se faire au plus tard le 15 octobre. Le président reçoit ces propositions dans les 8 jours et doit formuler des contre propositions dans un délai porté à 60 jours afin que la procédure contradictoire puisse tenir compte des avis multiples et croisés entre le préfet, le président du conseil général et les caisses. L'établissement répond au président du conseil général dans les 8 jours. Passé ce délai, le président du conseil général arrête les tarifs "hébergement" et "dépendance".

L'autorité compétente pour l'assurance maladie (le Préfet de département ou le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation) fixe le tarif "soins" et la dotation globale de financement à la charge de l'assurance maladie. La procédure contradictoire s'applique ici dans les mêmes délais que pour les postes hébergement et dépendance. Le tarif est fixé une fois passé le délai de réponse de l'établissement (8 jours) et une fois publiée la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans les domaines sanitaire et médico-social, l'assurance maladie n'a plus de structures en tarification directe. Elle perd la responsabilité de ses prestations. En contrepartie, elle développe un rôle d'expertise et d'audit. En effet, la nouvelle procédure budgétaire issue de la réforme prévoit que la C.R.A.M. transmet des avis, dans le délai d'un mois, sur les tarifs "soins" proposés. En outre, la C.R.A.M.

¹⁵ Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99/369 du 25 juin 1999 relative à la simulation sur l'exercice 1998 de l'impact pour les différents financeurs de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements.

des Pays de la Loire a la volonté de coopérer et de collaborer avec les services de l'Etat pour faire des études thématiques dans une logique d'audit.

- Une des conditions principales de réussite de la réforme réside dans la capacité qu'auront le conseil général et la D.D.A.S.S. à se coordonner étroitement. Le travail en binôme, tant des inspecteurs et attachés que des médecins, doit permettre :
 - d'effectuer des visites sur place,
 - de valider la répartition des résidents en G.I.R.,
 - d'organiser la campagne budgétaire,
 - de conduire une politique articulée entre les trois volets de la prise en charge pour promouvoir une qualité globale des prestations,
 - de préparer et négocier les conventions tripartites pluriannuelles.

- La coordination des autorités compétentes en matière de tarification s'est exprimée, en Loire-Atlantique, par le fonctionnement du comité de pilotage. Celui-ci est composé de personnels des directions départementale et régionale des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S. 44 et D.R.A.S.S.), de représentants de l'agence régionale de l'hospitalisation (D.D.A.S.S. 44), de personnels du conseil général (Direction des Interventions Sanitaires et Sociales) et de la caisse régionale d'assurance maladie. Le comité a été constitué au mois de février 1999, c'est-à-dire avant même la parution des décrets d'application de la réforme de la tarification. Ces réunions régulières poursuivent deux objectifs. Il s'agit, d'une part de dégager une position et un langage communs face aux établissements, pour gagner en crédibilité. Le comité de pilotage vise, d'autre part, à comprendre les nouveaux processus de travail à impulser entre les différentes institutions. Les membres de ce comité ont retenu, à cette occasion, une méthode de chiffrage des mesures (détermination des ratios, du degré d'approfondissement, des comparaisons, etc.). Les établissements interrogés en Loire-Atlantique ont en majorité souligné qu'ils percevaient cette volonté de collaborer de la part des institutions. La répartition des rôles de chacun leur paraît claire et cohérente.

- **L'intervention d'un médecin coordonnateur**, dont le rôle est défini par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite, vise à introduire davantage de coordination à l'intérieur des établissements.
 - Du rôle du médecin coordonnateur dépend la qualité des prestations assurées au sein de l'établissement en termes de continuité de la prise en charge et de

cohérence des soins. Il participe à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie. Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'établissement, des différentes administrations et des différents intervenants extérieurs (animation du réseau gériatrique local).

- La technicité accrue des prises en charge gériatriques nécessite d'être mise en œuvre par des équipes pluridisciplinaires, sous la forme de prestations coordonnées, chaque intervenant devant adhérer à un projet institutionnel explicite, les interventions de chaque professionnel de santé (actes, prescriptions, etc.) devant s'articuler sous l'égide d'un médecin coordonnateur.
- Il devrait largement s'autofinancer par la réduction des gaspillages dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Cependant, afin de pouvoir exercer pleinement sa fonction, il devra se faire accepter par l'ensemble des médecins libéraux intervenant dans l'établissement. En outre, il faudra parvenir à trouver le juste équilibre entre sa fonction de coordination et le principe de liberté de prescription. Enfin, se pose la question de la rémunération du médecin. Le montant des vacations correspond au niveau 3 des attachés des établissements publics de santé, soit 80 F de l'heure environ. Pour un établissement de moins de 85 places, le médecin devra assurer 2 à 4 vacations contre 3 à 6 dans un établissement d'une capacité de 85 à 150 lits. Il effectuera quasiment un mi-temps dans les établissements de plus de 150 places, avec 6 vacations par semaine. En l'état actuel d'avancement de la réforme, certains établissements semblent avoir du mal à recruter un médecin coordonnateur en raison du montant jugé trop faible des indemnités de coordination. L'enquête réalisée au mois de décembre 1999 par la commission départementale de coordination médicale montre que 34 % environ des établissements ayant répondu n'ont toujours pas recruté de médecin coordonnateur. Par ailleurs, certaines fédérations de Loire-Atlantique ont exprimé la crainte de voir l'emprise du médecin coordonnateur s'accroître en raison de sa participation aux réunions de direction. Ils pointent la menace d'une dérive des établissements médico-sociaux vers les établissements de santé. L'établissement doit veiller à rester pleinement responsable de son projet de vie.

1.2 MAIS LA RÉFORME EST DÉCRIÉE DANS SES MODALITES D'APPLICATION

La réforme a débuté sous l'angle de la concertation mais dès le mois de juillet 1998, sept organisations¹⁶ du secteur sanitaire et social ont rédigé une lettre ouverte à la ministre afin de faire part de leurs réserves. Par la suite, elles ont saisi conjointement le Conseil d'Etat pour un recours en annulation des textes d'application de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

1.2.1 Le nouveau système ne parvient pas à lisser les inégalités

- **Objection majeure, la réforme est basée sur la prestation spécifique dépendance.** Elle risque dès lors de peser sur les personnes les plus dépendantes qui ne perçoivent pas nécessairement la prestation, ce qui rend le système encore plus injuste qu'auparavant. Selon la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.), il n'est pas sérieux de faire reposer la réforme de la tarification sur une loi provisoire qui ne reconnaît pas la dépendance comme un risque nouveau. Le bilan de la prestation spécifique dépendance et la révélation de ses multiples carences risquent d'ores et déjà d'hypothéquer le succès de la réforme, selon les fédérations d'établissements :
 - Le poste dépendance est alimenté par la P.S.D., or peu la perçoivent (10 % seulement des personnes vivant en établissement). Effectivement, la P.S.D. est une prestation d'aide sociale donc l'assuré n'en bénéficie que s'il remplit les conditions de ressources et de niveau de dépendance (G.I.R. 1 à 3).
 - De plus, son montant est faible et variable selon les départements (aujourd'hui elle peut varier de 5 à 30 F par jour). D'autant plus que les personnes peuvent ne la percevoir que partiellement en raison du niveau de leurs ressources. Elle est donc profondément inégalitaire. C'est pourquoi le gouvernement a fait le choix de fixer des montants minima. La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions modifie, en son article 139, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 et permet au gouvernement de fixer par décret des seuils minima pour les montants de la P.S.D. Le projet de décret fixe les montants minima de la prestation versée aux personnes en établissement à 56 F par jour pour un G.I.R. 1, 43 F pour un G.I.R. 2 et 36 F pour un G.I.R. 3. Mais cette

¹⁶ Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, Fédération Hospitalière de France, A.D.E.H.P.A., Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux, F.N.M.F., Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif, A.N.C.A.S.S.

décision apparaît encore insuffisante à beaucoup de fédérations dont la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.).

- La prestation spécifique dépendance a, en outre, un caractère dissuasif en raison du recours sur succession. Les personnes âgées n'osent pas demander la prestation car elles ne veulent pas mettre leurs enfants dans une situation difficile. C'est pourquoi un certain nombre de personnes âgées dépendantes n'ont pas souhaité passer de l'allocation compensatrice pour tierce personne (A.C.T.P.) à la prestation spécifique dépendance. En effet, allocation destinée aux personnes handicapées mais versée aux personnes âgées dépendantes faute d'une aide appropriée, l'A.C.T.P. ne fait pas l'objet d'un recours sur succession. De fait, peu de personnes ont sollicité la PSD. Le gouvernement tablait sur un nombre de bénéficiaires compris entre 250 000 et 350 000, mais les dernières statistiques ministérielles montrent qu'à peine 106 000 d'entre elles la percevaient au 30 juin 1999 (*Source : DREES*).
 - La réforme n'inciterait pas à l'autonomie car les personnes classées en GIR 3 bénéficient de la P.S.D. (U.N.E.P.P.A.). Par exemple, les personnes classées en G.I.R. 4 et remplissant les conditions d'octroi de la prestation spécifique dépendance risquent alors de se "laisser glisser" en G.I.R. 3 afin que le surcoût lié à leur état de dépendance soit pris en charge par le conseil général.
- **La réforme risque de maintenir les disparités entre établissements** car le barème du tarif dépendance est fixé au moment de la signature de la convention en fonction des dépenses de l'établissement. En outre, dans les établissements disposant de lits de long séjour et de lits de maison de retraite, les résidents de maison de retraite risquent de payer plus cher que ceux du long séjour avec un encadrement en personnel moindre. Il suffit pour cela que le niveau de dépendance constaté en soins de longue durée soit à un niveau tel que le cliquet anti-retour s'applique (supérieur à 700)¹⁷.

Par ailleurs, la nécessité de calculer 13 tarifs dans le cadre de la nouvelle tarification rend le système complexe et risque d'accroître le fossé séparant les petits établissements des établissements ayant les moyens de disposer d'experts juridiques, comptables, etc.

¹⁷ c.f. page 17

1.2.2 La procédure contractuelle limite la liberté des établissements

- **La convention tripartite risque d'entériner un rapport de forces déséquilibré.**
 - La démarche d'assurance qualité (engagement des établissements) nécessite des moyens financiers (engagement de la part des financeurs). Or, les moyens alloués dans les conventions sont jugés insuffisants par les directeurs qui craignent un désengagement financier de la part de l'assurance maladie et des collectivités locales.
 - La convention permet une lecture transparente de ce qui se passe dans l'établissement. Une dérive possible de ce système consiste à faire de la convention un outil de contrôle de la qualité des soins. Les établissements ayant participé au test de l'outil d'auto-évaluation en Loire-Atlantique ont d'ailleurs mis en garde contre un risque de détournement de cet outil pour en faire un instrument de contrôle de la qualité des soins et de tarification. C'est pourquoi les fédérations ne souhaitent pas qu'il soit communiqué aux financeurs, afin d'en préserver l'authenticité.

