



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : *Décembre 2002*

**LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE
LA TARIFICATION DES EHPAD
AU CENTRE HOSPITALIER WILLIAM
MOREY DE CHALON-SUR-SAONE**

Mélanie GAUDILLIER

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - ORIGINES ET OBJECTIFS DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD.....	5
1.1. Les origines de la réforme.....	5
1.1.1. Le contexte démographique.	5
1.1.2. Le système antérieur à la réforme : une analyse critique.	8
1.1.3. L'hétérogénéité des établissements hébergeant des personnes âgées.....	9
1.2. Les grands objectifs et la complexité de la réforme.....	12
1.2.1. La prise en compte de la dépendance : pour une prise en charge personnalisée	12
1.2.2. Les principes budgétaires et comptables : vers une plus grande transparence. ..	14
1.2.3. La mise en place de l'APA : solvabiliser les personnes âgées dépendantes.....	22
2 - LES ÉTAPES DE LA MISE EN ŒUVRE AU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAÔNE	29
2.1. Une spécificité des établissements rattachés à un EPS : l'opération « sincérité des comptes »	29
2.1.1. Les remboursements de frais entre budgets annexes	30
2.1.2. Les transferts de charges entre le budget général et les budgets annexes	31
2.2. Une problématique à approfondir : la fusion des budgets annexes.....	39
2.2.1. La position suivie au Centre Hospitalier William Morey.	39
2.2.2. La problématique des longs séjours et de leur redéfinition.....	40
2.2.3. Les différentes stratégies.....	42
2.2.4. Le changement de statut juridique.....	42
2.2.5. Conséquences de la fusion pour les résidents	43
2.3. L'organisation et la gestion des nouveaux tarifs	45
2.3.1. La transposition ternaire des budgets	45
2.3.2. La médicalisation des EHPAD : Dotation MINImale de Convergence et convergence tarifaire	47
2.3.3. Evolution des tarifs à charge des résidents.	53
2.3.4. Intérêt et limite de la réforme au Centre Hospitalier William Morey.....	55

3 - LES CONDITIONS D'UN PASSAGE REUSSI, MALGRE CES CONTRAINTES	58
3.1. L'état des lieux avant la mise en œuvre de la réforme	58
3.1.1. L'existence des documents et structures demandés pour la convention	58
3.1.2. L'existence d'outils de gestion	63
3.2. La coordination en interne : l'ampleur de la réforme	67
3.2.1. La planification des différents volets de la réforme	67
3.2.2. Un exemple : le déroulement de l'autoévaluation de la qualité	68
3.2.3. L'investissement dans la mise en place des outils	71
3.3. La préparation et les négociations en externe	72
3.3.1. Les relations avec les partenaires : l'importance des particularités locales	72
3.3.2. L'information des résidents et des familles	74
3.3.3. Bilan des conventions pluriannuelles tripartites signées et des stratégies des établissements	75
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES ANNEXES	93
RESUME	94

Liste des sigles utilisés

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
ANGELIQUE :	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
CGC :	Centre Gérontologique du Chalonnais
CH :	Centre Hospitalier
CROSS :	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOMINIC :	DOtation MINImale de Convergence
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPS :	Etablissement Public de Santé
ERNEST :	Echantillon Représentatif National d'Etablissements pour Simuler la Tarification
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
GMPS :	GIR Moyen Pondéré Soins
MARTHE :	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SCM :	Section de Cure Médicale
SYNERPA :	Syndicat National Etablissements Résidences privées pour Personnes Agées
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Il n'existe pas à proprement parler de politique de la vieillesse en France, mais des orientations, d'une grande constance depuis les années 1960.

En effet, en 1962 le rapport Laroque a suscité une prise de conscience de la pauvreté et de la marginalisation des personnes âgées. Le vieillissement est alors devenu un problème collectif et non plus individuel, en raison du nombre croissant de personnes âgées.

A partir des années 1970, la crise des sociétés industrielles met fin à la politique de maintien d'activité pour le 3^{ème} âge. « Retraité » et « personne âgée » sont dès lors deux notions distinctes ; il n'y a plus de politique globale du 3^{ème} âge.

Après la « parenthèse gérontologique¹ » de 1981-1982 qui voit la mise en œuvre de nombreuses actions en faveur des personnes âgées (comme l'expansion des services de soins à domicile), les restrictions budgétaires entraînent une redéfinition des priorités. L'objectif majeur devient la réduction de l'accroissement des dépenses sociales. Parallèlement, l'émergence de la notion de « quatrième âge » assimile vieillesse et dépendance. Dès lors, une ligne directrice centralisatrice émerge autour de la notion de dépendance, avec notamment la création de la Prestation Spécifique Dépendance en 1997, aboutissement de la médicalisation des problèmes sociaux entamée dans les années 1980.

Cette dépendance des personnes âgées donne lieu à l'élaboration d'une politique novatrice, mais a priori réduite au financement et à l'organisation de la prise en charge de la dépendance. Cette politique a permis d'appréhender l'état de santé des personnes âgées et de définir, en commun, des actions à mener.

Il reste cependant le décalage certain entre la vision globale de départ et la mise en œuvre jusque-là limitée...

La politique actuelle vise à prendre en charge la dépendance, définie comme la diminution ou la perte de capacités physiques ou mentales entraînant chez la personne concernée une incapacité ou une difficulté à assurer les gestes de la vie quotidienne, pouvant conduire à un remise en cause de sa survie au sein de la société.

¹ HENRARD J.-C., juin 1997, « Du rapport Laroque à la loi sur la prestation spécifique dépendance », *Gérontologie et Société* n°81, dossier « 30 ans de politiques vieillesse ».

Cette politique repose sur les concepts d'autonomie et de participation à la vie sociale à travers deux grandes orientations : l'aide au maintien à domicile, et l'amélioration de la prise en charge globale dans les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Après plus de vingt ans d'études et d'indécision, le pouvoir politique a choisi en 1997 un modèle social de reconnaissance et d'aide financière attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Ce modèle en voie de finalisation se concrétise à travers les réformes actuelles de la tarification des EHPAD et de la mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

L'objectif général veut que les personnes âgées qui ne peuvent plus affronter seules les actes de la vie quotidienne trouvent à proximité les aides appropriées et puissent les payer, que ce soit à domicile ou en établissement, dans le cadre d'un droit national universel dégagé des limites de l'aide sociale.

La réforme de la tarification des EHPAD est complexe et balaye les différents aspects de la prise en charge de la personne âgée : finances, personnel, qualité de la prise en charge, sécurité des locaux, etc.

Les principaux objectifs de la réforme sont les suivants :

- Harmoniser le statut des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées et tendre vers une meilleure allocation des ressources entre ces établissements.
- Initier une démarche qualité dans tous les EHPAD et mettre en œuvre un plan de médicalisation des structures.
- Passer d'une tarification selon le type de structure d'accueil à une tarification qui corresponde pour chaque personne âgée au coût de sa prise en charge, en fonction de sa dépendance.
- Fixer et formaliser par une convention tripartite (entre l'établissement, le Conseil Général et les représentants de l'Etat), des conditions minimales de prise en charge selon des logiques de transparence, d'équité et de qualité.
- Solvabiliser les résidents par l'APA, prestation universelle pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie (en remplacement de la PSD).

Cette réforme n'a toutefois pas été menée rapidement.

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) a été abrogée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

En parallèle, les décrets du 26 avril 1999 instituant la réforme de la tarification ont été modifiés par le décret du 4 mai 2001.

La réforme a ainsi été « réformée » sous ses deux principaux aspects ; elle a également été régulièrement reportée et modifiée, ce qui lui confère une complexité certaine et rend un suivi difficile.

Le centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône comprend 120 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) et 61 lits de section de cure médicale (SCM). Il est à ce titre concerné par la réforme et constitue son dossier de conventionnement au cours de l'année 2002.

Ce mémoire va porter sur l'entrée de cet établissement dans la réforme et ses modalités.

Le cas du centre hospitalier William Morey est en effet spécifique des établissements d'hébergement rattachés à un Etablissement Public de Santé, devant en particulier réaliser l'opération « sincérité des comptes ».

L'existence de deux budgets annexes pose en outre la question de la fusion des deux structures.

Sous la contrainte d'une évolution des tarifs acceptable pour le résident (liée d'une part au niveau de l'APA et d'autre part aux tarifs hébergement et dépendance) et d'une séparation encore forte du sanitaire et du social, les stratégies d'entrée des Etablissements Publics de Santé (EPS) dans la réforme ont probablement des conséquences sur l'organisation, la prise en charge et les objectifs mêmes de la réforme.

C'est ainsi que se pose la question de l'entrée des établissements hébergeant des personnes âgées dans la réforme de la tarification des EHPAD.

Quel lien existe-t-il entre les objectifs de la réforme (dont une meilleure répartition des charges entre personnes âgées plus ou moins dépendantes) et sa mise en œuvre ?

Quelles sont les différentes applications possibles de la réforme ? En particulier, quels aspects de la gestion de la réforme sont privilégiés pour quels objectifs internes ?

Quelles sont les marges de manœuvre possibles dans la mise en œuvre et le suivi de la réforme de la tarification dans une structure gérée par un établissement public de santé (long séjour et maison de retraite – section de cure médicale) ?

Quelles sont les stratégies auxquelles elle conduit et leurs conséquences sur l'organisation et finalement la qualité de la prise en charge des patients ?

Ces questions de départ se fondent sur quelques hypothèses.

Les effets de la réforme sont certainement liés aux politiques et stratégies de gestion interne des établissements, à leur situation et à leur culture, notamment organisationnelle. Les établissements annexés à un EPS ont dès lors une certaine spécificité, à cerner.

Les stratégies et modalités d'entrée dans la réforme, en particulier des EPS, peuvent dès lors ne pas aller dans le sens des objectifs visés de la réforme. Il n'est ainsi pas certain que la réforme aboutisse aux objectifs préconisés de meilleure répartition des charges entre les résidents sans aucune autre augmentation de coûts.

Ce mémoire traitera tout d'abord des origines et des objectifs de la réforme.

Dans une seconde partie, nous suivrons les étapes de la mise en œuvre de la réforme au Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône et ses contraintes, en essayant de mettre en évidence les stratégies et entrées possibles de l'établissement, et la spécificité des établissements rattachés à un EPS.

Nous tenterons dans un dernier temps de cerner les conditions d'un passage réussi dans la réforme, à la lumière de cette expérience et malgré ces contraintes.

1 - ORIGINES ET OBJECTIFS DE LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

1.1. LES ORIGINES DE LA REFORME.

Cette réforme peut être comprise au vu de l'évolution du contexte démographique et institutionnel, et de l'analyse critique du système antérieur.

1.1.1. Le contexte démographique.

Le vieillissement de la population est une donnée récurrente en matière de santé, dont les conséquences sont fortes pour l'ensemble du système de soins. Il constitue une donnée incontournable de toute étude concernant les établissements hébergeant des personnes âgées. (Voir annexe 1)

En 2015, les plus de 60 ans représenteront ainsi 25% de la population française contre 20% en 1997. L'âge moyen de cette population est en constante augmentation : l'espérance de vie à la naissance progresse environ d'un trimestre par an, et s'établit en 1998 à 82,4 ans pour les femmes et 74,8 ans pour les hommes². Notons également que les personnes de 60 ans en 1998 ont une espérance de vie de 20 ans pour les hommes et de 25.1 ans pour les femmes.

Ces évolutions conduisent à s'interroger sur les capacités d'accueil des établissements. L'espérance de vie sans incapacités reste en outre largement inférieure à l'espérance de vie totale. En 1991, on estimait que les femmes vivent en moyenne les douze dernières années de leur vie avec une ou plusieurs incapacités (neuf années pour les hommes). Aujourd'hui, une personne âgée sur douze est très dépendante.

A cette progression mécanique du nombre de personnes âgées dépendantes, s'ajoute la progression de l'âge moyen d'entrée en institution depuis plusieurs années.