- **Les établissements seront liés par les engagements conventionnels, ce qui limite leurs possibilités de contentieux**
 - Le "plan Juppé" avait déjà impulsé un premier mouvement visant à rendre les enveloppes de crédits opposables aux directeurs d'établissements de santé. Les textes maintiennent cependant la différenciation entre les secteurs sanitaire et médico-social. Dans le secteur sanitaire, les enveloppes de crédits sont désormais votées annuellement par le Parlement dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (O.N.D.A.M.)¹⁸. L'administration ne respecte pas cette différenciation et applique la même logique aux établissements médico-sociaux. En effet, la circulaire budgétaire se réfère à un article de la loi de financement de la sécurité sociale. Cependant, cette circulaire n'a aucune valeur juridique.

Dans le cadre de la convention, les établissements ne pourront pas contester le manque de moyens puisqu'ils devront approuver le montant des engagements financiers s'ils veulent signer la convention et accueillir des personnes âgées.

Quelle est la réalité de la mise en place de la réforme, de ses implications pour les acteurs de terrain? Il s'agit désormais de faire la part des choses entre le discours du

¹⁸ c.f. ordonnance n°96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

ministère et les craintes des établissements pour tenter de porter un regard objectif sur les incidences de la réforme en Loire-Atlantique.

2 MALGRÉ LES ATTENTES QU'ILS PLACENT DANS LA RÉFORME, LES DIRECTEURS RESTENT RÉTICENTS QUANT À SON APPLICATION

EXPOSE DE LA DEMARCHE D'INVESTIGATION

Echantillon : En Loire-Atlantique, 62 établissements sont concernés par le passage à la réforme de la tarification :

- 23 établissements de plus de 85 lits (publics, privés associatifs et commerciaux)
- 16 établissements volontaires
- 23 établissements à médicaliser (autorisés avant le 01/01/97 mais non financés)
- = 62 établissements au total

Les entretiens ont porté sur 15 établissements, soit un échantillon représentatif de 25 % environ. Les établissements ont été choisis en fonction de leur capacité, de leur statut juridique, de leur localisation dans le département, de leur niveau de médicalisation et de dépendance, ainsi que de leur appartenance au secteur sanitaire ou médico-social. La diversité des situations a permis d'avoir une vision plus large des conséquences prévisibles de la réforme. Ainsi, ont été interrogés :

- 7 établissements publics autonomes,
- 1 établissement commercial volontaire,
- 5 établissements privés associatifs,
- 2 établissements privés associatifs volontaires.

Sur les quinze établissements rencontrés, quatre appliquent le tarif départemental. Afin d'anticiper la réforme de la tarification, le conseil général de Loire-Atlantique a mis en place, à la suite de la loi instituant une prestation spécifique dépendance, le « tarif départemental ». L'adoption de ce tarif est laissée au libre choix des établissements. Ce tarif se décompose en deux parties : l'hôtellerie et la dépendance. C'est un tarif plafond au-delà duquel l'aide sociale ne peut intervenir. C'est la contrepartie de l'absence d'examen du budget prévisionnel. Les établissements appliquant le tarif départemental ont donc déjà une tarification ternaire (soins / hôtellerie / dépendance). Le conseil

général finance le tarif hôtellerie valide ainsi que les surcoûts dépendance pour les GIR 1 à 3.

Un questionnaire figurant en annexe n° 1 a été élaboré et communiqué aux directeurs concernés, préalablement à l'entretien. Cet entretien s'est fait soit par téléphone, soit sur place. Un compte-rendu a été rédigé après chaque entrevue, ce qui a permis de comparer les réponses obtenues selon les caractéristiques de l'établissement. L'analyse des entretiens a fait ressortir des convergences et des divergences d'appréciation par rapport au discours national tel qu'il est issu des grandes fédérations. Elle a également permis de mettre le discours du ministère « à l'épreuve de la réalité locale ».

Par ailleurs, les personnes chargées de tarifier les établissements en Loire-Atlantique ont été contactées afin de recueillir leurs réactions, notamment sur le fonctionnement du partenariat. Il s'agit du conseil général, de la caisse régionale d'assurance maladie et de la direction des affaires sanitaires et sociales (secteurs sanitaire et médico-social).

Enfin, deux associations de représentants des usagers ainsi que le CODERPA (Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées) de Loire-Atlantique m'ont permis d'essayer de comprendre ce que ressentent les résidents et leurs familles.

2.1 SI LES DIRECTEURS PLACENT DE GRANDES ATTENTES DANS LA RÉFORME, IL SUBSISTE ENCORE TROP D'INCONNUES

2.1.1 En Loire-Atlantique, les directeurs placent de grandes attentes dans la réforme.

Globalement, les établissements de plus de 85 lits ont une attitude plutôt défensive par rapport à la réforme. Leur bon niveau de médicalisation peut expliquer cette réticence dans la mesure où le passage à la réforme signifierait alors une diminution des crédits (hors application du cliquet anti-retour). En outre, ils ne souhaitent pas entrer de façon précipitée dans la réforme, les incertitudes étant encore trop grandes.

Cependant, les établissements ont manifesté un certain nombre d'attentes, variables selon leur situation, mais que l'on peut tenter de regrouper en plusieurs thèmes :

- Le financement
 - Les établissements acceptent la démarche contractuelle à condition qu'elle soit accompagnée de moyens financiers suffisants. Les directeurs ont beaucoup insisté sur les moyens financiers, ce qui était prévisible étant donné que je "représentais" la D.D.A.S.S..

- Deux établissements privés associatifs ayant une unité de soins de longue durée et plusieurs fédérations régionales souhaitent que la prestation spécifique dépendance couvre entièrement le surcoût occasionné pour l'usager.
- La qualité
- Les établissements que j'ai pu rencontrer en Loire-Atlantique saluent tous l'introduction de la qualité dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ils placent de grandes attentes dans la signature des conventions.
 - Ces attentes en matière de qualité concernent aussi bien les soins que la prise en charge hôtelière pour une amélioration du cadre de vie des résidents. Ainsi, le cahier des charges devrait permettre à l'établissement de se recentrer sur sa mission et surtout d'avoir une approche individualisée du résident.
 - En outre, un établissement volontaire a motivé son choix par la poursuite de la démarche engagée et de la réflexion sur la qualité du fonctionnement de l'établissement. Cette réflexion a débuté en 1992 avec l'écriture du projet de vie et s'est poursuivie en 1994 avec l'émergence de la notion de surcoût dépendance, alors financé par l'allocation compensatrice pour tierce personne.
- La médicalisation
- Plusieurs directeurs attendent de la réforme qu'elle leur permette d'avoir une maîtrise et une responsabilité complète des tâches. La prise en charge pourra être définie en équipe et motiver le personnel. Actuellement, l'intervention des libéraux introduit des ruptures dans la prise en charge des personnes âgées.
- La cohérence
- Les établissements interrogés attendent une plus grande cohérence et un rapport de forces plus équilibré dans leurs relations avec les différents tarificateurs du fait de la négociation tripartite du budget. Concrètement, ils attendent que les trois parties se mettent autour d'une table pour arrêter les grandes orientations budgétaires en prenant en compte les difficultés et les contraintes de chacun. Les autorités de tarification doivent montrer leurs capacités à impulser les négociations et se déplacer dans les établissements pour se rendre compte concrètement des difficultés rencontrées.
 - De cette cohérence devrait résulter une plus-value en termes d'efficacité si les règles du jeu tripartites sont respectées. Cela permettrait ainsi de dégager du temps afin de faire de la prévention.

- La transparence
 - Les trois centres hospitaliers interrogés espèrent que la réforme permettra de clarifier les financements et notamment de basculer les charges actuellement supportées par le budget général de l'hôpital vers le budget annexe relatif aux personnes âgées. La réforme doit, selon eux, conduire à prendre en compte les coûts réels par une remise à plat budgétaire.

2.1.2 La réforme manque de lisibilité et lèse les résidents

2.1.2.1. Le manque de lisibilité tient davantage à l'information émanant du ministère qu'aux textes eux-mêmes. Cependant, la réforme reste complexe à mettre en œuvre et l'accompagnement financier incertain.

Beaucoup d'inconnues subsistent, même si la contractualisation introduit une plus grande lisibilité sur les objectifs pour les cinq prochaines années, à la fois pour les directeurs et pour les tarificateurs.

- **L'information** des pouvoirs publics vers les directeurs d'établissement. L'information a été faite lors de réunions politiques – les “grands messes” – et techniques. De façon générale, ces deux types de réunions ont eu pour mérite de faire se rencontrer les acteurs mais n'ont pas apporté tellement d'informations aux directeurs qui ont le sentiment d'être restés “sur leur faim”. En conséquence, la plupart des directeurs rencontrés déplorent l'absence de réelles réunions de travail où l'on puisse définir un outil de travail commun. De telles réunions auraient impliqué d'être moins nombreux, avec un seul représentant par établissement et par administration.

Par ailleurs, les directeurs interrogés, dans leur majorité, ont ressenti le manque de directives claires de la part de l'administration centrale vers les services déconcentrés. Le sentiment général est celui du plus grand flou quant au calendrier, quant aux moyens supplémentaires alloués dans le cadre des conventions, etc. Beaucoup de directeurs contactés considèrent en effet que le calendrier est irréaliste, que le ministère a fait une erreur en mettant des dates butoirs sans arrêt dépassées. Cela conduit, selon eux, à décrédibiliser les pouvoirs publics. Les échéances fixées, trop ambitieuses, ont été dépassées à chaque

réunion. Les incertitudes en la matière les inquiètent, ils ont l'impression qu'aucun des acteurs ne sait où il va. Beaucoup reconnaissent cependant la volonté de transparence et de travail partenarial de la part des membres du comité de pilotage. Ainsi, les incohérences et insuffisances en matière d'information sont attribuées davantage à l'administration centrale qu'aux services déconcentrés. Les directeurs ont l'impression que les membres du comité de pilotage souffrent eux-mêmes d'un manque de clarté dans le déroulement de la réforme.

Parallèlement, les fédérations d'établissements et les réseaux de directeurs sont détenteurs d'une grande masse d'informations qu'ils transmettent en aval. L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, comme les autres personnels chargés de la mise en œuvre de cette réforme, se heurte ici à une difficulté : les directeurs ont souvent l'information en même temps, voire avant les personnels des services déconcentrés. En effet, lors des travaux de préparation d'une réforme, le ministère travaille en concertation avec les grandes fédérations afin de ne pas se heurter à une "levée de boucliers" au moment de l'application de la réforme sur le terrain. Le jugement assez dur que portent les directeurs sur l'information qui leur a été donnée lors des réunions pourrait alors s'expliquer par le fait qu'ils avaient déjà connaissance des textes et directives, qu'ils connaissaient déjà l'information que les autorités tarifcatrices voulaient leur transmettre lors des réunions. Ils attendaient donc plus qu'une simple lecture des textes. Par contre, les directeurs auraient aimé être davantage associés en amont, notamment par leur participation au comité de pilotage ou par la constitution de groupes de réflexion.

L'information de l'établissement vers les résidents. Les deux associations représentant les résidents ont insisté sur le fait que l'information fournie par l'établissement était trop abstraite (utilisation de sigles inconnus notamment). Il est important que l'établissement comme le ministère veillent à la clarté des documents. Le CODERPA de Loire-Atlantique a été largement sollicité par les familles des résidents, dès la mise en place du tarif départemental par le conseil général. Pourtant, il a été très peu associé aux réunions de préparation pour mettre en place la réforme en Loire-Atlantique. L'une des associations a mené une enquête auprès de ses adhérents (qui sont des résidents). Il ressort de cette étude que 16% seulement des personnes contactées avaient eu connaissance d'une loi réformant la tarification. En fait, les établissements dans leur grande majorité attendent d'avoir des informations claires et fiables avant d'informer les familles sur les nouveautés introduites par la réforme. L'information est tout de

même diffusée dans le cadre d'instances et de comités tels que le conseil d'établissement ou les assemblées générales. Plusieurs établissements ont réuni les familles ou prévoient de le faire pour commencer à expliquer les grandes lignes de la réforme. En outre, ils utilisent des supports écrits comme les journaux d'information internes ou communaux. La grande difficulté consiste à expliquer aux familles les augmentations de tarifs sans contrepartie visible. Comment leur faire admettre qu'ils vont devoir payer davantage sans qu'ils ressentent une réelle amélioration de la prise en charge?

L'information de l'établissement vers le personnel. Là aussi les directeurs préfèrent attendre de disposer d'informations plus affinées. Néanmoins, lors des réunions du comité technique d'établissement, la réforme a été abordée. Certains établissements ont déjà réuni le personnel sur le thème de la réforme. L'information porte alors sur la dépendance, sur la qualité, sur la réorganisation du planning de travail ou sur la nécessité de se former, par exemple.

- **La réforme reste complexe à mettre en œuvre** et rend nécessaire, du moins souhaitable, la constitution d'une cellule d'expertise auprès du directeur. En effet, les conventions posent la question de la fermeture de certains établissements qui ne pourraient pas répondre aux exigences posées par la réforme, faute de moyens comptables (présentation ternaire du budget), juridiques (conventions tripartites) et techniques (normes de sécurité, d'hygiène, de qualité). Lors d'une réunion des établissements de plus de 85 lits, un établissement a fait part de ses difficultés pour fournir les documents exigés par la réforme (projet d'établissement, projet de convention, budget). Dans le souci de limiter ce risque, l'expérimentation réalisée par le ministère devrait être l'occasion d'apprécier les besoins d'assistance technique et de formation des petits établissements. Par ailleurs, l'École Nationale de la Santé Publique a mis à disposition des établissements un logiciel de tarification. Ce sentiment de complexité est aggravé par mise en place parallèle des 35 heures. A cet égard, les directeurs d'établissements regrettent que les services du ministère soient cloisonnés et que les questions intéressant le fonctionnement de leur institution ne soient pas appréhendées dans leur globalité.

- **L'incertitude relative aux moyens alloués dans les conventions** s'explique par la difficulté à déterminer ce que consomment actuellement les établissements, comment la répartition des charges va évoluer entre les différents financeurs et ce que sera la visibilité des crédits pendant toute la durée de la convention.

La difficulté principale consiste à déterminer ce qui est dépensé actuellement dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. En effet, si l'on peut facilement isoler les dépenses forfaitaires, le paiement à l'acte relève de la médecine ambulatoire.

La difficulté consiste aussi à mesurer les variations dans la répartition des charges incombant à chacun des trois financeurs. Les trois quarts des directeurs interrogés constatent un désengagement de l'assurance maladie compensé par une contribution accrue de la part des résidents. Ils ont plus de mal à apprécier l'impact financier de la réforme pour le conseil général car celui-ci dépendra de l'ampleur de l'augmentation du recours aux prestations d'aide sociale et de dépendance.

La C.R.A.M. des Pays de la Loire estime qu'il est difficile de dire si la charge incombant à l'assurance maladie va s'alourdir. L'assurance maladie devrait payer plus après la montée en charge du dispositif, dans une fourchette allant de 6 à 26 milliards de francs selon une estimation nationale. Avec la clé de répartition 30/70, des charges vont être transférées vers le poste dépendance mais de nouvelles charges vont apparaître (ex : les aides médico-psychologiques). La médicalisation des établissements va nécessiter des crédits supplémentaires. En outre, il est difficile d'apprécier l'impact du transfert d'enveloppes du secteur ambulatoire (remboursement à l'acte) vers le secteur médico-social. La simulation faite par le ministère permet de se faire une idée plus précise des conséquences de la réforme de la tarification pour l'assurance maladie. France entière, la réforme est relativement neutre pour l'assurance maladie. Les effets du cliquet "anti-retour" se chiffrent à 1,59 millions de francs environ. Ainsi la réforme coûterait entre 1,32 et 1,78 millions de francs en fonction des possibilités de reprises d'enveloppes et d'application du cliquet.

Quant à lui, le conseil général envisage, avec prudence, une baisse des charges d'hébergement liées à l'aide sociale. Par contre, il reconnaît que la prestation spécifique dépendance risque d'exploser. La simulation faite par le ministère (ERNEST) chiffre à 10 millions de francs environ, France entière, l'économie réalisée pour le poste hébergement, l'impact des aides n'étant pas pris en compte.

Le gain moyen s'échelonne de 19 F à 72 F par jour selon le type d'établissement considéré (maison de retraite, logement foyer, service de soins de longue durée, etc.). Cette diminution du tarif hébergement devrait donc bien réduire la proportion des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. En revanche, certaines personnes n'ayant pas droit à la P.S.D. ou percevant une P.S.D. pour un montant inférieur au surcoût dépendance vont devoir s'inscrire à l'aide sociale. Toujours selon les résultats de la simulation et à partir d'hypothèses grossières, l'économie réalisée à l'échelle nationale pour l'aide sociale à l'hébergement serait de presque 2 millions de francs environ.

La contradiction entre le principe de l'annualité budgétaire et le caractère pluriannuel des conventions complique l'application de la réforme. L'idéal serait de prévoir un plan pluriannuel de financement pour une visibilité des crédits, par dérogation au principe de l'annualité budgétaire. Aujourd'hui, il existe une certitude que des crédits complémentaires seront débloqués (les moyens nouveaux progresseront de 50 % par rapport à 1999), mais il est difficile de connaître le montant des crédits alloués chaque année pendant les cinq prochaines années. Les fédérations rencontrées en Loire-Atlantique ont dénoncé les exigences très fortes de la part des administrations en matière de qualité et l'absence ou l'insuffisance de moyens financiers en contrepartie. Une autre interrogation concerne le respect par l'Etat de ses engagements. L'expérience du contrat de plan pour l'humanisation des hospices met en exergue les difficultés liées à la programmation, surtout lorsque l'inspecteur apprend que les crédits vont être gelés. Les procédures contentieuses seront toujours possibles si les financeurs ne respectent pas leurs engagements.

Le parallèle peut ici être établi entre les conventions tripartites pluriannuelles des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les hôpitaux. Les similitudes portent sur la pluriannualité des financements et sur les engagements des deux parties. La contractualisation dans le secteur sanitaire a permis de s'inscrire dans un autre mode de relation avec les directeurs d'établissement.

2.1.2.2. La réforme est inéquitable, elle lèse le résident.

Il existe une contradiction entre le manque d'équité lié à la PSD et l'orientation vers un lissage des budgets au niveau national (valeur nette du point G.I.R. des établissements

→ valeur moyenne départementale → valeur moyenne régionale → valeur moyenne nationale). Cette critique semble davantage dirigée à l'encontre de la P.S.D.. La réforme a souffert d'emblée de ce "parrainage" encombrant puisqu'elle a été amorcée par la loi instituant la prestation spécifique dépendance. En effet, c'est surtout la personne âgée qui est lésée car peu perçoivent la PSD pour couvrir les surcoûts liés à la dépendance, même si une augmentation du recours à la P.S.D. est prévisible. Les directeurs craignent d'ailleurs une désertion de leur établissement en raison du coût prohibitif du tarif journalier. Lorsque le ministère affirme que la réforme se fera à coûts constants pour l'usager, il se place dans une optique macro-économique. En effet, la part des usagers dans le financement des maisons de retraite restera à peu près la même (environ 60 %). Cependant, cette stabilité apparente masque en réalité une nouvelle répartition des charges entre les résidents. En dehors des nombreuses simulations démontrant objectivement le surcoût pour le résident, cette nouvelle charge financière est un véritable drame pour les familles, détériorant les relations intergénérationnelles à cause d'un sentiment de culpabilité éprouvé de toutes parts. L'illustration en est donnée par la situation de Mme X qui est une personne très dépendante (classée en GIR 1) hébergée dans un établissement de soins de longue durée.

Le cas concret de Mme X.

Pour l'année 1998, l'établissement lui a facturé 120 220 F. Pour l'année 1999, la facture devrait s'élever à 125 000 F environ.

Les revenus du résident permettent d'assurer le financement de l'hébergement en établissement à hauteur de 68 082 F.

La P.S.D., partielle, compense les charges liées à l'hébergement pour un montant annuel de 6 361 F.

La famille doit donc déboursier 51 507 F pour l'année 1999, soit près de la moitié du prix demandé par l'établissement.