² Institut National d'Etudes Démographiques, données démographiques de la France, 1998 (site Internet : www.ined.fr)

Il est intéressant de noter ici la prévalence de l'institutionnalisation des personnes âgées : près de 690 000 personnes résidaient en institution en France à la fin 1998³. Parmi elles, 498 000 avaient plus de 60 ans, dont la quasi totalité résidait dans des établissements hébergeant des personnes âgées. En effet, les maisons de retraite et unités de soins de longue durée des hôpitaux accueillait en 1998 près de 480 000 personnes âgées de 60 ans ou plus⁴.

Parmi elles, 70% ont 80 ans et plus. Le nombre de personnes d'une classe d'âge entrant en EHPAD est en effet plus important pour les plus âgés, passant de 0,66% chez les 60-64 ans à 45% chez les plus de 95 ans. L'inflexion de la courbe de prévalence de l'institutionnalisation se présente désormais à l'âge de 85 ans.

L'admission intervient donc désormais plus tard, dans un contexte de perte d'autonomie conséquente, voire de survenance de maladie grave, infléchissant radicalement la trajectoire de la personne. L'image d'Epinal des personnes âgées choisissant en pleine autonomie une admission en maison de retraite est désormais pour une grande part ternie.

Parmi les personnes âgées accueillies en maisons de retraites et unités de soins de longue durée, 64% sont dites « dépendantes » (c'est-à-dire qu'elles sont classées dans un Groupe Iso-Ressources 1 à 4).

Cette situation a conforté un certain amalgame entre vieillesse et dépendance, évidemment réducteur et gênant. En dehors de toute considération d'âge, on établit en effet qu'un tiers des personnes dépendantes vivent en établissement. Cela suscite donc des difficultés, liées essentiellement à l'éclatement de ces différentes prises en charge.

Malgré le développement de solutions alternatives, il apparaît néanmoins « logique » que la grande majorité des personnes âgées dépendantes vive en institution.

Ce vieillissement de la population implique non seulement un accroissement de la demande de soins, mais aussi un changement de la nature de cette demande, pour prendre en compte les dépendances, les handicaps, les incapacités. Les durées moyennes de séjour illustrent bien ce point. Cette évolution rend par ailleurs nécessaire une réflexion sur l'articulation entre gériatrie aiguë et soins d'assistance sanitaire et sociale plus traditionnels.

³ Prévalence : nombre de cas d'un événement pour une population à un moment ou pour une période donnés.

ANKRI J., avril 2001, « les personnes âgées en institutions en France à fin 1998 », *Technologie et Santé* n° 43, CNEH.

⁴ EENSCHOOTEN Martine, mars 2001, « les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Etudes et Résultats* n°108, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Ainsi, l'hôpital de Chalon-sur-Saône est situé dans une région inégalement peuplée, de faible densité et au vieillissement marqué.⁵

Au Centre Gérontologique du Chalonnais, début septembre, 65 personnes sont en attente d'une place en Unité de Soins de Longue Durée (120 lits) et 35 personnes figurent sur la liste d'attente de la Section de Cure Médicale (61 lits). Toutes ces personnes ne sont certes pas prêtes à intégrer l'établissement dans la semaine, mais la longueur des listes d'attente révèle aussi la difficulté à obtenir des « placements » pour les personnes âgées dépendantes qui ne peuvent plus se suffire à elles-mêmes. Ainsi, de nombreux services de médecine du Centre Hospitalier William Morey se déclarent « engorgés » par les patients en attente de placement.

Plus de 84 % des résidents appartiennent aux GIR 1, 2 et 3, les groupes de dépendance les plus lourds, contre près de 78% en 2000. Seulement 7,35% des résidents ont une autonomie importante (GIR 5 et 6) et ne peuvent pas être pris en charge au titre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Ces chiffres soulignent la dépendance accrue des résidents du Centre Gérontologique du Chalonnais depuis quelques années.

Pour la Saône-et-Loire, les projections à l'horizon 2020 indiquent une stagnation de la population totale (-1,3%), mais une forte augmentation du nombre des personnes de plus de 75 ans (+12,8%), qui représenteront alors 36% de la population.⁶

Pour la ville de Chalon-sur-Saône, le service régional de la statistique et des études⁷ prévoit une augmentation de 56% des plus de 65 ans entre 2000 et 2030, avec une diminution en pourcentage de la population complètement autonome (de 81,49% à 79,5% de l'ensemble de plus de 65 ans)⁸.

Les besoins en places d'hébergement seront proportionnels à ces augmentations.

⁵ Voir annexes 1 : données démographiques et 4 : répartition en GIR des résidents du CGC.

⁶ DRASS de Bourgogne, « Problématique et enjeux relatifs aux personnes âgées en Bourgogne », site Internet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité : www.sante.gouv.fr .

⁷ DRASS de Bourgogne, « répartition de la population âgée de 65 ans et plus par groupe de dépendance, Chalon-sur-Saône », site Internet : www.sante.gouv.fr .

⁸ Voir annexe 1 : données et projections démographiques.

1.1.2. Le système antérieur à la réforme : une analyse critique.

1.1.2.1. Le système est inadapté pour les situations particulières.

La dépendance n'est pas prise en compte, pas plus que l'état des personnes hébergées. Le système antérieur est basé sur une répartition binaire des charges entre l'hébergement et les soins, qui ne tient pas compte de l'état de la personne âgée et de sa dépendance.

Pourtant, des prestations particulières sont directement liées à la dépendance.

Cela est évident en ce qui concerne les soins, notamment les soins dits de *nursing*.

Le surcoût hôtelier lié à la dépendance résulte pour sa part d'interventions logistiques plus importantes, des prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne, qui contribuent à la préservation de la capacité d'autonomie restante des personnes.

Ces diverses prestations liées à la « dépendance domestique, sociale et relationnelle » (DDSR) de la personne vont être intégrées dans la tarification ternaire.

1.1.2.2. La tarification binaire manque de « transparence ».

En principe, le budget soins est calculé en fonction des dépenses réelles, le calcul des produits de l'hébergement étant calculé par défaut, en soustrayant le forfait annuel soins des dépenses prévisionnelles de l'établissement.

En pratique, le tarif journalier soins n'est pas calculé en fonction des dépenses réelles. Il existe en effet un plafond national du forfait soins, destiné à limiter les dépenses de l'assurance maladie. Les budgets sont donc souvent élaborés en fonction d'une prévision d'évolution du niveau plafond du forfait soins.

La part tarifaire liée à l'hébergement sert de variable supplétive à un calibrage arbitraire des forfaits de soins. La dimension des forfaits plafonds à la charge de l'assurance maladie n'est pas directement liée à la charge des soins réalisés dans les institutions. Les charges d'exploitation relatives à l'hébergement et aux soins ne coïncident pas pour une large part à la destination de leur section d'imputation comptable.

Si les directeurs des EHPAD surévaluent le forfait soins, une partie des dépenses ne sera pas financée (celle qui dépasse le plafond). S'ils sous-évaluent le forfait soins, les dépenses à la charge des résidents sont indûment augmentées.

Une étude consacrée à la tarification des EHPAD, menée en 1995 par la Direction de l'Action Sociale, estime que des dépenses de soins de base sont financées par l'hébergement à hauteur de 28,83 F (4,40 €) par lit et par jour⁹. Ainsi, de nombreux postes de personnels soignants émarginent indûment au poste hébergement.

Les modes d'allocation des ressources des établissements ne reposent donc pas sur une analyse globale des budgets en raison du caractère forfaitaire de la médicalisation.

La réglementation amène les DDASS à allouer une « recette atténuative », c'est-à-dire des produits autres que ceux relatifs à la tarification d'un EHPAD : le forfait soins et les ajustements opérés pour garantir un équilibre global des budgets sont obtenus de façon très hétérogène, selon la capacité de l'établissement à faire accepter au conseil général ou à l'usager des charges qui ne relèvent pas toujours du poste hébergement.

Cette situation « hybride » est pourtant maintenue dans le dispositif transitoire mis en place par la réforme. Elle ne figurait pourtant pas dans le texte d'origine.

1.1.3. L'hétérogénéité des établissements hébergeant des personnes âgées.

Des établissements publics, privés, à but lucratif ou non, parfois associatifs, établissements médicalisés ou non, rattachés à un centre hospitalier ou autonomes, habilités à l'aide sociale ou non... accueillent des personnes âgées dépendantes. (Voir annexe 2)

Cette diversité des 12 000 établissements de personnes âgées de France a été soulignée par l'étude « ERNEST » (Echantillon Représentatif National d'Etablissements pour Simuler la Tarification). Les GIR moyens pondérés (GMP, voir §1.2.1.) estimés de l'échantillon s'échelonnent entre 387 pour les foyers logements habilités à l'aide sociale, et 825 pour les Unités de Soins de Longue Durée...

Pourtant, les principales caractéristiques socio-démographiques des personnes accueillies en EHPAD avec ou sans section de cure et Unité de Soins de Longue Durée (USLD) sont similaires¹⁰. Les différences portent essentiellement sur la provenance (l'entrée depuis un domicile indépendant est moins fréquente en USLD) et la raison de l'admission (en USLD, 95% des résidents sont entrés pour raisons de santé). Surtout, les déficiences déclarées sont les plus importantes en USLD et section de cure médicale.

⁹ In DUCROZ S., 2000, Le nouveau mode de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : les enjeux pour l'hôpital d'une réforme en demi-teinte, mémoire EDH, promotion 1998-2000, ENSP.

¹⁰ ANKRI J., *ibid*, p 2.

Les données de ressources, de niveau de scolarisation, de catégories socio-professionnelles des personnes admises en EHPAD révèlent souvent des situations de pauvreté des réseaux familiaux et sociaux. Souvent et de ce fait, l'indication de l'admission est faite en l'absence de toute autre alternative possible...

Certains professionnels s'inquiètent et se demandent si l'admission en établissement pour personnes âgées peut être perçue comme un « symptôme social »¹¹. C'est d'ailleurs l'un des grands enjeux de l'APA que de tenter de solvabiliser les résidents et familles en difficulté.

Ces différents établissements présentent également des tarifs non homogènes pour les mêmes prestations, ainsi que des prestations très variables.

Par exemple, les établissements non médicalisés font appel à des personnels médicaux et paramédicaux libéraux afin de faire face à la montée de la dépendance ; mais le recours à ces professionnels, faute de règles, ne conduit pas toujours à des prises en charge coordonnées. Ces établissements non médicalisés sont ainsi souvent amenés à recruter des personnels de santé salariés, émargeant sur le tarif hébergement, alors que, dans les sections de cure médicale, les infirmiers et aides-soignants sont pris en charge par l'assurance maladie (tarif soins).

On constate donc une grande hétérogénéité des budgets des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : les allocations de moyen n'obéissent pas à des règles claires et pertinentes ; les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes ne sont pas toujours les mieux dotés ; les imputations des charges et produits ne correspondent que partiellement à la nature de la section tarifaire à laquelle ils émargent ; l'activité de ces établissements n'est d'ailleurs même pas évaluée, faute de démarche d'assurance qualité dans le secteur...

¹¹ CAUSSE D., avril 2001, « Les perspectives d'évolution des établissements et des services aux personnes âgées... », CNEH, *Technologie et Santé* n°43.

Finalement, les actions en faveur de la vieillesse apparaissent parcellisées et traversées par des logiques d'éclatement :

- entre les politiques déclinées (troisième âge et dépendance),
- entre les champs d'action (sanitaire et social),
- entre les niveaux d'action (national, départemental, local),
- entre les acteurs...

Avec le vieillissement de la population, l'espérance de vie avec incapacités et dépendances s'allonge. Parallèlement, la lisibilité des aides et mécanismes de soutien est difficile, les structures d'accueil sont diverses et hétérogènes, les prestations peu comparables...