Dans le cadre de la réforme, les simulations effectuées par l'établissement prévoient un surcoût de 58,18 F par jour pour un GIR 1, soit une charge annuelle supplémentaire de 21 000 F.

Cette situation, tirée de la réalité, permet de comprendre l'angoisse des familles qui puisent tous les mois un peu plus dans leurs réserves.

- Les trois enquêtes exploitées convergent pour définir le profil des personnes qui paieront plus et de celles qui paieront moins. Il s'agit de la simulation réalisée par le Mensuel des Maisons de Retraite¹⁹ sur 9 établissements publics médicalisés, de la simulation faite par le ministère sur un échantillon de 1 000 établissements²⁰ ainsi que des entretiens que j'ai conduits auprès de 15 établissements du département.

La simulation menée par la mission MARTHE met en évidence une augmentation de la facture nette pour les personnes très dépendantes. De même, les entretiens réalisés auprès de directeurs du département démontrent que les personnes les plus touchées sont celles qui sont fortement dépendantes (G.I.R. 1, 2 et 3) et dont le surcoût va être important. Dans les établissements dont le G.I.R. moyen pondéré est conséquent (proche ou supérieur à 700), la contribution des résidents risque globalement de s'alourdir. En outre, les personnes qui n'ont pas le droit aux aides, soit parce qu'elles ne remplissent pas les conditions, soit parce qu'elles n'osent pas les demander vont être lésées par le passage à la nouvelle tarification. Beaucoup de directeurs ont déclaré que leurs résidents n'osaient pas demander les aides. Ils avancent plusieurs raisons à cet état de fait. Les personnes âgées peuvent ne pas être suffisamment informées. Mais c'est surtout en raison de la représentation qu'elles se font de l'aide (image liée à l'assistantat et à l'hospice) ou des contraintes trop lourdes (obligation alimentaire, récupération sur succession, etc) qu'elles refusent de faire supporter à leurs familles parfois elles-mêmes dans une situation difficile (chômage, etc.) que les personnes dépendantes ne veulent pas solliciter les aides. En effet, beaucoup ont travaillé toute leur vie (importance accordée au travail dans les milieux agricoles) et refusent la perspective de se faire assister par la société. A cet égard, il existe un décalage entre les établissements implantés en milieu rural, dont les résidents perçoivent pour beaucoup le minimum vieillesse et remplissent les conditions d'attribution pour la P.S.D., et les établissements implantés en milieu urbain qui accueillent une population beaucoup plus aisée.

A contrario, il ressort des entretiens menés en Loire-Atlantique que les personnes qui perçoivent la P.S.D. pour compenser le surcoût dépendance ainsi que les personnes valides qui n'auront à s'acquitter que d'un tarif hébergement effectif, vont gagner au passage à la nouvelle tarification. Parallèlement, la simulation faite par le Mensuel des maisons de retraite situe la 'bascule", c'est-à-dire le moment où le résident devient "gagnant", à partir du G.I.R. 4 voire 5. Les résultats de la

¹⁹ La lettre de l'A.D.E.H.P.A., septembre 1999

²⁰ cf. p. pour le détail de la démarche suivie page 18

simulation ministérielle convergent pour constater que la diminution des prix de journée concerne les personnes les plus valides. Par exemple, les personnes classées en G.I.R. 6 réalisent une économie journalière de 41 F. L'effet net sur la facture du résident devient positif à partir du GIR 4 (gain journalier de 15 F), avec application du clapet, tous établissements confondus.

- Le recouplement des différentes enquêtes et simulations met en exergue l'existence d'un fossé entre les personnes percevant la prestation spécifique dépendance et celles qui devront s'acquitter du surcoût dépendance : les bénéficiaires de la P.S.D. pourront, eux, échapper à l'impact de leur état de santé. L'un des établissements interrogés, gérant deux services (maison de retraite et soins de longue durée), a pointé ce paradoxe. En effet, les résidents hébergés en maison de retraite et classés en G.I.R. 4 à 6 devront s'acquitter d'un prix de journée de 278 à 246 F sans pouvoir prétendre à la P.S.D. ; tandis que les personnes du long séjour ne paieront que 240 F par jour en raison de la compensation par la prestation dépendance. Ainsi, alors que la réforme a été mise en place pour une meilleure répartition des charges et faire en sorte que les personnes valides ne paient plus pour les personnes dépendantes ; les personnes plus valides (G.I.R. 4 à 6) doivent financer le surcoût dépendance tandis que les plus dépendantes sont prises en charge par le conseil général.
- Les personnes âgées dépendantes verront ainsi leur participation s'accroître sans forcément percevoir une amélioration sensible de la prise en charge. Un certain nombre de directeurs se sont déjà heurté à l'incompréhension des résidents et il apparaît plus facile de justifier une hausse des tarifs suite à la réalisation de travaux immédiatement et concrètement perceptibles. La "vérité des coûts" est difficile à négocier par les directeurs d'établissement avec les usagers et leur famille.

2.2 LE CLASSEMENT EN GIR ET LA LOGIQUE INDIVIDUALISTE INQUIÈTENT LES DIRECTEURS

2.2.1 La remise en cause de la pertinence du classement en Groupes Iso-Ressources

Les directeurs craignent que le GIR moyen pondéré devienne l'unique critère d'évaluation de la situation des établissements et d'allocation des moyens alors qu'il est déterminé à un instant "t" et subjectif donc assez aléatoire. D'autant plus que les personnes classées en GIR 2 et 3 demandent plus de temps de présence que les personnes classées en GIR 1.

- Le budget est établi sur la base d'une prévision d'activité liée au niveau de dépendance donné. L'établissement veillera donc logiquement à maintenir son niveau d'activité en sélectionnant les personnes accueillies en fonction de leur état de dépendance. Il en résulte un risque de précarisation du personnel, recruté au gré des variations de l'activité, et l'éventualité de voir les établissements mener une politique de sélection des risques et de la clientèle.
- La contestation du classement dans la grille A.G.G.I.R. par un résident peut conduire le directeur à désapprouver son équipe médico-sociale.
- Dans le souci d'assurer une stabilité financière aux familles et à l'établissement et pour simplifier la gestion, les tarifs afférents à la dépendance et aux soins ne pourront être révisés, même si l'état de dépendance des intéressés évolue au cours de l'exercice budgétaire. Cela pose cependant un problème d'équité financière pour le résident. Par exemple, une personne qui se fracture le col du fémur au moment où la répartition en G.I.R. intervient sera classée dans un groupe qui ne correspond pas à son état de dépendance en dehors de cette période de crise. Elle retrouvera probablement son état de dépendance initial après une période de convalescence. Dès lors, il est injuste de lui faire supporter les charges financières liées à un groupe iso-ressources plus lourd pendant toute une année.

2.2.2 La réforme opère le passage d'une logique de mutualisation du risque (tarif journalier unique) à une logique d'individualisation (le résident paie en fonction de SON état de dépendance).

- Selon la C.R.A.M. des Pays de la Loire (caisse régionale d'assurance maladie), l'un des inconvénients majeurs de la réforme est dû à l'individualisation des tarifs. La

répartition en groupes iso-ressources est intéressante pour une population considérée dans sa globalité. Mais elle présente ici des effets pervers puisqu'on applique un outil collectif (le classement en G.I.R.) à un individu pour calculer son degré de dépendance. Poussée à l'extrême et élargie à l'ensemble du système de protection sociale, la logique de l'individualisation peut être très dangereuse. Ainsi, le fumeur atteint d'un cancer des poumons devrait financer les soins qui lui sont prodigués. On retrouve ici le problème du collectif appliqué à l'individu. L'individualisation des tarifs conduit à poser de véritables choix de société : voulons-nous que la société prenne en charge la dépendance, notamment par la reconnaissance d'un cinquième risque social ou laissons-nous les personnes âgées et leur famille financer la perte d'autonomie?

- Selon le directeur d'un établissement privé associatif de Loire-Atlantique, les relations avec les familles vont devenir plus commerciales. Le prix unique appliqué jusqu'à présent aboutissait à une mutualisation du risque. Il déplore que l'on mette en place une réforme qui dégage les deniers publics de la prise en charge de la dépendance. Ainsi, le concept de dépendance est apparu en même temps que la reconnaissance des limites de la sécurité sociale. Or, les personnes âgées actuellement dépendantes sont justement celles qui ont assisté à la montée en charge de l'Etat-Providence. Il va falloir leur faire comprendre la logique individualiste de la réforme, selon laquelle c'est la personne elle-même qui doit se prendre en charge.

Par ailleurs, certains établissements, prioritaires de par leur capacité, ne veulent pas entrer dans la réforme car ils y perdraient. Cependant la question de savoir s'il est possible de différer l'entrée de ces établissements dans la réforme reste en suspens.

Ces quelques réflexions à partir du contexte local permettent d'avancer des éléments de proposition pour faciliter la mise en place de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, en Loire-Atlantique notamment.

3 ÉLÉMENTS DE PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME

Ces éléments de proposition constituent des orientations autour desquelles une réflexion peut s'engager. Plusieurs des pistes évoquées sont déjà à l'étude dans le département,

mais il convient de les approfondir et de les enrichir, notamment grâce aux expériences nationales.

3.1 EXPÉRIMENTER DE NOUVELLES MÉTHODES DE TRAVAIL

3.1.1 Mieux communiquer autour de la réforme

- **Une plaquette d'information établie conjointement avec le conseil général permettrait d'apporter un soutien logistique aux établissements.** En outre, cela faciliterait leur démarche d'information envers les familles en montrant que la réforme est nationale et s'applique sans discriminations. Les associations rencontrées ont, elles aussi, manifesté le désir de recevoir un document détaillé expliquant la réforme et ses modalités d'application concrète. En effet, pour l'instant elles s'informent grâce aux revues spécialisées mais tout le monde ne tient pas le même discours. Cela permettrait de donner des informations plus fiables aux adhérents, puisqu'elles sont directement issues du ministère. Les associations de représentants des usagers demandent aussi à avoir des situations-types, des exemples chiffrés pour mieux se rendre compte des incidences financières de la réforme.