Le système « antérieur » est en effet loin de satisfaire les différents acteurs.

Obsolète, inégalitaire, partiel et peu clair, il ne prend pas en compte la dépendance, ni aucune modulation liée à l'état de la personne, présente une hétérogénéité des budgets et un manque de transparence.

La vieillesse est désormais un risque, dont l'anticipation et la préparation ne peuvent pas être le fait des seuls individus.

1.2. LES GRANDS OBJECTIFS ET LA COMPLEXITE DE LA REFORME.

1.2.1. La prise en compte de la dépendance : pour une prise en charge personnalisée

1.2.1.1. La méthodologie AGGIR

Le système est basé sur la classification des personnes en fonction de leur état de santé, évalué grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources). Cette grille classe les personnes dans six groupes Iso Ressources (GIR), le GIR 1 étant attribué aux personnes les plus dépendantes, le GIR 6 aux plus autonomes.

La détermination du GIR se fait à partir de 10 variables : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance.

La réponse à chaque variable se fait sur la base de trois modalités :

- Fait seul, totalement, habituellement et correctement.
- Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement.
- Ne fait pas.

Chaque niveau de dépendance est valorisé en points GIR :

	Cotation GIR	Valorisation en points GIR
GIR 1	1	1000
GIR 2	0.84	840
GIR 3	0.66	660
GIR 4	0.42	420
GIR 5	0.25	250
GIR 6	0.07	70

Le GIR moyen pondéré (GMP) est la valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement.

Il existe également un GIR moyen pondéré Soins (GMPS) utilisé pour le calcul de la DOMINIC (voir supra), qui correspond au GMP augmenté d'un nombre forfaitaire de points GIR (différent selon la médicalisation de l'EHPAD et l'intégration ou non des médicaments dans le budget : 800 points pour l'USLD, et 120 ou 300 points sinon¹²).

¹² Le niveau de ce forfait fait l'objet de débats, la distinction entre USLD et non USLD étant arbitraire et ne correspondant pas forcément à un plus ou moins fort niveau de dépendance des résidents. La mise en place de valeurs intermédiaires, calculées notamment à partir de l'outil PATHOS, a été

1.2.1.2. Les trois sections tarifaires.

La prise en compte de la dépendance, via la création de GIR, doit favoriser une tarification individualisée. L'approche doit se faire au cas par cas, au GIR par GIR.

L'application de la grille AGGIR nécessite la mise en place d'un troisième tarif : le tarif « dépendance ».

Chaque établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doit ainsi établir :

- Un tarif journalier « hébergement », correspondant à l'ensemble des prestations hôtelières, de restauration et de service aux résidents, non liées à leur état de dépendance (« *mais pouvant contribuer à la prévention de celle-ci* »¹³). Ce tarif peut désormais être modulé par l'établissement selon le nombre de lits par chambre, la localisation ou le confort de la chambre... à condition que cela ne génère pas de recettes supérieures pour l'établissement et ne soit pas à l'origine de discriminations.
- Trois tarifs journaliers « dépendance » correspondant aux regroupements deux à deux des 6 GIR¹⁴. La dépendance recouvre les prestations spécifiques hors soins, directement liées à la dépendance des personnes accueillies (surcoût hôtelier...), ainsi que les prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne, compensant la composante sociale de la dépendance. Chaque tarif comprend également une part dévolue à la prévention de la dépendance.

A l'origine, la réforme prévoyait 6 tarifs soins et 6 tarifs dépendance pour chacun des 6 GIR. En suivant les préconisations des missions Brunetière et Sueur, le législateur a « réformé la réforme » en modifiant les décrets d'avril 1999. Ainsi, le calcul des tarifs a été simplifié par la mutualisation des GIR et leur regroupement deux à deux.

instituée par la circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n° 2002-205 du 10 avril 2002 relative à « *la prise en charge des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins* », mais sans que les modalités soient précisées.

13 « La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des EHPAD », mai 1999, équipe projet tarification EHPAD, Direction de l'Action Sociale, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, p 11.

14 On obtient alors trois groupes de tarifs pour la dépendance et les soins par la fusion des tarifs des GIR 1 et 2, des GIR 3 et 4, et des GIR 5 et 6.

A cela s'ajoute la prise en compte de la prévention à travers un chiffrage complémentaire : la valorisation des points GIR pour les actions de prévention de la dépendance est fixée à 120 points. Ainsi, le regroupement des GIR 1 et 2 vaut 960 points ; celui des GIR 3 et 4 vaut 660 points ; celui des GIR 5 et 6 vaut 280 points.

Chaque groupe GIR garde sa pertinence et sa valeur initiale pour le calcul du GMP ; mais le regroupement des GIR concerne les points GIR servant de base au calcul des tarifs. Ces mesures ont permis de réduire les écarts entre les tarifs des groupes extrêmes.

- Trois tarifs journaliers «soins » correspondant aux regroupements deux à deux des 6 GIR. Ces «soins » regroupent la dimension sanitaire de la dépendance des résidents, ainsi que les soins liés aux affections somatiques et psychiques des résidents, supposés non liés à leur degré de dépendance .

La dépendance de la personne comporte donc deux composantes : une dimension « logistique et sociale » relevant du tarif dépendance, et une dimension « sanitaire » relevant du tarif soins.

Dans le système binaire, les résidents acquittent mensuellement le tarif hébergement.

Dans le système ternaire, ils paient le tarif hébergement et le surcoût dépendance, qui peuvent être pris en charge par l'aide sociale, avec le maintien à titre transitoire de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), et la mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Les tarifs soins et dépendance peuvent être mensualisés dès l'application de la réforme (dotation globale).

1.2.2. Les principes budgétaires et comptables : vers une plus grande transparence.

1.2.2.1. Etanchéité entre les sections budgétaires

Les tarifs sont reconnus comme relevant de véritables prestations, parfaitement déterminés, relativement étanches les uns avec les autres.

La répartition des charges entre les trois sections tarifaires est étanche et revendique la simplicité à travers les principes suivants :

- La majorité des postes de dépenses n'émerge qu'à une seule section tarifaire (principe : « l'accessoire suit le principal »).
- Aucune charge d'exploitation ne s'impute concurremment à plus de deux sections tarifaires.

- Aucune charge d'exploitation (hors personnel) n'émerge à la fois sur la dépendance et les soins.
- Seuls trois catégories de personnels et deux autres postes de charge d'exploitation émergent à deux sections tarifaires, selon une clé de répartition unique. Ainsi, les agents de service "nettoyage et blanchissage" émergent à 70% sur l'hébergement et à 30% sur la dépendance ; les aides soignants et aides médico-psychologiques à 70% sur les soins et à 30% sur la dépendance. Les comptes 6281 (blanchissage à l'extérieur) et 6283 (nettoyage à l'extérieur) émergent à 70% sur l'hébergement et à 30% sur la dépendance¹⁵.

Ce dispositif simple et transparent permet d'éviter la mise en place d'une comptabilité analytique lourde.

L'étanchéité entre les sections implique une affectation des résultats sur chacune de ces sections et supprime le dispositif antérieur où les dépenses d'hébergement jouaient le rôle de variable d'ajustement. Cette innovation importante corrige donc une situation de fait de reprise des résultats de la section « soins » du budget pour les imputer au sein de l'enveloppe « hébergement ».

Les imprécisions d'imputation, auparavant sans influence sur le budget, modifient désormais la répartition entre les dépenses des trois sections tarifaires, pour des montants plus ou moins conséquents.

Cette étanchéité nécessite donc une préparation conséquente à la mise en œuvre de la réforme.

Il s'agit tout d'abord de réaliser un audit du budget de l'établissement, comprenant notamment une analyse des transferts de charges entre financeurs et des coûts de personnel par grades.

Il s'agit également d'adapter le système d'information de l'établissement. Il est important de revoir l'organisation des unités budgétaires et fonctionnelles d'imputation des dépenses (imputer directement dans chaque section les dépenses devant y être affectées, ce qui éviterait le travail annuel d'analyse des comptes au moment de la préparation des budgets) ; mais aussi de prévoir une nomenclature des matériels amortissables (qui existe déjà pour la section tarifaire « soins »), classés selon leur section d'imputation (voir § 3.1.2.).

¹⁵ Décret n°99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.

Ce principe d'étanchéité nécessite également l'évaluation précise des dépenses de l'établissement. Or, il est parfois difficile d'évaluer les dépenses de soins de ville de certains établissements (notamment commerciaux). La distinction entre soins de nursing et soins techniques (relevant de la dépendance ou de pathologies spécifiques aux personnes âgées) est également arbitraire, et reste peu claire sur le plan de la prise en charge.

Dans certains cas, il est également nécessaire d'inclure les interventions libérales des infirmiers (ou autres professionnels de santé) dans les forfaits, ce qui induit un transfert de crédits entre enveloppes ambulatoire et médico-sociale.

La réforme introduit donc un cadre très strict d'imputation des charges entre les trois sections tarifaires. Ce cadre est également renforcé pour les établissements annexés à un EPS par l'opération « sincérité des comptes » qui vise à identifier tous les transferts de charges entre les budgets (voir § 2.1).

Une préparation importante est incontournable pour faire face à ces nouvelles contraintes.

1.2.2.2. L'allègement des contrôles a priori...

La réforme introduit davantage de souplesse dans la gestion des EHPAD.

Les approbations de compte par compte sont ainsi remplacées par la fixation par chaque autorité tarifaire du montant global des dépenses et recettes de l'établissement. Les autorités arrêtent donc les tarifs journaliers des trois sections tarifaires.

Cette fixation du montant global des dépenses et des recettes de l'établissement autorise les directeurs à procéder à des virements de crédits, de compte à compte, sans délibération préalable du Conseil d'Administration¹⁶.

Cela se traduit également par le regroupement à un niveau plus large des niveaux de vote et d'approbation des crédits¹⁷.

Les directeurs des établissements non rattachés à un EPS disposent désormais de larges possibilités en matière d'affectation des résultats.

Jusque là, ils pouvaient uniquement affecter un tiers des résultats en réserve de trésorerie.

L'article 20 du décret n° 2001-388 (modifiant l'art. 39 du décret n°99-317) précise que :

« si les produits de l'aide sociale à l'hébergement ou de la PSD sont inférieurs à 50% des produits d'exploitation de la section d'imputation tarifaire auxquels ils se rapportent »,

16 Art. 7 et 28 du décret n°99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.

l'établissement affecte librement les résultats des sections tarifaires hébergement et dépendance, ce qui accroît considérablement les marges de manœuvre du directeur en matière d'investissement.

L'affectation des résultats de l'enveloppe soins est, quant à elle, soumise à un certain contrôle puisqu'elle dépend toujours de l'autorité de tarification.

Au regard du besoin en fonds de roulement, il est désormais possible pour les établissements non rattachés à un EPS d'effectuer des reprises sur les réserves de trésorerie (parfois importants dans les EHPAD), pour les affecter aux investissements.

Les récentes modifications réglementaires¹⁸ confirment la reconnaissance de la notion de liberté de gestion des EHPAD : les responsables des EHPAD peuvent en effet exprimer des choix qui ne sont pas encadrés par des textes réglementaires.

En particulier, dans le champ de l'examen budgétaire, la liberté de gestion est encadrée par deux contraintes : la tarification doit garantir aux établissements les moyens financiers nécessaires à l'accomplissement de leurs missions ; elle doit en même temps éviter aux financeurs et usagers des dépenses injustifiées, voire abusives.

Ces avancées techniques dans l'autonomie de gestion du directeur constituent une uniformisation des règles en vigueur dans les établissements d'hébergement.

1.2.2.3. ... mais une contractualisation qui peut renforcer les autorités de tarification.

En contrepartie de ces allègements, le texte pose le principe de l'inopposabilité aux financeurs des dépenses non contenues dans le périmètre des tarifs, ainsi que le mécanisme de renversement de la charge de la preuve : l'établissement devra, en clôture d'exercice, élaborer un rapport circonstancié précisant les mesures prises pour garantir l'équilibre budgétaire, ou, le cas échéant, les raisons qui pourraient justifier le maintien d'un déficit...

Les directeurs sont dans l'impossibilité d'affecter les résultats d'une section tarifaire à une autre de ces sections (étanchéité).

17 Les groupes fonctionnels, institués par l'instruction comptable M22, s'appliquent à tous les établissements sociaux et médico-sociaux, et pas seulement les EHPAD.

18 Circulaire DGAS-5B n°2002-55 du 29 janvier 2002 relative aux évolutions concernant la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, compte tenu de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En contrepartie de l'autorisation de nouveaux modes de financement des investissements, le décret soumet les « *opérations d'investissement ayant une incidence pluriannuelle sur le budget d'exploitation* » à l'autorisation préalable des autorités de tarification.

Ce principe d'inopposabilité aux financeurs de décisions qu'ils n'auraient pas entérinées s'étend aux variations du tableau des effectifs et à toute dépense non approuvée.

De plus, les établissements sont soumis à un risque de diminution de leur ressources budgétaires, lié aux changements d'orientation politique : l'article 29-4 du décret n°99-317 (modifié par le décret du 4 mai 2001) prévoit des décisions modificatives entraînant une révision des tarifs, notamment « *à l'occasion de la modification des choix budgétaires de la collectivité concernée* ».

C'est essentiellement le département qui voit croître ses attributions et son pouvoir à l'égard des établissements d'hébergement. Jusqu'à présent, il avait pour tâche essentielle la fixation du tarif hébergement ; le pouvoir de contrôle des établissements étant conjointement réalisé par les représentants du département et de l'Etat. La réforme a permis aux conseils généraux de clarifier certains points, notamment la prise en charge des coûts de certains aides soignants (émargeant alors à la section hébergement, et non à la section soins).

Les conseils généraux vont également renforcer leur autorité sur les établissements, à travers la signature des conventions pluriannuelles tripartites : ils pourront en effet refuser à certains établissements le droit de continuer à bénéficier de leur autorisation.

La contractualisation est en effet l'une des principales nouveautés introduites par la réforme. Elle participe, avec la décentralisation et la mise en concurrence des services, d'un nouveau mode de régulation.

Il s'agit de passer d'un fonctionnement hiérarchique, par voie d'autorité, à un fonctionnement par accord, après négociations, permettant une plus grande souplesse. La contractualisation est donc avant tout un outil de régulation administrative et financière, mais elle va également permettre une modernisation des organisations et des managements.

Cet impact du contrat sur les pratiques, les organisations et les modes de gestion sera, à terme, sans doute prépondérant, mais reste encore mal appréhendé.

Ces éléments soulignent le plus fort pouvoir laissé aux autorités de tarification, qui se traduit paradoxalement par l'accroissement de la responsabilité des établissements, notamment des chefs d'établissement. Cette responsabilisation des gestionnaires sur le fonctionnement général de leur établissement semble en décalage avec les possibilités (moyens budgétaires) dont ils disposent pour en assumer les risques.

1.2.2.4. Le droit d'option tarifaire.

Les établissements hébergeant des personnes âgées ont actuellement des modes de fonctionnement différents, souvent liés à la taille de l'établissement.

La petite taille est souvent synonyme d'absence de médecins et d'infirmiers salariés, et implique donc l'appel régulier aux médecins généralistes et infirmiers libéraux, dont les actes et les prescriptions sont payés sur l'enveloppe « soins de ville ».

La réforme introduit un droit d'option tarifaire laissé au choix des instances délibérantes des établissements entre un tarif partiel et un tarif global, pour inclure ou non certaines charges de soins dans le budget. L'option retenue est révisable par avenant à la convention tripartite ou lors de son renouvellement.

Chaque établissement doit fournir le maximum d'informations sur son activité médicale, tant en termes de médicaments que d'activité des professionnels de santé libéraux.

L'option partielle.

Le tarif partiel rappelle le fonctionnement de la section de cure médicale. Dans les petits établissements, la prise en charge des médicaments coûteux peut entraîner un déséquilibre excessif pour le poste budgétaire « médicaments ». On ne peut pourtant refuser aux résidents des traitements régulièrement prescrits.

La solution préconisée est une allocation de ressources annuelles en matière de médicaments, prenant en considération « *la moyenne des dépenses constatées sur les trois ou cinq dernières années* »¹⁹. Dans un contexte d'augmentation croissante des dépenses annuelles de médicaments, ce choix semble contestable : les établissements manqueront toujours de financements pour couvrir leurs besoins en médicaments, leur poste budgétaire « médicaments » restera en déséquilibre.

Le tarif partiel inclut donc les charges des médecins et auxiliaires médicaux salariés, les rémunérations des infirmiers libéraux, le petit matériel médical et les médicaments (si l'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur).

L'option globale.

Cette option a été initialement prévue pour les établissements de plus grande taille, prenant en charge les médicaments coûteux des résidents présentant une pathologie lourde.

¹⁹ Circulaire DGAS-MARTHE-DHOS-DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000 ; article 2.2.4. relatif à la prise en charge des médicaments dans les petits établissements.

Dans ces établissements, ces charges étaient en effet déjà incluses dans le budget avant la réforme.

L'option globale comprend, outre les charges prévues dans le tarif partiel, les rémunérations des médecins généralistes libéraux et celles de l'ensemble des auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie et de radiologie courante, ainsi que les médicaments (pour les établissements disposant d'une Pharmacie à Usage Intérieur).

Le contenu de ces deux options a été vu et revu à de nombreuses reprises.

Les dépenses de médicaments, exclues du tarif partiel dans le décret d'avril 1999, ont été introduites dans ce même tarif par le décret de mai 2001, puis à nouveau sorties à l'issue de la loi du 4 mars 2002.

Ces modifications influent sur le calcul de la dotation minimale de convergence (DOMINIC) et sur la dotation en soins, dont la difficile détermination est un sujet d'inquiétude des gestionnaires de ces structures. Face à ces nombreux revirements, le directeur doit pourtant planifier les dépenses sur cinq ans, sans maîtriser ce qu'elles recouvrent. Il doit aussi s'expliquer auprès des résidents et de leurs familles lors de ces changements brutaux de tarifs et de fonctionnement...

Revenons sur le dernier grand changement en la matière. L'article 96 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, exclut les dépenses de médicaments de la tarification des EHPAD dépourvus de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) :

« Les prestations de soins [...] ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutique remboursables [...] ».

Les résidents vont devoir se procurer directement les médicaments et en demander le remboursement à leur caisse d'assurance maladie.

Cet article qui introduit des changements majeurs dans la préparation de la réforme ne concerne ni les Unités de Soins de Longue Durée, ni les établissements disposant directement ou indirectement d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Cet amendement s'applique en outre pour les conventions signées après la parution de la loi du 4 mars 2002²⁰.

²⁰ Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n°2002-205 du 10 avril 2002 relative à la prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins.

Les médicaments ne feront plus partie du budget des établissements concernés ; l'enveloppe de soins sera donc diminuée du montant des dépenses de médicaments et produits à usage médical constaté au compte administratif de l'année précédente. Cette reprise de crédits fera l'objet d'un transfert de l'enveloppe EHPAD vers l'enveloppe soins de ville.

Compte tenu de ce nouveau régime tarifaire des médicaments, le calcul de la DOMINIC est revu, selon que les médicaments sont inclus dans le budget ou non²¹.

De même, la dotation en soins sera approchée différemment pour les établissements médicalisés ou non.

Pour les établissements médicalisés, la dotation corrigée (après retraitement comptable et calcul de l'effet mécanique ou du clapet anti retour) est comparée à la DOMINIC (dans la limite de DOMINIC + 35%²²) ; le plus grand des deux chiffres est retenu comme base des négociations.

Pour les établissements non entièrement médicalisés se pose la question de la consommation en soins de ville. Lorsque cette consommation est connue, elle est rapportée au nombre de résidents des places non médicalisées et comparée aux moyennes nationales. Lorsqu'elle n'est pas connue, l'établissement procède uniquement par comparaisons (avec les établissements similaires, les données ERNEST, etc.).

En substance, la comparaison aux données reconnues par les partenaires financiers semble primer dans ces deux cas.

Cette réforme n'a pas de conséquence forte pour le Centre Gérontologique du Chalonnais : la Pharmacie à Usage Intérieur est en effet en cours d'autorisation.

Le choix se porte logiquement sur l'option tarifaire globale. La circulaire n°2002-205 suppose en effet que « *les établissements traitant des pathologies lourdes accèdent à une PUI et optent pour le tarif global* ».

²¹ Etablissement hors SSLD, tarif global :

- médicaments inclus dans le budget : DOMINIC = [6.1€x (GMP+300)]x nombre de résidents

- médicaments hors budget : DOMINIC = [6.1€x (GMP+120)]x nombre de résidents

Etablissement hors SSLD, tarif partiel :

- médicaments inclus dans le budget : DOMINIC = [5.5€x (GMP+300)]x nombre de résidents

- médicaments hors budget : DOMINIC = [5.5€x (GMP+120)]x nombre de résidents

Etablissement traitant des pathologies lourdes (tarif global) :

DOMINIC = [6.1€x (GMP+P)]x nombre de résidents

P représentant la valeur approchée par l'outil PATHOS, on peut retenir la valeur de 800.

²² DOMINIC + 35 % : ce « plafond » apparaît pour la 1^{ère} fois dans la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 en son article 2.2.3.2. : « *si cette consommation totale [de soins] est raisonnable ou excessive (35% au dessus de la DOMINIC)* ».

Cette circulaire n'envisage pas d'autre hypothèse et ne propose aucun mode de calcul de la DOMINIC dans le cas d'un établissement fortement médicalisé choisissant l'option partielle.

L'adoption de ce tarif global repose sur une capacité d'évaluation au plus juste du niveau des dépenses de soins de ville correspondant aux résidents accueillis dans l'établissement. Cette évaluation au réel peut se baser sur un suivi des consommations de ville (demandées aux caisses) sur une période significative (un trimestre par exemple).

Toutefois, pour le Centre Gérontologique du Chalonnois, comme pour les autres établissements médicalisés, les consommations de soins de ville figurent déjà pour une grande part au budget²³.

1.2.3. La mise en place de l'APA : solvabiliser les personnes âgées dépendantes

En parallèle de la réforme des établissements d'hébergement, est introduite la réforme de l'aide à la dépendance (voir annexe 3 : insuffisance de la PSD et mise en œuvre de l'APA).

L'ambition de l'APA est de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Elle remplace la prestation spécifique dépendance (PSD), qui répondait de manière trop partielle et inégale aux besoins identifiés. La nouvelle allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte. C'est une allocation personnalisée, répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.

La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, est issue de réflexions des missions Brunetière et Sueur autour de la PSD et de la réforme de la tarification des EHPAD. Elle définit cinq grandes orientations :

Selon le Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées, les effectifs minimum permettant d'assurer la sécurité des résidents (1 aide soignant pour 6 résidents et 1 infirmier pour 20 à 25 résidents) correspondent à DOMINIC + 35%.

²³ Les Caisses d'Assurance Maladie ne prennent en charge que certaines prestations, en sus du forfait de cure médicale, comme les frais de dentisterie, les appareillages ou certaines dépenses de pharmacie.

1. Instaurer un droit objectif et universel

L'attribution de l'APA, qui se fait dans les mêmes conditions sur tout le territoire, dépend du lieu de résidence (stable et régulière en France), de l'âge (60 ans et plus) et du degré de dépendance des personnes intéressées (GIR 1 à 4).

2. Élargir le champ des bénéficiaires

La PSD solvabilisait 135 000 personnes au 1^{er} janvier 2002, alors que l'APA pourrait, à terme toucher près de 800 000 personnes.