- **Deux types de structures peuvent servir de relais à cette politique de communication : l'Institut National du Vieillissement et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (les CLIC).**
 - La proposition du rapport Guinchard-Kunstler²¹ pour l'instauration d'un Institut National du Vieillissement a été reprise par Mme AUBRY lors de son discours de clôture de l'année internationale des personnes âgées. Une mission examinera les conditions de sa mise en place. Cet institut serait un espace de confrontation des savoirs et des points de vue relatifs au processus de vieillissement en même temps qu'une "structure d'appui pour les campagnes de communication qui doivent être conduites". Il répondrait à la nécessité de conduire une véritable action d'information sur le vieillissement et la dépendance. Ainsi, les brochures et plaquettes d'information réclamées par les directeurs rencontrés en Loire-Atlantique pourraient être réalisées par l'Institut National du Vieillissement. En outre, des campagnes de prévention de la dépendance pourraient être menées sur le modèle de la campagne "anti-alcool" dans les lycées, par exemple. Aujourd'hui, ce sont essentiellement les caisses de retraite ou les sociétés

²¹ « Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie », Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, septembre 1999.

d'assurance et de prévoyance qui se sont emparées du message de prévention de la dépendance, dans une optique financière ("assurez vos vieux jours", "faites fructifier vos retraites", etc.). Le recours accru aux médias contribuerait en outre à valoriser la place de la personne âgée au sein de la société et contribuerait à resserrer les liens intergénérationnels grâce à une meilleure compréhension mutuelle.

- L'expérimentation des Centres Locaux d'Information et de Coordination pour l'an 2000 doit être menée sur 25 sites. L'objectif est de créer un réseau de coordination gérontologique qui aura entre autres pour fonction de diffuser toutes les informations utiles auprès des familles. Ces nouvelles structures devraient améliorer la circulation de l'information des autorités chargées de la tarification et des directions d'établissement vers les familles. Celles-ci disposeraient alors de toutes les informations utiles pour étudier quel est le mode de prise en charge le plus adapté pour leur proche (maintien à domicile, accueil de jour ou de nuit, hébergement en maison de retraite ou en logement foyer, etc.).

- **Désigner une personne référente par établissement et identifier les décideurs.**

Si la réforme pose un objectif de transparence, les établissements souhaitent davantage de clarté dans l'application de la réforme. Le fait d'avoir une personne référente par administration leur permettrait de tisser des relations de confiance. Cette personne référente serait celle qui conduirait la négociation budgétaire et se déplacerait, dans la limite de ses possibilités, dans les établissements pour tenter de comprendre leurs difficultés. La région a déjà élaboré une brochure distribuée aux directeurs présents lors de la journée d'information sur la réforme de la tarification animée par la mission MARTHE à Nantes. Cette brochure répertorie les différents interlocuteurs des établissements, département par département : les "correspondants MARTHE" dans les D.D.A.S.S., les personnes référentes au conseil général et l'échelon régional service médical de la région des Pays de la Loire. Les directeurs ont apprécié cette initiative. En outre, l'équipe référente constituée par département pourrait apporter l'assistance technique dont certains établissements peuvent avoir besoin et maintenir ainsi la diversité des modes d'accueil (qui répondent tous à un besoin précis). La bonne connaissance du rôle de chacun au sein de cette équipe facilite l'orientation de l'établissement vers la personne compétente. La constitution d'une telle équipe, regroupant médecins et inspecteurs de la D.D.A.S.S (services sanitaire et médico-social), du conseil général (D.I.S.S.) et de l'assurance maladie implique pour chacun de travailler en étroite collaboration.

3.1.2 Travailler dans le cadre de la contractualisation

- La réforme de la tarification implique de dépasser la logique strictement budgétaire afin d'être à l'écoute des besoins des usagers. Après la montée en charge du dispositif, il conviendra de faire le point, périodiquement, avec l'établissement sur la réalisation des engagements pris dans le cadre de la convention. La démarche d'évaluation est encouragée par les textes qui avancent la date de dépôt du compte administratif au 30 avril pour permettre aux inspecteurs et médecins de renforcer leurs inspections. Un véritable travail d'évaluation sera mené conjointement par l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales et l'attaché départemental. La requalification des services de soins de longue durée implique aussi de travailler étroitement avec le service sanitaire. La grille de lecture réalisée par le comité de pilotage en Loire-Atlantique, à partir de l'outil d'auto-évaluation doit permettre d'élaborer un diagnostic de l'établissement préalablement à la signature de la convention. Il conviendra d'aller plus loin en menant une véritable analyse conjointe des établissements. Cet accord sur les situations des établissements permettra, concrètement, de ne se voir qu'une à deux fois par an sur les gros dossiers, car on se heurte aussi aux contraintes de calendrier de chacun. Enfin, les personnels doivent rester vigilants car le partenariat repose avant tout sur des hommes et sur leur volonté de travailler ensemble. Il convient de l'entretenir.
- La rédaction d'un projet de convention par les membres du comité de pilotage a permis de travailler concrètement avec les fédérations pour mieux comprendre leurs contraintes. Les rencontres avec les fédérations instaurent un dialogue riche d'enseignements pour chacune des parties. Ces nouvelles relations s'instaurent grâce à la contractualisation, à l'instar de ce qui s'est produit dans le domaine sanitaire avec les conventions d'objectifs et de moyens. L'engagement sur des objectifs communs et sur de grandes orientations permet de travailler de concert au profit d'une meilleure prise en charge de la personne âgée dépendante. Cette démarche devra se poursuivre régulièrement en allant apprécier sur le terrain les efforts réalisés et l'adéquation avec les engagements pris dans le cadre de la convention. Les fédérations ont apprécié la démarche de concertation menée par les administrations. L'objectif final de cette concertation est de parvenir à un document de travail partagé par tout le monde, élaboré à partir d'une proposition de base amendée en fonction des priorités des établissements. Ils pourront exprimer les contraintes de fonctionnement auxquelles ils se heurtent tous les jours dans leur établissement.

- L'analyse des nouvelles méthodes de travail issues de la contractualisation amène à s'interroger sur le choix des outils de régulation du secteur médico-social. Du contrat ou de la décision unilatérale, quel est l'instrument qui laisse la plus grande liberté aux établissements? Assurément, le fond importe davantage que la forme. En outre, la décision unilatérale n'exclut pas la négociation et il n'est pas sûr que le contrat soit plus protecteur²². La réforme s'inscrit dans le mouvement d'évolution que connaît le secteur médico-social, sur le modèle du secteur sanitaire (planification, contrats d'objectifs, détermination des enveloppes de crédits). La question se pose alors de savoir si ce système est transposable au secteur médico-social en raison de sa diversité (évolution rapide des besoins, etc). En outre le secteur des personnes âgées est l'un des seuls secteurs où l'utilisateur paie. La planification et la définition de contrats d'évolution des moyens sont cependant rendus nécessaires pour une affectation plus juste des ressources de plus en plus rares.

3.2 RÉFORMER LA RÉFORME

3.2.1 Aménager certaines dispositions de la réforme

3.2.1.1. Aménager la prestation spécifique dépendance

- Dans une intervention au début du mois de décembre, madame AUBRY, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité s'est prononcée en faveur d'une révision en profondeur de la réforme de la prestation dépendance au motif de son caractère inégalitaire. C'est une prestation individualisée qui devrait être différenciée selon que la prise en charge s'effectue en établissement ou à domicile. Elle a, en outre, annoncé un relèvement du seuil de recours sur succession (de 300 000 F aujourd'hui à 600 000 F) qui sera présenté au Parlement dans le cadre d'un DMOS (diverses mesures d'ordre social) au début de l'an 2 000. Les différentes mesures prises pour améliorer la P.S.D. devraient permettre à 80 % des résidents en établissement de satisfaire aux conditions d'attribution de cette prestation. Par ailleurs, elle a chargé J.P. SUEUR de mener une réflexion sur ce sujet avec les acteurs concernés.

²² Voir LEVY, revue de droit sanitaire et social n° 34 oct-déc 1998.

- En outre, la mission MARTHE a avancé l'idée de mettre en place un "ticket modérateur" (à ne pas confondre avec celui de la sécurité sociale) dont le principe consiste à ne jamais faire payer au résident plus que le tarif correspondant au G.I.R. 5. Un tarif unique d'un montant de 18 F serait fixé pour les G.I.R. 1 à 4. Le surplus serait modulé en fonction de l'état de dépendance de la personne et pris en charge par la P.S.D.. La mission a, en outre, avancé l'idée d'une mutualisation des groupes iso-ressources en passant de 6 niveaux actuellement à 3.

- Depuis janvier 1997, le conseil général prend en charge la P.S.D. tant à domicile qu'en établissement. Seuls les personnes les plus dépendantes (G.I.R.1 à 3) pouvaient jusqu'à présent bénéficier de cette aide. Dans sa lettre de cadrage pour le nouvel exercice budgétaire, le conseil général établit les tarifs dépendance maxima à 80 F pour un G.I.R.1 ; 67,20 F pour un G.I.R. 2 et 52,80 F pour un G.I.R. 3. Cependant, la réforme fait naître un surcoût dépendance pour les personnes classées en G.I.R. 4, 5 et 6, surcoût que la personne devra financer. C'est pourquoi, dans un souci d'égalité de traitement, le Département a décidé d'étendre le bénéfice de la prestation aux personnes relevant des G.I.R. 4 et 5, c'est-à-dire faiblement dépendantes. Le montant maximal de l'aide pour un G.I.R. 4 est de 33, 60 F et de 20F pour un G.I.R. 5. Cette aide sera attribuée dans les mêmes conditions qu'actuellement. Elle sera exonérée de l'obligation alimentaire et bénéficiera de conditions de récupération sur succession identiques. Le G.I.R. 4 (1 730 personnes) pourrait toucher le même nombre de personnes que les trois premiers G.I.R. (1 611 personnes dont 891 classées en G.I.R. 2²³), ce qui démontre l'importance de la mesure.

3.2.1.2. Rendre possible une actualisation du classement en GIR pour les résidents

La modulation des tarifs afférents à la dépendance et aux soins de l'exercice "n" se fonde sur la répartition des résidents par G.I.R. établie sur la période s'étendant du 1^{er} janvier au 30 septembre de l'année "n-1". Une fois les tarifs établis, ils ne pourront faire l'objet d'une révision. Plusieurs voix s'élèvent de toutes parts pour dénoncer le manque d'équité de cette disposition en ce qui concerne les résidents. Il semble donc que le ministère réfléchisse à un aménagement de ce principe. La révision régulière du classement en G.I.R., a fortiori en cas d'amélioration sensible de l'état de santé du résident, devrait être

²³ *Données P.S.D. au cours du 1^{er} trimestre 1999, service statistique de la D.R.A.S.S.*

possible, ne serait-ce que dans un souci de stimulation des personnes hébergées en établissements.

3.2.2 Poursuivre la démarche qualité

3.2.2.1. Mieux prendre en compte la notion de dépendance

- **Adopter un outil qui permette de reconnaître les efforts de prévention de l'établissement pour les valoriser.**
 - Dans le domaine des soins, les risques sont bien identifiés (troubles démentiels, chutes, incontinence, surconsommation médicamenteuse, surmédicalisation, etc.) et la gamme des possibilités d'action est assez large. Les actions de prévention s'inscrivent dans le cadre de la démarche qualité. Elles demandent davantage de temps aux personnels qui interviennent directement auprès de la personne âgée. En effet, ils doivent aider la personne âgée à faire et non pas faire à sa place. Par exemple, accompagner une personne âgée incontinente aux toilettes demande plus de temps et de patience que de lui mettre des changes. Cependant, une personne incontinente, grâce à la rééducation, peut retrouver son autonomie. Outre les actions menées par l'équipe médico-sociale, l'établissement peut adapter ses locaux pour prévenir des situations de perte d'autonomie. La pose de barres d'appui, l'organisation d'espaces de circulation ou la signalisation des obstacles, par exemple, sont autant d'aménagements qui contribuent à prévenir les chutes des personnes âgées dépendantes. En outre, les résidents sortiront plus facilement de leur chambre pour se promener dans les couloirs s'ils se sentent en sécurité.
 - Dans le domaine de l'animation des actions de prévention de la dépendance sont également possibles. Ces actions recouvrent toutes les animations visant à faire participer la personne âgée dans le respect de sa personnalité, de sa liberté et de ses choix. Les ateliers mémoire stimulent le résident. Le recours à des prestataires extérieurs de services tels que les coiffeurs aide la personne âgée à faire attention à son image et par la-même à prendre soin d'elle.
- La réforme de la tarification est budgétaire et comptable donc elle n'apporte pas en soi de réponse à la dépendance en termes d'aide et d'accompagnement, même si l'avancée liée à la démarche d'assurance qualité est loin d'être négligeable. C'est pourquoi, eu égard à l'ampleur croissante du phénomène de dépendance, **il apparaît**

important de poursuivre les actions engagées pour améliorer la prise en charge de la dépendance.

- Alors que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité réfléchit aux aménagements de la prestation spécifique dépendance, nombre d'acteurs estiment déjà que cette prestation, "provisoire" selon la loi qui l'a instituée, a vécu. Les signataires²⁴ du "Livre blanc pour une prestation autonomie" estiment que la prestation autonomie doit passer dans le champ de la solidarité nationale et avoir un caractère universel. Ils se prononcent donc en faveur d'une logique assurantielle dans le cadre de la protection sociale, sur le modèle du cinquième risque social tel qu'il a été adopté en Allemagne²⁵. Les auteurs du livre blanc plaident en faveur de «l'intégration du risque handicap pour tous les âges dans le champ de la protection sociale». Ils souhaitent en effet profiter de la mise à plat du problème des personnes âgées pour faire émerger une loi du handicap. La dépendance ne concerne pas seulement les personnes âgées et ils voudraient que la prise en charge des personnes âgées dépendantes soit équivalente à l'actuelle prise en charge des personnes handicapées. Cet avis n'est pas partagé par tous les acteurs du domaine médico-social et notamment par M. BOULINIER (qui a d'ailleurs refusé de signer le Livre blanc), président de l'Association de Paralysés de France (A.F.P.). Avec l'élargissement de la notion de handicap aux personnes âgées dépendantes, P. BOULINIER craint que, sous prétexte de certaines analogies de situation, les personnes âgées et handicapées soient traitées comme un même public et que l'on tire les prestations vers le bas. Néanmoins, tous s'accordent à reconnaître que la barrière des 60 ans, qui transforme brusquement les personnes handicapées en personnes âgées dépendantes, est artificielle.

Mme GUINCHARD-KUNSTLER, auteur du rapport "Vieillir en France" remis récemment au Premier ministre propose, elle aussi, la création, à terme, d'une prestation unique dépendance. Cette prestation devrait permettre de faire évoluer les dispositifs financiers afin de couvrir l'étendue des besoins pour apporter une aide qui soit vraiment personnalisée. Par ailleurs, elle constate une diminution globale, depuis 1996, de la participation des conseils généraux (13,7 milliards de francs en 1996 contre 12,6 milliards de francs en 1998). Ce désengagement est dû au remplacement de l'A.C.T.P. par la prestation spécifique dépendance. En effet, une comparaison effectuée par le Syncass-CFDT montre qu'à niveau de ressources très proche, l'allocation compensatrice pour tierce personne est 2,4 fois supérieure à la PSD. Ce constat permet de mesurer la différence de traitement entre le handicap et la dépendance. C'est pourquoi, il apparaît urgent

²⁴ 25 associations du secteur médico-social et le comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

²⁵ Loi du 28 mai 1994 relative à la prestation dépendance

d'améliorer la prise en charge de la dépendance, au besoin en la faisant basculer dans le système de sécurité sociale en en faisant un cinquième risque social.

- La prise en compte de la dépendance passe aussi par une sensibilisation des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée. L'introduction d'un contenu gérontologique dans la formation du personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) mais aussi social (animateurs, aides médico-psychologiques, etc) doit permettre, en outre, de les aider à assumer des situations très lourdes, notamment sur le plan psychologique. En effet, les intervenants sont bien souvent démunis face à la prise en charge des maladies telles que la démence sénile (maladie d'Alzheimer, etc.). D'ailleurs, dans le cadre de la signature de la convention avec les autorités tarifatrices, l'établissement doit veiller à employer du personnel qualifié. De même, il convient d'intégrer la dépendance, sa prévention et sa prise en charge, dans le cycle de formation initiale ou continue des médecins pour impulser un véritable enseignement de la gériatrie et réussir à le diffuser.

Ainsi, il apparaît souhaitable de former des intervenants aux compétences élargies pour répondre à tous les besoins que peut susciter la dépendance (besoins médicaux mais aussi relationnels, sociaux).

Cette sensibilisation des intervenants aux situations de dépendance des personnes âgées doit permettre d'améliorer la compréhension de la réforme sur le terrain.

3.2.2.2. Faire mieux a moyens constants

- La logique de fonctionnement en réseau est vivement encouragée par la réforme et prévue dans le cahier des charges relatif à la démarche d'assurance qualité. Elle permet aux établissements de mener des actions plus efficaces et de dégager du temps et des moyens pour mener des actions de prévention envers les résidents.

Par exemple, quinze établissements du sud du département de Loire-Atlantique se sont constitué en Groupement économique et qualitatif. La fonction de cette association est de lancer des appels d'offres annuels auprès des fournisseurs et de tous produits (hygiène, nettoyage, etc.) dont les maisons de retraite ont besoin. Outre son intérêt économique évident, ce travail en réseau apporte une plus-value incontestable. Elle permet aux membres du groupement de réfléchir ensemble aux grandes orientations de la politique en faveur des personnes âgées, dont la réforme

de la tarification. Le groupement a déjà permis de mener la formation des personnels en commun. Par ailleurs, l'ensemble des directeurs adhérant au groupement partagent l'exigence de qualité et la nécessité d'apporter une prise en charge personnalisée.

La mise en réseaux ne concerne pas seulement les groupements d'achats mais peut aussi être utilisée pour respecter une réglementation de plus en plus lourde. Ainsi, les établissements pourraient se regrouper et se spécialiser, chacun, dans un domaine de la législation intéressant le fonctionnement des établissements (sécurité, hygiène, sécurité incendie, etc.).

En outre, un protocole d'accord peut permettre à plusieurs établissements (notamment ceux qui sont isolés, en milieu rural) de se regrouper pour recruter un médecin coordonnateur.

- L'imagination de l'équipe peut se substituer au manque de moyens financiers pour faire de l'hébergement un véritable lieu de vie. En effet, s'il ne faut pas minimiser l'importance de l'accompagnement budgétaire des conventions tripartites, de nombreuses améliorations dans la qualité de la prise en charge ne nécessitent pas de moyens supplémentaires. L'horaire des repas, l'implication des résidents, la possibilité d'apporter des objets personnels ou l'intervention de prestataires de services extérieurs à l'établissement, par exemple, sont autant d'améliorations qui ne coûtent pas plus cher à l'établissement. Ainsi, l'animation est un état d'esprit qui ponctue les différents moments de la journée, contribuant ainsi au bien-être du résident.

CONCLUSION

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est une réforme d'une ampleur inattendue (sachant qu'elle a été prise par décrets d'application), telle qu'il ne s'en produit que tous les 20-25 ans. Il apparaissait urgent de réformer la tarification des établissements d'accueil pour les personnes âgées. En effet, il apparaît plus juste d'allouer les moyens aux établissements selon leurs besoins réels, c'est-à-dire en fonction de l'état de dépendance des résidents et non plus en fonction du statut juridique de l'établissement.

La réforme est avant tout une réforme "vérité" sur les coûts, une réforme "transparence" qui offre l'opportunité de clarifier les financements et d'améliorer la qualité des prestations offertes aux résidents grâce à la démarche d'assurance qualité. Si elle emporte l'unanimité sur ses principes et ses objectifs, elle est critiquée dans ses modalités d'application et dans ses conditions de financement. L'objection principale, soulevée par les fédérations d'établissements au niveau national, provient du fait qu'elle repose sur la prestation spécifique dépendance dont le bilan est contrasté. En Loire-Atlantique, les directeurs partagent les objectifs de la réforme et saluent la démarche d'assurance qualité, à condition que les moyens d'accompagnement financiers soient suffisants. Cependant, ils s'accordent pour dire que c'est le résident qui va en grande partie supporter le surcoût lié à sa dépendance. Ils reprennent globalement les critiques adressées au ministère par les fédérations nationales même s'ils reconnaissent les efforts fournis par les acteurs chargés de mettre en place la réforme en Loire-Atlantique (réunions, constitution d'un comité de pilotage). Si les réactions des directeurs ne paraissent pas toutes fondées, il faut reconnaître que certains aménagements s'avèrent nécessaires. En priorité, il convient de réformer la prestation finançant le surcoût dépendance, au besoin en faisant de la dépendance un cinquième risque social. En outre, il convient d'améliorer la connaissance du phénomène de dépendance au sein de notre société afin de redonner sa place à la personne âgée.