Cela suppose un financement beaucoup plus conséquent. Le coût de la PSD représentait une charge de 5 milliards de francs pour les collectivités locales. L'APA coûtera 17 milliards de francs, dont une partie sera couverte par le fonds de financement de l'APA (voir § 5).

3. Favoriser des prises en charge diversifiées

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire. C'est à l'utilisateur de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide » proposé, ce dernier n'étant plus « imposé » contre la prestation.

4. Garantir une gestion de proximité, rigoureuse et transparente

L'APA est gérée par les départements.

L'instruction de la demande comprend désormais deux phases :

- la phase d'évaluation de la perte d'autonomie, qui s'effectue essentiellement sur la base de la grille AGGIR.
- la phase d'instruction administrative, à proprement parler. La procédure d'instruction administrative se poursuit avec la procédure de détermination du plan d'aide (pour l'APA à domicile).

5. Mobiliser la solidarité nationale

L'APA devant bénéficier à une population plus large et plus nombreuse, l'objectif est de conforter les financements existants. Un « *Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie* » a donc été créé (février 2002). Une fraction de la contribution sociale généralisée (0,10 point de CSG jusqu'à présent affecté au Fonds de solidarité vieillesse) lui est consacrée, ainsi qu'une participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse.

A domicile : Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge et modulée en fonction de ses ressources.

En établissement : L'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance.

<i>Revenu du bénéficiaire</i>	<i>Calcul de sa participation mensuelle</i>
1° Revenu inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (inférieur à environ 1 981 €, ou 13 000 F, au 1/10/01)	Participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6.
2° Revenu compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration (compris entre environ 1 981 et 3 049 €, ou entre 13 000 et 20 000 F, au 1/10/01)	Participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau de revenu, de 20 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.
3° Revenu supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration (supérieur à environ 3 049 €, ou 20 000 F, au 1/10/01)	Participation fixe, égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire

Les dispositions de la nouvelle loi présentent un certain nombre d'évolutions par rapport au dispositif de la PSD:

- l'APA repose sur le principe d'un barème et de tarifs nationaux (dans leur mode de calcul, mais différenciés selon l'établissement ou les bénéficiaires) ;
- l'APA n'est pas soumise à condition de ressources ;
- l'APA s'adresse également aux personnes âgées appartenant aux GIR 4. Elle inclut donc les personnes moyennement dépendantes ;
- les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire, ni sur les donations ;
- l'APA permet de prendre en charge des dépenses diversifiées, au-delà de la seule rémunération des intervenants à domicile ;
- les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.

Il est également important de souligner qu'un comité scientifique a été chargé d'adapter les outils d'évaluation de l'autonomie (art. 17, loi n°2001-647 du 20 juillet 2001) et répondre ainsi aux nombreuses critiques émises à l'encontre de la grille AGGIR. Le comité présentera ses conclusions au Parlement avant le 31 janvier 2003.

1.2.3.1. La transition PSD – APA

Le dispositif de l'APA en établissement devrait être étroitement lié dans le principe à la mise en place des conventions tripartites pluriannuelles signées pour le 31 décembre 2003 ; ce qui n'est pas forcément le cas dans la pratique.

Dans cette attente, une disposition transitoire doit permettre aux établissements de percevoir trois types de recettes :

- un forfait global de soins, arrêté à la hauteur du montant global de l'année antérieure, attribué à l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département,
- des tarifs journaliers afférents à la dépendance, fixés par le Conseil Général,
- des tarifs journaliers d'hébergement, fixés par le président du Conseil Général, et calculés par différence avec les recettes précédentes. Ces derniers tarifs constituent donc de fait des variables d'ajustement, entre le budget approuvé et ses recettes au titre des forfaits soins et dépendance.

Ce dispositif transitoire ne permet qu'une application très partielle de la réforme à la seule section « dépendance », et remet en cause la logique et l'économie initiales de la réforme.

Dans ce cadre transitoire, le montant de l'APA correspond à la différence entre le tarif dépendance et la participation du bénéficiaire.

Le passage à l'APA se fait progressivement, en respectant le choix des bénéficiaires et en leur garantissant le maintien des avantages acquis, grâce à l'allocation différentielle. L'APA se substitue à la PSD, ainsi qu'à la PED (prestation expérimentale dépendance, dans certains départements) et l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), à compter du 1^{er} janvier 2002.

Une procédure de compensation de la transition PSD – APA peine à se mettre en place.

Fin juillet 2002, on estime que 34 000 personnes subissent des pertes financières du fait de la mise en œuvre de l'APA. Les surcoûts atteignent pour beaucoup plus de 300 euros par mois.²⁴

Selon les estimations du Secrétariat d'Etat, il manquerait 36 millions d'euros, que le nouveau secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, Hubert Falco se refuse à mettre « à la charge des départements, déjà lourdement sollicités par l'APA ».

En attendant de trouver le dispositif juridique et financier permettant de dégager une telle somme, et qui ne verra sans doute jamais le jour, il est demandé aux directeurs des établissements d'éviter de «faire supporter le surcoût actuel aux personnes âgées qui bénéficiaient jusqu'alors de la PSD ».

L'absence de toute garantie de financement rend pourtant la prise en charge de ces surcoûts par les établissements particulièrement difficile.

1.2.3.2. La mise en place de l'APA

Dans les faits, on note paradoxalement de grandes différences d'application selon les départements, voire un « désengagement » de certains Conseils Généraux, notamment au niveau du dispositif de compensation (laissant les établissements gérer le recouvrement...). Les débuts de l'APA ne répondent pas pour l'instant aux nombreux espoirs nés de la forte médiatisation de cette aide.

Les familles notent rarement une amélioration des conditions financières de prise en charge ; elles constatent même parfois une accentuation des tarifs (liée au passage à la tarification ternaire et au système « hybride » transitoire, bloquant les dotations soins à leur niveau antérieur). Cette inquiétude est accentuée par le retard et la diversité de traitement des dossiers de l'APA.

Certains Conseils Généraux « globalisent » l'APA au niveau des établissements accueillant les personnes âgées bénéficiaires de l'aide (les demandes sont individuelles, mais le financement prend la forme d'une dotation globale), d'autres imposent une APA directe et individualisée, d'autres encore laissent le choix aux résidents²⁵ ...

La plupart acceptent la rétroactivité de l'APA à la date de mise en œuvre des nouveaux tarifs (ternaires), d'autres une rétroactivité au 1^{er} janvier 2002...

Cette diversité se retrouve au niveau de la tarification des prestations : près de la moitié des conseils généraux fixent des tarifs en mode prestataire inférieurs aux taux d'aide ménagère de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.

Aucun Conseil Général ne respecte le délai des deux mois de traitement des dossiers APA.

Les situations sont ainsi gérées différemment au niveau de chaque département.

Lors de la « réunion des familles » au Centre Gérontologique du Chalonais, les familles se sont inquiétées de l'absence de retour pour les dossiers APA (14 mai 2002). Pour beaucoup de familles, la réforme de la tarification sera sans doute à l'origine de difficultés pour régler les nouveaux tarifs, même parfois dans l'hypothèse du montant de l'APA le plus favorable.

En effet, avec le retranchement du ticket modérateur et au vu des montants des tarifs dépendance, l'APA en établissement pourra difficilement dépasser 350 € par mois, contre des montants d'APA à domicile pouvant atteindre 1 070 € par mois.

²⁴ Dépêche APM du 1^{er} août 2002 : « APA : Hubert Falco demande aux établissements de ne pas pénaliser les anciens bénéficiaires de la PSD ».

²⁵ Selon l'Union Nationale ADMR, la moitié des Conseils Généraux privilégient le mode d'intervention prestataire, 15% privilégient exclusivement le mandataire, 10% laissent le libre choix du mode d'intervention à la personne âgée, le reste des départements composant entre prestataire, mandataire et gré à gré.

Cette inégalité entre domicile et établissement est difficile à accepter pour les familles, sans compter que les tarifs hébergement payés par les résidents et leurs familles restent élevés, et ne permettent pas à tous d'être solvables.

En établissement, l'APA ne répond pas à tous les problèmes de solvabilisation des personnes âgées.

Pourtant, « *L'APA fait un tabac* »²⁶ avec plus de 175 000 demandes déposées en janvier 2002, dépassant le nombre des dossiers PSD traités annuellement depuis 1997. Fin juin, les départements ont enregistré près de 685 000 demandes, dont 300 000 déjà instruites. On pourrait compter 530 000 bénéficiaires fin septembre.

Le succès de cette prestation se traduit donc par une montée en charge plus rapide que prévue, mais surtout un large dépassement du montant des financements annoncés. Pour faire face à ces demandes, et si aucun autre mécanisme de financement n'est mis en place, les Conseils généraux vont devoir augmenter les impôts de 2% en moyenne, cette hausse atteignant 12% en Saône-et-Loire...

L'APA reste néanmoins d'actualité : le nouveau gouvernement critique en effet vivement les modalités de cette nouvelle prestation, notamment la charge financière revenant aux Conseils Généraux.

Si le nouveau secrétaire d'Etat remet en cause le financement par les Conseils Généraux de la procédure de compensation de la transition APA - PSD, il revient également sur le financement même de l'APA. Selon le gouvernement, le risque de déséquilibre du plan de financement est de l'ordre de 1 milliard d'euros pour 2002-2003.

Le nouveau ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, François Fillon, critique en effet fortement « *l'absence de concertation du précédent gouvernement avec les départements qui paient pourtant l'essentiel de la facture* ».

Il cherche à alléger le coût financier de l'APA en s'interrogeant d'une part sur l'absence de conditions de ressources pour percevoir l'APA et d'autre part sur la « faiblesse » du ticket modérateur. Le nouveau gouvernement réfléchit ainsi sur le retour du recours sur succession : la récupération par le fisc des sommes versées au défunt au titre de l'allocation dépendance avait été abandonné avec l'APA et reconnu comme une avancée majeure. Le rétablissement de cette mesure pourrait faire chuter le nombre de bénéficiaires de l'APA de 800 000 à moins de 300 000 (nombre de bénéficiaires identique à celui de la PSD).

Ce sont sans doute les modalités de financement de l'APA à domicile qui vont être amendées.

26 « *L'APA fait un tabac* », *Le quotidien du Médecin*, lundi 22 avril 2002

C'est donc le mode de fonctionnement global de l'APA qui est remis en cause.

Hubert Falco interroge : « *Peut-on être raisonnablement satisfaits des lourdeurs administratives, de l'embolisation des services d'instruction chargés de l'APA et de l'inorganisation des équipes médico-sociales chargées d'évaluer les besoins des personnes âgées ?* »²⁷

Approchée sous l'angle strictement financier, cette réforme de la tarification apparaît d'emblée très complexe.

Elle concerne tous les établissements d'hébergement malgré leur grande hétérogénéité, et tente d'harmoniser les pratiques au niveau national, malgré des habitudes très diverses sur le plan local et départemental.

A cela s'ajoute le non ajustement de la signature de la convention avec la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements mais surtout avec la réforme de l'aide à la dépendance. Ce problème explique la nécessité des périodes transitoires, des dispositifs transitoires, des procédures de compensation de la transition, etc.

Il paraît donc important de se pencher sur l'articulation entre ces différents éléments au travers d'un exemple concret et de cerner les étapes possibles de mise en œuvre de cette réforme.

Le cas du Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône est emblématique de la particularité des établissements d'hébergement rattachés à un Etablissement Public de Santé, pour lesquels d'autres incertitudes existent (opération sincérité des comptes, fusion des budgets, etc.).

Cet exemple permettra ainsi de soulever les options de stratégies internes d'entrée dans la réforme.

Dépêche APM, 20 septembre 2002, « APA : 299 000 bénéficiaires et 683 000 demandes fin juin ».

²⁷ Bordenave Y., 16 août 2002, « Le gouvernement cherche à modifier l'allocation personnalisée à l'autonomie », *Le Monde*.

2. LES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE AU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAONE

Avant d'envisager les étapes de la mise en œuvre propres à tous les EHPAD, nous tenterons de cerner la spécificité des établissements rattachés à un Centre Hospitalier à travers l'opération sincérité des comptes et la question de la fusion des budgets annexes.

2.1. UNE SPECIFICITE DES ETABLISSEMENTS RATTACHES A UN EPS : L'OPERATION « SINCERITE DES COMPTES »

La réforme est fondée sur la transparence et la prise en compte des coûts réels.²⁸

Avec l'étanchéité des sections tarifaires, des imprécisions sans conséquences dans l'ancien système peuvent introduire des erreurs d'imputation entre sections tarifaires dans le nouveau système, induisant des sous ou sur évaluation de ces dépenses relatives à l'hébergement ou aux soins.

Par exemple, le compte 611 « prestations médicales à l'extérieur » (budget soins) était, avant la réforme, communément négligé, au profit du compte 62888 « autres prestations à l'extérieur » (budget hébergement). La réforme permet de remettre à plat les pratiques et de redéfinir l'emploi des comptes ; elle révèle des erreurs comptables antérieures. Le compte 62888, relevant de la section tarifaire « hébergement », ne concerne en effet pas les prestations médicales ou de soins.

L'étanchéité des sections tarifaires ne suscite cependant pas de difficulté majeure.

En effet, cette volonté de transparence affecte essentiellement les établissements rattachés à un EPS, à travers les transferts de charges entre budgets annexes et surtout entre budget général et budget annexe.

²⁸ Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD, crédits sur l'ONDAM 2000. Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n°2001-276 du 21 juin 2001 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé. Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n°2001-569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soins prévu à l'article 30 du décret n°99-316. Instruction du 17/04/2002 relative à l'opération « sincérité des comptes » dans les établissements de santé gérant des activités médico-sociales pour personnes âgées en budget annexe.

2.1.1. Les remboursements de frais entre budgets annexes

Pour les établissements rattachés à un centre hospitalier, les remboursements de frais entre budgets annexes représentent des enjeux plus importants.

En effet, en cas d'utilisation excessive du compte 62888 « remboursements de frais » (relevant de la section hébergement), le budget hébergement est surévalué. L'ensemble des dépenses de remboursements y sont alors imputées... La réforme remet donc en cause les pratiques de gestion des établissements.

L'imputation des remboursements de frais entre budgets annexes représente des difficultés en partie dépenses, mais aussi symétriquement en partie recettes. Il n'y a en effet pas d'autre règle d'imputation pour les recettes en atténuation des EHPAD que celle de la nature. Il faut donc réaliser une évaluation précise des charges couvertes par les remboursements de frais.

Mais cette imputation au réel entre les sections pose un problème de précision des primo-imputations et de la symétrie avec l'imputation des dépenses dans le budget qui paye ces remboursements. Elle suppose en effet une comptabilité analytique poussée et précise (impliquant par exemple l'installation de compteurs d'eau, de gaz, d'électricité...).

La logique voudrait en effet qu'en recettes, les remboursements soient également imputés dans la section hébergement, alors qu'ils sont éclatés selon leur nature... ce qui provoque une surévaluation des forfaits d'hébergement sur les deux budgets annexes.

Il s'agit de clarifier au maximum ces situations. Cela implique une gestion moins souple, qui repose sur une estimation, même imprécise, des transferts de charges entre budgets, voire à terme sur un paiement direct par chaque budget des charges consommées.

Cette remise à plat suppose que les flux correspondent réellement à des prestations entre budgets, non à des subventions cachées ou à des variables d'ajustement.

En imputant chaque charge à son financeur, la réforme de la tarification devrait éviter ces dérives, mais la transition reste délicate.

A Chalon-sur-Saône, la difficulté vient de la localisation des deux structures au sein des bâtiments : l'USLD est en effet située pour partie dans un bâtiment spécifique, et pour partie au sein du bâtiment « de maison de retraite » avec la section de cure médicale.

Il est dès lors difficile de différencier toutes les charges à imputer aux deux budgets annexes. Ces charges sont essentiellement calculées au prorata du nombre de lits de chacun des deux budgets, clé de répartition satisfaisante à certains égards (pour le nombre de repas consommés par exemple).

Pourtant, cette clé de répartition ne reflète sans doute pas la réalité de toutes les consommations. Néanmoins, ce problème n'est pas suffisamment approfondi au sein de l'établissement.

Cela est d'autant plus délicat que les deux budgets annexes ne dépendent pas de la même enveloppe, mais émargent respectivement à l'enveloppe sanitaire et médico-sociale.

La fusion des deux budgets devrait simplifier cette gestion, en supprimant ces imprécisions.

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

Les échanges de prestations ne concernent pas seulement les budgets annexes entre eux, ils impliquent surtout le budget général.

2.1.2.1. Le remboursement des budgets annexes au budget général.

Il est courant que le budget général supporte certains coûts en première intention, notamment les dépenses de fonctionnement. Ces coûts sont remboursés a posteriori par les budgets annexes au prorata de leur consommation, ce qui suppose la répartition des unités d'œuvre produites entre les différents budgets.

Cela est traditionnellement le cas pour les dépenses de restauration, de blanchisserie.

La circulaire DAS-MARTHE du 25 juin 1999 relative à la simulation recense 5 types de charges ayant vocation à émerger au budget général et aux budgets annexes.

Il s'agit des charges de :

- blanchissage,
- restauration, nettoyage,
- autres prestations à caractère non médical (quote-part de la section d'imputation logistique, administration, facturation),
- et autres comptes.

Ces dépenses sont évaluées en fonction des unités d'œuvre produites par les différents budgets annexes. Le guide des retraitements comptables définit ces différentes unités d'œuvre et l'imputation des charges aux différentes sections consommatrices. Ainsi, les dépenses de classe 6 constituent l'unité d'œuvre de la gestion générale, ...

Cependant, certaines clés de répartition sont peu pertinentes eu égard à la spécificité des EHPAD : par exemple, le nombre d'entrées permettant d'affecter les charges relatives aux admissions ne représente pas la même chose pour l'hébergement ou pour le court séjour.

D'autres clés de répartition sont implicitement remises en cause par des propositions de valorisation des charges différentes de la réglementation selon les régions, les établissements...

Par exemple, les frais d'administration générale que les budgets annexes devraient rembourser au budget général ne sont pas calculés partout de la même manière : les circulaires recommandent de chiffrer les frais d'administration à 5% des frais de la section hébergement ; l'ARH propose parfois une méthode de calcul différente ; aucune méthode ne correspondant aux remboursements effectifs des budgets annexes... Pour un établissement, ces différentes méthodes génèrent des résultats très disparates, allant de 1 à 10.

Il n'y a pas a priori de solution idéale : la pratique doit affiner ces transferts, l'important étant de prendre conscience de l'effectivité de ces imputations.

L'étude des transferts de charges réels entre le budget général et les budgets annexes met souvent en évidence l'importance des charges supportées par le budget général.

Au centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône, ces transferts ont été estimés lors de l'été 2001 à près de 1 205 530 €, décomposés entre les frais liés à l'hébergement et les frais liés aux soins. Néanmoins, cette première estimation reste à affiner, notamment lors des négociations autour de la convention.

Dépenses d'hébergement :

Blanchisserie	nombre de kg* 10.57 F/kg	1 647 609 F	251 176.4 €
Restauration	nombre de repas* 32.35 F/repas	4 237 785 F	646 046 €
Ateliers généraux et espaces verts	nombres heures * 119F/heure	119 000 F	18 140 €
Informatique maintenance	3 801 896 F x 33 457 897 F (dépenses B + J) / 432 913 000 F (dépenses H + B + J)	293 831 F	44 795 €
Chambre funéraire	299 000 F x 53 (nb décès) / 747	21 214 F	3 234 €
Incinération déchets	8,2 T / 198 T * 710 298F	29 416 F	4 484.5 €
Transport malades vers CHWM	383 transports	216 000 F	32 930 €
Maintenance téléphonique	Contrat	45 000 F	6 860 €
Standardiste – OPQ		190 000 F	28 970 €
Maintenance gestion technique des bâtiments		21 000 F	3 200 €
Médecine du travail	450 000 F * 100 agents / 1300 agents	34 615 F	5 277 €
Cotisation ENSP	204 F/ lit installé (181 lits)	36 924 F	5 629 €
Total		6 892 394 F	1 050 738.7 €

Dépenses de soins

Personnel soignant	2 AS x 220 000 F	440 000 F	67 080 €
Consultations spécialisées au CHWM	383 CS / an x 150 F	57 450 F	8 758.2 €
Z radios	3 273 Z x 10,60 F	34 693 F	5 288.9 €
B laboratoire	171 007 B x 1,72 F	294 132 F	44 840 €
Unité d'hygiène hospitalière	Cadre hygiéniste 320 000 F x 15%	48 000 F	7 320 €
Gestion pharmacie	Dépenses pharmaceutiques B et J 940 623 F x 15%	141 093 F	21 509.5 €
Total		1 015 368 F	154 791.85 €

Soit un total général de 1 205 530,5 € (7 907 762 F)

Une comparaison rapide avec les charges recensées par la circulaire DAS-MARTHE du 25 juin 1999 montre que :

- certaines dépenses non recensées par la circulaire sont intégrées dans le calcul des charges (chambre funéraire, médecine du travail...),
- alors que les autres prestations à caractère non médical sont prises en compte par le centre hospitalier de façon très partielle, notamment les frais d'administration générale (cotisations ENSP...), les frais de facturation, les charges relatives aux soins...

L'établissement s'est en effet placé dans la perspective d'un établissement autonome pour évaluer les transferts de charges entre les budgets.

Ainsi, ont été soulignés les rôles de la chambre funéraire (les maisons de retraite autonomes doivent passer une convention avec un centre hospitalier : l'estimation des charges a été réalisée sur cette base, après la demande de maisons de retraite autonomes au centre hospitalier), de la pharmacie (nécessaire convention avec une Pharmacie à Usage Intérieur ; les frais de gestion sont estimés à 15% des dépenses pharmaceutiques), etc.

L'actualité a également favorisé la prise en compte de certaines charges, notamment les cotisations ENSP (en augmentation).

Les frais d'administration générale ont par ailleurs été considérés comme étant en grande partie intégrés dans les budgets annexes (encadrement déjà fort), alors que l'instruction DHOS du 17 avril 2002 précise que les établissements soumis au PMSI doivent calculer les charges au prorata des budgets nets (méthode préconisée par le guide de comptabilité analytique).

Une attention particulière a été portée aux charges relatives à l'hébergement. Etant entendu que les charges relatives aux soins resteraient à la charge de l'assurance maladie, elles ont sans doute été sous estimées.

La grande difficulté de cette étude est en outre la prise en charge du personnel soignant, sans doute sous-évalué. Les tableaux des effectifs diffèrent légèrement entre la Direction du Personnel et des Relations Sociales (postes rémunérés) et la Direction des Soins et de la Qualité (postes sur le terrain). Une confusion existe également entre les personnels du long séjour et ceux de la section de cure médicale...

La gestion des remplacements se fait de façon globale sur l'ensemble de l'établissement, alors que les taux d'absentéisme sont différents, ce qui rend difficile toute évaluation précise.

Le budget général prend sans doute en charge davantage de personnel que ce qui est déclaré, sans que la mesure de cette prise en charge puisse être précisément approchée.

Les personnels déclarés dans le tableau sont deux aides soignants de nuit uniquement.

La réactualisation de l'opération « sincérité des comptes » menée durant l'été 2002 n'a pas introduit de changement majeur quant aux transferts de charge existant entre les budgets annexes et le budget général ; seulement une rationalisation des transferts de charge déclarés, avec notamment la suppression de certaines charges d'hébergement, globalisées dans une section forfaitaire « charges administration ».