La mise en place de la réforme consiste à relever un certain nombre de défis : travailler en partenariat dans le cadre de la contractualisation, trouver des formules innovantes pour faire mieux à moyens constants, personnaliser l'aide apportée à la personne âgée dépendante. Cela passe par une réponse plus fine aux besoins constatés localement lors d'une prise en charge de proximité et par une diversification des modes d'hébergement, véritables lieux de vie. Il convient de rendre la réforme pleinement effective et efficace et

de la poursuivre en développant davantage les complémentarités à l'intérieur d'un même bassin de vie qui correspond au bassin d'emplois.

La réforme s'inscrit dans un mouvement plus vaste qui est initié par la réforme en préparation de la loi du 30 juin 1975. En effet, le secteur médico-social est en pleine mutation pour que l'utilisateur soit réellement au centre des préoccupations grâce à une approche individualisée. En outre, les notions de contrats d'objectifs, de schémas ou de projets constituent autant de méthodes d'action développées dans le cadre de la réforme de la tarification. A ce titre, il est regrettable que la réforme de la loi de 1975 ne soit pas parue préalablement à celle de la tarification qu'elle aurait englobée.

Dans cette étude, on a pu constater les efforts déployés par la mission MARTHE et par les acteurs concernés en Loire-Atlantique pour que la réforme s'applique le mieux possible. Reste à apprécier l'impact réel de la réforme, lorsque l'on aura le recul nécessaire. L'enjeu est de taille pour l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales puisqu'il devra faire vivre une réforme, en synergie avec les autres acteurs. D'autant plus que cette réforme se situe au carrefour de la politique de la vieillesse, de la politique de santé publique et de la politique de l'emploi. Elle devrait en outre contribuer à renforcer le lien social entre les générations grâce à une meilleure connaissance mutuelle dans le cadre de l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur (les crèches, les marchés, etc).

"La mort étant l'événement le plus important de la vie, l'homme n'a trouvé qu'une solution pour lui échapper : c'est vieillir". Ce propos du Professeur RODAT du CHU de Nantes, lors de la conférence régionale de santé qui s'est tenue en novembre 1999 à Nantes, illustre le long cheminement auquel nous allons tous devoir nous préparer pour vieillir le mieux possible. C'est pourquoi nous ne pouvons que nous féliciter du fait que notre société veuille à mieux prendre en charge la dépendance pour faire des établissements de véritables lieux de vie.

INDEX

ADEHPA : Association des Directeurs d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe-Iso-Ressources
A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR moyen pondéré
CDCM : Commission Départementale de Coordination Médicale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DISS : Direction des Interventions Sanitaires et Sociales
EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
ERNEST : Échantillon Représentatif National d'Établissements pour Simuler la Tarification
FHF : Fédération Hospitalière de France
MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Établissements Hébergeant des personnes âgées dépendantes
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
UNCCAS : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
UNEPPA : Union Nationale des Établissements Prenant en charge les Personnes Agées
UNIOPSS Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

BIBLIOGRAPHIE

PRESENTATION GENERALE DE LA REFORME

- "Marthe et Ernest sont à pied d'œuvre", Espace Social Européen, 24 septembre 1999, p.21
- "La réforme de la tarification", Hospitalisation privée n° spécial- n° 347 (juillet- août 99), revue de la FIEHP, p.37
- "La réforme de la tarification : présentation", Dictionnaire permanent de l'action sociale, Bulletin 122 bis, juin 1999.
- "Réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées : la fin de l'âge d'or?", le journal de l'action sociale – mai 1999, p.29
- "la réforme de la tarification", Lettre CNAM n° 265 (avril 1997)
- "La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes", ASH n° 2117 (30/04/99)
- "réforme de la tarification : une désapprobation générale", Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2114 (09/04/99)
- Note d'information de Pierre Gauthier (juin 1998)
- "La mission MARTHE : une aide à la mise en place de la nouvelle tarification", Acteurs magazine n° 39, novembre 1999, p.6

LES CRITIQUES ET AMENAGEMENTS

- "Aubry pour une révision en profondeur de la prestation dépendance", Le Quotidien, n° 6601, 02/12/99
- "Cuisines et dépendance", Espace Social Européen, 19-25 novembre 99
- "Après le livre noir, le livre blanc de la PSD", Perspectives sanitaires et sociales, n° 146, octobre 1999
- "Questions à P. BOULINIER, sur la confusion entre handicap et dépendance, ASH, 29 octobre 1999
- "Une prestation autonomie à tous les âges", Espace Social Européen, n° 481

- La lettre de l'ADEHPA septembre 99 « réforme de la tarification : les textes enfin publiés au J.O. »
- "Etablissements pour personnes âgées : l'addition passe mal", E.S.E., 21-27 mai 1999, p.15
- "Maisons de retraite : remous autour de la réforme de la tarification et de la PSD", Le Quotidien n° 6496, 12 mai 1999

LA REFORME EN LOIRE-ATLANTIQUE

- "Conseil Général : la session budgétaire – Social : un budget de 1,485 Mds de francs", Ouest France, 01/12/99
- "Maisons de retraite en réseau", Ouest France, 18/11/99
- "Tarification des établissements pour personnes âgées : trouver le mode d'emploi", Santé-Pays de la Loire, n° 31, mai 1999
- "Etablissements d'hébergement pour personnes âgées : les directeurs débattent de la réforme de la tarification", Presse Océan, 05/02/98

ARTICLES DIVERS

- "Oui à la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées", tribune libre, Actualités sociales hebdomadaires, n° 2124, 18 juin 1999.
- "Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie", Rapport Guinchard-Kunstler, septembre 1999
- Revue de droit sanitaire et social n° 34 oct-déc 1998 « vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ? M J. LEVY
- "Habitat et grand âge : le nouvel agencement", le journal de l'action sociale, juin-juillet 1998, p.8

ENTRETIENS

- 15 Directeurs d'établissement de Loire-Atlantique
- Conseil Général (DISS)
- Assurance maladie (CRAM des Pays de la Loire)

- Réunion régionale animée par la mission Marthe (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement pour personnes âgées dépendantes) le 30 septembre 1999 regroupant DDASS, ARH, CRAM, MSA et directeurs d'établissements pour une présentation de la réforme le matin et une réunion restreinte l'après-midi.
- Réunion du comité de pilotage et des fédérations d'établissements de Loire-Atlantiques le 17 novembre 1999
- Deux associations de représentants des résidents

ANNEXES

- **Annexe n° 1 : questionnaire et compte-rendu des entretiens avec les établissements n°1 et n°2**

- **Annexe n° 2 : les nouvelles modalités de tarification des EHPAD**

- **Annexe n° 3 : Synthèse des différentes étapes de la procédure budgétaire**

- **Annexe n° 4 : Les principaux textes de référence**

- **Annexe n° 5 : "Réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées : la fin de l'âge d'or ?", JAS, mai 99**

ANNEXE N° 1

ETABLISSEMENT N° 1 (23 SEPTEMBRE 99)

① ESSAYER DE DÉTERMINER LE PROFIL DE L'ÉTABLISSEMENT :

- Nature juridique de l'établissement :
 - public autonome
 - public non autonome
 - privé associatif
 - privé commercial

- Capacité :
 - plus de 85 lits
 - moins de 85 lits

- Niveau de dépendance : GMP = 605

- Niveau de médicalisation :
 - Forfait soins courants OUI
NON
 - Section de cure médicale OUI
EN ATTENTE
 - U. Soins Longue Durée OUI
NON

- Mise en place parallèle des 35 heures OUI
décision unilatérale car pas de représentants syndicaux.

- Tarif différencié dépendance départemental : OUI
NON

- Pourcentage des charges d'AS financées dans le cadre du budget soins : 40 %
10,5 postes d'AS dont la moitié sont pris en charge par l'hébergement.

② QUELS SONT LES COÛTS ET LES GAINS LIÉS À LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME ?

- pour la personne âgée et sa famille,

**Dans votre établissement, vont-elles globalement être perdantes ou gagnantes ?
Lesquelles seront gagnantes (profil) / perdantes (profil) ?**

L'établissement accueille 90 personnes dont 12 bénéficient de l'aide sociale et 4 de la P.S.D.. Dans son établissement les résidents vont globalement être perdants car peu perçoivent des aides et peu sont classés en GIR 6. Malgré l'augmentation du tarif (GIR 1 : 310F, GIR 2 : 240F), peu de personnes pourront prétendre aux aides. D'autant plus que les GIR 4, 5 et 6 ne feront pas l'objet d'une prise en charge.

- pour le personnel,

La réforme aura-t-elle des répercussions directes sur l'organisation de leur travail ?

Embauche de personnel : 2 postes supplémentaires dans le cadre de la réforme

2 postes dans le cadre de la mise en place des 35 heures

- **pour l'établissement,**

Quelles sont vos attentes par rapport à la réforme ?

Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile à mettre en œuvre ?

Ses attentes : davantage de moyens pour assurer la qualité et la sécurité car il ne parvient plus à assurer les prestations au niveau de qualité qu'il souhaiterait. Il est "submergé" par la dépendance.

Ses difficultés :

- Changer de mentalité vis-à-vis des familles et des résidents.
- En outre, les relations avec la famille vont devenir plus commerciales. Le prix unique appliqué jusqu'à présent aboutissait à une mutualisation du risque. Ces rapports d'argent cadrent mal avec la nature sociale, presque caritative de l'établissement ainsi qu'avec la situation financière des familles (obligation alimentaire). De plus, les personnes sont réticentes à demander l'aide sociale car elles en ont une représentation liée à l'assistantat et à l'hospice.
- La réforme comporte un côté pile (discours du gouvernement sur la qualité, etc) et un côté face (ne donne pas les moyens). Il existe une distorsion entre le discours et les moyens alloués.

③ Pensez-vous que la réforme va permettre de répondre de façon satisfaisante à la dépendance due à l'âge, pourquoi ?

Contradiction : on essaie de traiter des problèmes nouveaux avec des moyens standards. Le concept de dépendance est apparu en même temps que la reconnaissance des limites de la sécurité sociale. On met en place une réforme qui dégage les deniers publics de la prise en charge du grand âge. Pour le reste, chacun se débrouille. La dépendance est mal prise en charge en France, par rapport au handicap notamment.

Quand les personnes âgées ne pourront plus payer, cela deviendra un problème de santé publique. De plus on se heurte à la culture de cette génération qui a vu la montée en puissance de l'Etat-providence. Il va falloir leur faire comprendre le désengagement de la sécurité sociale. La réforme est idéologique, la personne doit se prendre en charge elle-même. Avec le point GIR national et l'ajustement des moyens par rapport à ce point national, on répète les erreurs des canadiens et des québécois.