Ainsi :

	Total	USLD	SCM
Restauration			
nombre de repas servis	133 135	86 392	46 743
coût de l'unité d'œuvre (UO)	4,93		
à rembourser	656 355,6	425 912,6	230 443,0
Blanchisserie			
nombre de kg	155 900	120 600	35 300
coût UO	1,08		
soit coût pour entretien	168 372	130 248	38 124
Charges administration			
5% de la section hébergement	124 406,3	84 147,6	40 258,7
TOTAL HEBERGEMENT (A)	949 134	640 308	308 826
Laboratoire			
nombre de B consommés	215 937	95 058	120 879
coût UO	0,16		
à rembourser	34 549,9	15 209,3	19 340,6
Imagerie			
nombre de Z consommés	2 537	1 611	926
coût UO	1,26		
à rembourser	3 196,6	2 029,9	1 166,8
Pharmacie			
valeur médicaments consommés	98 051,6	69 646,2	28 405,4
frais de gestion (5% des dépenses)	4 902,6	3 482,3	1 420,3
Personnel			
unité d'hygiène (15% du cadre)	7 320	4 853	2 467
consultations spécialistes CHWM	8 760	5 808	2 952
mise à disposition (3 ETP)	111 019,5	77 713,5	33 304,5
TOTAL SOINS (B)	267 800	178 742	89 057
TOTAL = (A) + (B)	1 216 934	819 050	397 883

2.1.2.2. Les transferts de charges.

Ainsi, de nombreux établissements ne facturent pas à leurs budgets annexes l'intégralité des sommes dues, notamment les prestations dites « logistiques » : direction du personnel, des services économiques, des finances, service des admissions, services d'entretien et de maintenance. Ces dépenses sont souvent supportées par le budget général.

Au centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône, l'opération « sincérité des comptes » a ainsi mis en évidence un important transfert de charges non remboursé du budget général vers les budgets annexes, d'environ 255 000 €.

Elle se présente comme suit pour l'année 2000 (l'ordre de grandeur est le même pour 2001) :

	Budget principal (C/6587)	USLD (C/741)	Maison de Retraite (C/741)
Montant charges réelles 2000	7 907 762 F 1 205 530 €	5 242 715 F 799 246.75 €	2 667 047 F 406 588.7 €
Montant remboursé 2000	6 235 388 F 950 578.8 €	4 348 685 F 662 952.75 €	1 886 703 F 287 626 €
Montant subvention	1 672 374 F 254 895 €	828 257.3 F 126 267 €	843 744.4 F 128 628 €

Le guide des retraitements comptables rappelle pourtant que toutes les consommations des budgets annexes sont supposées égales à la recette constatée au compte 758.4 (remboursement de frais des budgets annexes), ce qui interdit toute subvention de fonctionnement du budget général vers les budgets annexes (ou, plus rarement, le contraire).

Le rapport de la Chambre Régionale des Comptes concernant la gestion des exercices 1989 et suivants au Centre Hospitalier W. Morey pointe et condamne la subvention implicite du budget général vers les budgets annexes : « *subvention d'équilibre irrégulière au regard des dispositions de l'article R.714-3.9 du code de la santé publique* ».

Le rapport compte sur la mise en place de la nouvelle tarification pour « *mettre un terme aux transferts de charges* ».

L'opération « sincérité des comptes » en formalisant cette « subvention » reconnaît donc une pratique jusque-là prohibée et considérée comme inexistante, pourtant très courante.

La question des remboursements de frais entre budget général et budget annexe apparaît peut-être plus complexe qu'entre budgets annexes, du fait de la non symétrie des structures de ces deux budgets.

Dans le cas du Centre Hospitalier William Morey, le transfert de charges entre budget général et budget annexe a été estimé à 254 895 €. Cependant, l'affichage de cette « subvention » a posé quelques difficultés, et l'imputation directe des charges suscite quelques craintes sur l'évolution du budget des établissements annexes. En effet, les enveloppes sanitaires et médico-sociales n'ont pas vocation à augmenter selon les mêmes taux d'évolution...

Une fois que les transferts de charges sont mis en évidence en interne se pose la question de leur affichage en externe. La présentation des nouveaux budgets peut en effet être problématique : l'établissement peut-il faire apparaître des transferts de charge importants ?

La réalisation intégrale de l'opération sincérité des comptes permet certes une plus grande transparence, les transferts d'enveloppe entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, l'assainissement des budgets... mais elle signifie également l'augmentation des tarifs d'hébergement à la charge des résidents. La pérennisation des transferts de charges entre budget général et budgets annexes permettrait par contre de maintenir les prix de journée à leur niveau actuel.

Pour le Centre Hospitalier William Morey, ce dilemme trouve sa réponse dans le mode de calcul des transferts de charges qui a été adopté. L'établissement a choisi de faire apparaître la « subvention » de 255 000 €, ce qui correspond surtout à une augmentation des tarifs soins (voir annexe 5).

Cette augmentation des tarifs correspond à la fin du subventionnement du budget général, mais aussi à la forte dépendance des résidents, qui permet de justifier les coûts élevés de prise en charge.

Reste à savoir si l'évolution des tarifs est « acceptable » pour les services de l'Etat, mais souvent aussi pour les résidents et leurs familles : elle doit notamment être reliée à la mise en œuvre de l'APA et aux niveaux d'allocation accordés par le Conseil Général. Notons à ce propos que l'établissement ne connaît pas les montants précis versés aux résidents au titre de l'APA, il doit se contenter d'hypothèses.

Malgré toutes les justifications concernant la forte dépendance des résidents, cette opération sincérité des comptes reste en effet difficile à mettre en œuvre et à accepter du point de vue des résidents et des familles : les tarifs évoluent sans aucun changement de prestation, sans aucune amélioration de la prise en charge des résidents.

Concrètement, l'opération sincérité des comptes a des implications différentes selon que l'établissement a signé une convention ou non.

Pour l'établissement conventionné, le transfert de charges sera financé par les produits de l'assurance maladie au titre des mesures nouvelles. Ce transfert de charges et de produits s'accompagne d'un transfert d'enveloppe (du sanitaire vers le social).

Du fait de la rigueur des imputations, l'établissement n'est en effet plus en mesure de subventionner officieusement les budgets annexes.

S'agissant d'un établissement non signataire d'une convention, il bénéficie du dispositif transitoire tel qu'il est légalement prévu par la circulaire DGAS n°2001-569 du 27 novembre 2001. Les tarifs ne sont pas modifiés du fait de l'opération sincérité des comptes, mais seulement du fait du passage de la tarification binaire en ternaire. L'établissement doit néanmoins procéder aux calculs des différents tarifs hébergement, dépendance et soins, pour pouvoir négocier leur montant avec ses partenaires financiers : assurance maladie et conseil général.

Durant la période transitoire, le budget général de l'établissement pourra accorder une subvention au budget annexe. Cette dernière n'entrera pas dans le calcul des tarifs et n'entraîne aucun transfert d'enveloppe. De plus, cette subvention devra disparaître en fin de période transitoire, c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre 2003. Elle sera remplacée par un mouvement d'enveloppe qui se traduira par une augmentation de la dotation soins pour le budget annexe concerné et par une diminution d'un même montant de la dotation globale du budget général.

2.1.2.3. Les conséquences des transferts de charges.

Pour l'établissement

En conséquence, les prix de journée des EHPAD sont sous-évalués, mais les points ISA des établissements hospitaliers sont surévalués.

Dès lors, le transfert des charges supportées par le budget général à la place du budget annexe va influencer l'évolution du point ISA de la structure puisqu'il va se traduire par une baisse des charges du budget général et une baisse des dépenses. En parallèle, les charges des budgets annexes vont augmenter, entraînant une hausse des tarifs, et sans doute une perte d'attractivité, surtout dans un contexte concurrentiel...

Ce constat pose la grave question du caractère pérenne et concurrentiel de la plupart des EHPAD gérés par des établissements hospitaliers vis-à-vis des structures autonomes.

Derrière cette question se cache celle de la justification économique de ces EHPAD gérés par des établissements de santé.

Cet argument économique cache pourtant des différences notoires en terme de prestations : les établissements rattachés à un EPS sont généralement davantage médicalisés que les autres EHPAD ; ils fournissent dès lors des réponses mieux adaptées aux personnes très fortement dépendantes. Il est probable que la demande devienne de plus en plus importante dans ce secteur.

Cela pose également la question de l'évolution des financements : le taux d'évolution de l'enveloppe sanitaire est en effet plus important que celui de l'enveloppe sociale et médico-sociale (même si un « rattrapage » a lieu actuellement). En faisant supporter une partie des dépenses médico-sociales au secteur sanitaire, les établissements assurent donc une augmentation plus marquée des moyens disponibles pour leurs budgets annexes.

Le transfert d'enveloppes prévu par la réforme ne sera donc sans doute pas neutre pour ces établissements, même si les montants sont scrupuleusement respectés (ce qui est à confirmer).

Ce point constitue une crainte forte des gestionnaires des EHPAD rattachés à un EPS. Cette crainte est encore accentuée lorsque se pose la question de la fusion du long séjour à une structure médico-sociale. Cela peut sans doute expliquer les réticences et la lenteur de l'entrée dans la réforme de ces établissements.

Pour les financeurs

Pendant la période transitoire, le prix payé par les résidents ne change pas.

A l'issue de la période transitoire, il y a une possibilité de changement de tarif si une partie des charges transférées est relative à la dépendance ou à l'hébergement. En revanche, il n'y aura pas de changement si l'intégralité des charges transférées relève du soin (elles seront alors financées par un transfert de la dotation globale de financement au forfait soins).

Dans le premier cas, fréquent, les résidents auront subi deux changements de tarif : le premier suite à l'application de la tarification ternaire, et le second après la traduction de l'opération sincérité des comptes dans la convention tripartite.

Pour l'assurance maladie et le Conseil général, la période transitoire permet de vérifier la réalité des montants transférés et de se mettre d'accord sur leur participation respective en matière de soins, dépendance ou hébergement.

Leurs contributions vont donc évoluer:

- Dans le cas de l'assurance maladie, l'opération sincérité des compte va entraîner un transfert maximum du montant de la «subvention » de la dotation globale sanitaire vers le forfait soins, qui n'occasionnera pas de surcoût pour l'assurance maladie. Mais il y a un transfert d'enveloppe du sanitaire vers le médico-social et la contribution de l'assurance maladie pourra être augmentée suite à la tarification ternaire (charges de personnel financées sur la section hébergement et relevant désormais de la section soins). Le surcoût sera ainsi important pour la section tarifaire soins du Centre Gérontologique du Chalonais. La question de l'acceptabilité de la prise en charge intégrale de ces transferts se pose donc au Centre Hospitalier William Morey (la dotation soins est déjà très élevée par rapport à la DOMINIC).
- Le Conseil général finance la section dépendance par le biais de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). A l'issue de la période transitoire, il prendra en charge une partie de la part dépendance de la «subvention ». L'évolution de la contribution du Conseil Général dépend également de la mise en œuvre de l'APA.

2.2. UNE PROBLEMATIQUE A APPROFONDIR : LA FUSION DES BUDGETS ANNEXES

2.2.1. La position suivie au Centre Hospitalier William Morey.

Suite à l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) de Bourgogne (section sanitaire) de juin 2001, la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne du 11 juillet 2001 a refusé de transformer 23 lits de section de cure médicale en lits de soins de longue durée.

La Commission Exécutive a adopté la position de principe de ne plus autoriser de création de lits de soins de longue durée dans l'attente de la mise en œuvre effective de la réforme de la tarification des EHPAD.

Dans la décision (lettre recommandée du Directeur de l'ARH du 16 juillet 2001), il était précisé :

*« le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône est invité à déposer, dans les meilleurs délais, concomitamment un dossier de demande de transformation et de **regroupement de ses services de soins de longue durée et d'hébergement pour personnes âgées en EHPAD** ».*

C'est sur la base de cette position et sur les recommandations ministérielles²⁹ que les instances du Centre Hospitalier William Morey ont délibéré et décidé en décembre 2001 la fusion des deux budgets annexes. Il s'agit de demander la transformation juridique de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et de la maison de retraite en un EHPAD unique en 2002. Cette décision est également issue d'autres réflexions.