④ projet de vie, projet de soins, ... : est-ce que la réforme a permis d'engager ce genre de réflexion dans votre établissement ?

La réforme a l'avantage d'obliger à formaliser les choses mais ne va pas modifier la façon de fonctionner au jour le jour.

Cette réflexion peut s'avérer plus utile pour les établissements qui ont beaucoup de retard à rattraper.

**⑤ La charge incombant aux différents financeurs va-t-elle être modifiée dans votre établissement ?
qui va payer plus / moins ?**

Il souhaiterait que le « soin » paie un peu plus. Le Conseil Général ne devrait pas payer plus. Par contre, la charge incombant aux résidents va s'accroître.

⑥ L'information de la part des services de l'Etat sur le calendrier et la préparation de la réforme a-t-elle été régulière, suffisante ?

Quels en ont été les supports : réunions, courrier, entretiens téléphoniques, rendez-vous, ... ?

"catastrophe" administrative ! Manifestement, les autorités ne sont pas prêtes.

Administration centrale : les conflits d'intérêts transparaissent à l'extérieur du ministère. Les interventions de MM. Bauduret, Brunetière et Gauthier ne tiennent pas la route. L'Etat appelle les associations à la rescousse pour avoir une simulation du coût de la réforme. Selon lui ça a été une erreur de mettre des dates butoirs alors que personne ne savait ce qu'il allait se passer.

Les textes : la préparation a été assez bien faite car il y a 2 ans qu'ils connaissent les grandes lignes de la réforme. L'information générale est bien faite. Par contre, une fois la parution des textes, les interprétations ont été discordantes, inexploitable.

Au niveau local : Les réunions n'ont rien apporté car on leur a redit ce qu'ils savaient déjà. En outre, il a été très déçu par la réunion du 14 septembre qui n'a pas été une réunion de travail contrairement à ce qu'il attendait. Il aurait souhaité une réunion avec un seul représentant de chaque administration et de chaque établissement afin de définir un format de fichier commun, des tableaux de référence,...etc.

Il est dommage d'avoir des textes très précis et de ne pas savoir où l'on va. Il propose d'élaborer un document unique et d'opérer la redistribution dans les annexes.

Reconnaît que le Conseil Général a fait un très bon travail en amont avec la mise en place du tarif différencié départemental.

⑦ Quelle information avez-vous donné au personnel ainsi qu'aux résidents, notamment en ce qui concerne les répercussions de la réforme pour eux ?

En novembre 1998, une réunion de famille a été organisée. Il va attendre d'être sûr pour relancer la campagne d'information.

Le personnel est d'autant plus conscient des enjeux économiques qu'il y a eu les 35 heures. Il est très sensible au prix qu'on demande aux résidents.

⑧ Comment percevez-vous le mode d'organisation de la DISS et de la DDASS dans la mise en œuvre de la réforme : coordination, répartition claire du rôle de chacun, mode d'organisation transparent ?

Les éventuels changements d'organisation modifient-ils vos rapports avec les tarificateurs ?

Ne perçoit pas la coordination. Le Conseil Général n'a pas de contre-pouvoir. Les directeurs ont beaucoup de doutes et d'angoisses mais personne ne leur dit rien. Souhaiterait qu'ils commencent à travailler sur du concret.

L'image qu'a le gouvernement de la personne âgée est idyllique, loin du terrain. Les pouvoirs publics considèrent que la personne âgée reste capable d'être un citoyen alors que les personnes accueillies, pour la plupart, ne sont pas capables de prendre les décisions les concernant. Il faut reconnaître que le grand âge est un « naufrage ».

Dans son établissement, pas une personne n'est candidate pour siéger au conseil d'établissement et défendre des idées collectives.

ETABLISSEMENT N° 2 (20 OCTOBRE 99)

La problématique de l'USLD : avec la tarification binaire il existe un gros financement par l'assurance maladie car le personnel soignant est majoritaire. Actuellement, 100 % des charges salariales sont supportées par les soins contre 70 % dans le cadre de la nouvelle tarification. Les établissements

craignent de perdre des moyens budgétaires. La problématique est différente pour une maison de retraite où les ASH sont plus nombreuses.

① **ESSAYER DE DÉTERMINER LE PROFIL DE L'ÉTABLISSEMENT :**

- Nature juridique de l'établissement :
 - public autonome
 - public non autonome
 - privé associatif
 - privé commercial

- Capacité :
 - plus de 85 lits 121 places en USLD
 - moins de 85 lits 124 places en SCM et 36 en SC

- Niveau de dépendance : GMP = 867,93 pour l'USLD
418,44 pour la MdR

- Niveau de médicalisation :
 - Forfait soins courants OUI
 - Section de cure médicale OUI
 - extension USLD en attente OUI
 - U.Soins Longue Durée OUI

- Mise en place parallèle des 35 heures OUI ; accord collectif local signé OUI
NON NON

- Tarif différencié dépendance départemental : OUI
NON

- Pourcentage des charges d'AS et d'AMP financées dans le cadre du budget soins : _____%

② **QUELS SONT LES COÛTS ET LES GAINS LIÉS À LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME ?**

- **pour la personne âgée et sa famille,**

**Dans votre établissement, vont-elles globalement être perdantes ou gagnantes ?
Lesquelles seront gagnantes (profil) / perdantes (profil) ?**

Proportion des résidents percevant la PSD ou l'aide sociale :

- aide sociale :

24 personnes sur 121 pour l'USLD, soit un cinquième des usagers environ.

41 personnes sur 160 pour la maison de retraite, soit un quart des résidents environ.

- PSD :

au 1^{er} octobre 99, 37 personnes perçoivent la PSD en long séjour contre 7 seulement en maison de retraite.

C'est en raison du faible nombre de personnes percevant la PSD en maison de retraite que l'on peut dire que les résidents vont être globalement perdants lorsque la réforme de la tarification va se mettre en place. Et ce sont surtout les personnes classées en GIR 1, 2 et 3 qui vont être lésées.

Pour approfondir l'étude, il convient de comparer les prix de journée actuelle et nouvelle tarification :

MAISON DE RETRAITE

Budget 2000		établissement
Tarification (hébergement)	binaire	264,65 F
Tarification (hébergement dépendance)	ternaire +	GIR 1 : 399,96 F GIR 2 : 338,49 F GIR 3 : 319,17 F GIR 4 : 276,16F GIR 5 : 252,31 F GIR 6 : 225,48 F

USLD

Budget 2000		établissement
Tarification (hébergement)	binaire	279,17 F
Tarification (hébergement dépendance)	ternaire +	GIR 1 : 319,72 F GIR 2 : 302,54 F GIR 3 : 279,59 F GIR 4 : 260,02 F GIR 5 : 237,66 F GIR 6 : 212,76 F

- **pour le personnel.**

La réforme aura-t-elle des répercussions directes sur l'organisation de leur travail ?

Il existe un risque de précarisation du personnel. En effet, la réforme devra éviter 2 écueils, à savoir :

- Elle risque d'amener l'établissement à sélectionner la population accueillie. Le budget est établi sur la base d'une prévision d'activité liée au niveau de dépendance donné. L'établissement devra veiller à maintenir son niveau d'activité en sélectionnant les personnes accueillies selon leur état de dépendance.
- Elle va inciter l'établissement à recruter du personnel contractuel en fonction de la charge de travail. Cela risque de conduire à une précarisation du personnel. D'ailleurs, le fait que la révision régulière des GIR pendant l'exercice ne soit pas prévue, vise peut-être à éviter ce travers.

- **pour l'établissement.**

Quelles sont vos attentes par rapport à la réforme ?

Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile à mettre en œuvre ?

Le plus difficile à mettre en œuvre : l'information des résidents et des familles.

L'établissement a déjà fait un pas en réunissant les familles au mois de juin ; Les réunions ont été organisées étage par étage afin d'être plus conviviales. Au mois de juin beaucoup de questionnements persistaient, c'était davantage un effet d'annonce car la réforme n'était pas prête à s'appliquer. Aujourd'hui, toute une information est à refaire. Les conséquences financières sont relativement importantes pour les usagers et l'établissement n'a pas eu le temps de faire la communication utile.

Proposition : une plaquette d'information préparée conjointement par les services de l'Etat et du Conseil Général aurait l'avantage de montrer que la réforme ne s'applique pas seulement à l'établissement mais est d'envergure nationale.

Les craintes : la principale crainte est une désertion de la part des résidents. Les usagers risquent de rechercher une solution alternative telle que le maintien à domicile, au détriment de la qualité de prise en charge.

③ Pensez-vous que la réforme va permettre de répondre de façon satisfaisante à la dépendance due à l'âge, pourquoi ?

La réforme est budgétaire et comptable donc elle n'apporte pas de réponse en soi à la dépendance en termes d'aide et d'accompagnement.

④ projet de vie, projet de soins, ... : est-ce que la réforme a permis d'engager ce genre de réflexion dans votre établissement ?

Cette réflexion était déjà engagée avant la mise en œuvre de la réforme.

**⑤ La charge incombant aux différents financeurs va-t-elle être modifiée dans votre établissement ?
qui va payer plus / moins ?**

La charge financière incombant à l'assurance maladie devrait passer de 20 à 19 millions de F.

Le résident va payer le surcoût lié à la dépendance mais devrait recourir davantage à l'aide sociale et à la PSD (malgré la peur de récupération sur héritage).

⑥ L'information de la part des services de l'Etat sur le calendrier et la préparation de la réforme a-t-elle été régulière, suffisante ?

Quels en ont été les supports : réunions, courrier, entretiens téléphoniques, rendez-vous, ... ?

Elle a le sentiment que l'information donnée était une simple lecture des textes. En outre, lorsqu'une question liée à la situation spécifique de l'établissement est posée, elle ne reçoit pas de réponses.

⑦ Quelle information avez-vous donné au personnel ainsi qu'aux résidents, notamment en ce qui concerne les répercussions de la réforme pour eux ?

Information des familles au mois de juin lors de réunions auxquelles le personnel a participé.

Information par le biais d'instances légales : CTE et conseil d'établissement (2 fois/an).

⑧ Comment percevez-vous le mode d'organisation de la DISS et de la DDASS dans la mise en œuvre de la réforme : coordination,

**répartition claire du rôle de chacun,
mode d'organisation transparent ?**

Les éventuels changements d'organisation modifient-ils vos rapports avec les tarificateurs ?

Sentiment d'une collaboration entre la DDASS et la DISS, parlent d'une même voix.