Il est en effet difficile de proposer des tarifs différents à des résidents vivant dans les mêmes structures et bénéficiant des mêmes prestations ; la réforme de la tarification est à cet égard l'occasion d'harmoniser les pratiques et de médicaliser l'ensemble des lits d'hébergement de l'établissement.

2.2.2.La problématique des longs séjours et de leur redéfinition.

Mais il est également difficile de transférer l'ensemble des lits d'hébergement dans le secteur médico-social. La différenciation reste importante entre sanitaire et social.

En outre, le long séjour héberge également des personnes de moins de 60 ans, des patients dans un état végétatif, comateux... et qui ne peuvent pas relever d'un établissement d'hébergement des personnes âgées. Pour ces personnes, la fusion des deux structures peut être problématique, d'autant que le maintien ou la création de quelques lits de long séjour « redéfinis » reste hypothétique.

La redéfinition des soins de longue durée est en effet continuellement reportée : la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pense finaliser un outil d'évaluation de la personne d'ici 2004³⁰.

Cet outil doit permettre de répondre aux critères des soins de longue durée redéfinis ainsi fixés :

- exigence d'une permanence médicale ;
- nécessité d'une densité de soins techniques importante ;
- nécessité d'un plateau technique à proximité directe.

²⁹ Notamment, la circulaire du 27 novembre 2001 recommande la fusion des budgets annexes, d'USLD et de maison de retraite rattachés à un même EPS lorsque les fonctionnements et les implantations géographiques sont imbriqués et non dissociables.

³⁰ « Création d'un outil pour l'application de la redéfinition des soins de longue durée ; mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité technique auprès de la direction des hôpitaux », site Internet de la Fédération Hospitalière de France : www.fhf.fr

Ces critères semblent très restrictifs et ne concerneraient que 15% des lits d'USLD actuels. Après enquête, la Fédération Hospitalière de France estime que ce pourcentage est insuffisant, près de 25 à 30% des patients en USLD relevant de prises en charge intensives rattachables au sanitaire.

L'outil PATHOS (voir § 2.3.4.) évalue le niveau des soins médicaux et techniques requis pour faire face aux pathologies des résidents. Il estime à 45% la part des personnes hébergées en USLD dont l'état pathologique nécessite le recours aux compétences médico-techniques de l'établissement (les personnes dites « hospitalo-requérantes »).

Cette évaluation « PATHOS » semble donc un préalable à toute décision : les établissements qui n'auront pas, dans les délais fixés par les dispositions réglementaires, « obtenu d'autorisation au titre des soins de longue durée redéfinis, seront transformés en établissements assurant l'hébergement des personnes âgées »³¹.

Le devenir des services actuels de soins de longue durée passe par une réforme de l'ensemble des filières de soins gériatriques, une fois définis et évalués la place, le nombre et les moyens des différents types d'accueil nécessaires, les règles du jeu de leur fonctionnement, pour les personnes âgées et les plus jeunes. Le seul problème vient de la mise en place de la réforme de la tarification avant une telle définition.

Des réponses ont déjà été apportées, mais restent partielles.

Une circulaire³² récente a ainsi défini des « unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel », qui accueilleront, au sein de filières de soins, des personnes auparavant prises en charge par des services de soins de suite et de réadaptation, des long séjours, des structures médico-sociales spécialisées ou même à domicile.

La création de ces unités permet de répondre en partie à la suppression d'une USLD avant la redéfinition des long séjours. Reste à savoir si les unités créées pourront répondre à l'ensemble des besoins, en étant localisées à une distance acceptable pour les familles.

Les EHPAD et les services de soutien à domicile seront de fait amenés à assumer des missions lourdes, simultanément sanitaires et médico-sociales.

³¹ Art. 2 de la circulaire MARTHE/DAS/DH - EO 4-AF 2 n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des USLD et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé.

Dans l'attente de la redéfinition des USLD :

- Faut-il alors fusionner le long séjour et la maison de retraite, rendant ainsi tout retour en arrière et toute modification ultérieure très hypothétique, notamment pour les moins de 60 ans?
- Ou bien faut-il attendre la redéfinition des USLD, qui ne concernera qu'une partie des lits actuels avant de former un EHPAD unique ?

2.2.3. Les différentes stratégies.

En termes « tactiques », il serait sans doute plus intéressant de maintenir une séparation des budgets lors de la signature des conventions : cela éviterait une « moyennisation » du GMP et de la DOMINIC ; et permettrait de maximiser les intérêts au sein de chaque convention. Il serait ensuite possible de fusionner les deux budgets par avenant.

Chaque établissement doit faire le point sur cette éventuelle « moyennisation » des mesures accordées en cas de fusion. Sont essentiellement concernés les établissements pour lesquels un budget annexe est en situation de clapet anti-retour alors que l'autre budget annexe bénéficie de l'effet mécanique.

Cette crainte de « moyennisation » reste ainsi faible pour le Centre Hospitalier W. Morey.

Il n'est en outre pas certain que les différents partenaires acceptent ce procédé, les fusions étant vivement encouragées. La Fédération Hospitalière de France a d'ailleurs mis en garde les établissements contre les fusions et les incitations des Conseils Généraux et ARH³³, soulignant les nombreuses « *initiatives inopportunes de fusion* ».

2.2.4. Le changement de statut juridique

D'autres questions se posent, notamment celle du statut de l'EHPAD obtenu par fusion : le terme « EHPAD » ne recouvre pas un statut juridique et ne précise pas l'appartenance sanitaire ou médico-sociale de l'établissement.

Encourager la fusion des deux budgets ne répond pas à la question du statut de l'EHPAD ainsi obtenu.

³² Circulaire DHOS-02-DGS-SD5D-DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiés aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel.

³³ Lettre de Gérard VINCENT à Edouard COUTY, 15 avril 2002, « campagne budgétaire 2002 dans les établissements publics de santé disposant de budgets annexes de long séjour et de maison de retraite ».

A cet égard, le passage demandé devant le CROSS n'est pas forcément justifié, celui-ci n'étant nécessaire qu'en cas de changement de statut de l'établissement.

Le passage en CROSS est nécessaire si la fusion et la transformation des lits sanitaires augmente la capacité de la maison de retraite de plus de 15 lits ou de plus de 30%.

Le dossier CROSS n'est pas nécessaire non plus lorsque la fusion a lieu concomitamment à la signature de la convention.

Pour le Centre Hospitalier William Morey, le passage devant le CROSS est préférable : il s'agit de fusionner les deux budgets pour le 1^{er} janvier 2003, de simplifier la préparation budgétaire 2003 et de ne pas retarder la démarche d'une année budgétaire.

Il n'est en effet pas certain que les négociations aboutissent à la signature de la convention avant fin 2002.

2.2.5. Conséquences de la fusion pour les résidents

En outre, la fusion peut être à l'origine de changements de tarifs, sans modification de la prise en charge. Un tel changement ayant déjà été vécu lors du passage de la tarification binaire à la tarification ternaire, les usagers peuvent être en droit de se demander quel sera le montant final des tarifs à leur charge...

Ainsi, au Centre Hospitalier William Morey, la fusion entraînerait l'application de tarifs uniques par GIR, dont le montant à la charge des résidents (hébergement + dépendance) serait, sur 2002, le suivant (€) :

Tarifs 2002 (hors APA)	Unité de Soins de Longue Durée	Section de Cure Médicale	EHPAD unique
GIR 1/2	53,26	50,09	52,88
GIR 3/4	48,02	44,99	45,89
GIR 5/6	42,77	39,96	39,96

Soit, à prestations égales, une évolution mensuelle des tarifs à charge du résident (€) :

Evolution	ex Unité de Soins de Longue Durée	ex Section de Cure Médicale
GIR 1/2	-11,38	+82,72
GIR 3/4	-63,82	+27,08
GIR 5/6	-84,3	0

Cette évolution des tarifs peut difficilement être expliquée aux résidents et à leurs familles, qui faisaient partie de l'ex-section de cure médicale ; elle constitue le deuxième grand

changement de tarif, à prestations égales, depuis février 2002 (date du passage à la tarification ternaire).

Elle illustre néanmoins une répartition initiale non proportionnelle des moyens par rapport aux charges de travail entre les deux budgets annexes.

La fusion correspond alors à une meilleure sincérité entre les comptes de ces deux structures.

La fusion, disposition logique dans le cas de Chalon-sur-Saône, peut donc rencontrer des difficultés lorsque l'opération se traduit par une forte élévation du tarif hébergement du résident accueilli dans la structure rattachée présentant le tarif le plus bas (la section de cure médicale), alors que l'environnement hôtelier et les services proposés demeurent inchangés.

La question de la fusion, particulièrement complexe, reste peu approfondie par les textes et les différents acteurs de la réforme, malgré tous les enjeux qu'elle soulève.

Cette question doit s'articuler avec les autres étapes de la mise en œuvre de la réforme, mais elle n'occupe pas de « place » prédéfinie.

La fusion a lieu à des moments différents selon la situation de l'établissement et ses choix stratégiques.

Par exemple, le Centre Hospitalier William Morey a choisi de fusionner les deux budgets annexes juste avant la signature de la convention pluriannuelle tripartite.

Il aurait également été possible de fusionner les deux budgets après la signature de deux conventions tripartites distinctes, par avenant. Dans certains cas, la fusion peut en effet être intéressante, si elle est préparée en interne par une stratégie d'harmonisation hôtelière et de convergence tarifaire pendant quelques années d'adaptation.

Il a néanmoins été vu avec le Conseil Général que la fusion des deux budgets pourrait avoir lieu avec une mise en place de tarifs uniques pour l'ensemble des résidents « en douceur » sur plusieurs exercices. Les modalités de ce passage vers des tarifs unifiés seront étudiées lors de la préparation budgétaire 2003.

2.3. L'ORGANISATION ET LA GESTION DES NOUVEAUX TARIFS

2.3.1. La transposition ternaire des budgets

Dans le cas du Centre Hospitalier William Morey, cette transposition du budget binaire en budget ternaire a été préparée fin 2001 pour le budget 2002. En fait la préparation budgétaire a été double, avec à la fois un budget binaire et un budget ternaire pour 2002. Elle fait apparaître une situation de clapet anti-retour.

Long séjour. Budget primitif 2002 retenu

<i>Section tarifaire</i>	<i>BP 2002 binaire</i>	<i>BP ternaire</i>
Hébergement	2 271 314,08	1 682 951,28
Soins	1 804 824,88	1 816 364,42
Dépendance		598 262,78
Total	4 076 138,96	4 097 578,48

Maison de retraite. Budget primitif 2002 retenu

<i>Section tarifaire</i>	<i>BP 2002 binaire</i>	<i>BP ternaire</i>
Hébergement	1 003 336,43	805 173,88
Soins	627 706,86	643 158,34
Dépendance		199 001,02
Total	1 631 043,29	1 647 333,24

Deux situations sont possibles quant à l'évolution du budget soins :

- L'effet mécanique.

Il s'agit de l'effet sur la section tarifaire « soins » de la transposition ternaire des charges à moyens constants. Il est lié au constat de la forte dépendance des établissements, nécessitant une allocation dépassant les crédits de soins alloués dans le cadre des sections de cure médicale.

Lorsque les crédits en soins augmentent lors du passage à la tarification ternaire, l'effet mécanique garantit à l'établissement de recevoir automatiquement cette augmentation.

- Le clapet anti-retour.

C'est le maintien de prise en charge par l'Assurance Maladie, pour éviter un déport de charge sur le résident dans les établissements dont les charges nettes d'exploitation, calculées selon les nouvelles règles, se révèlent inférieures au produit des forfait soins perçus dans le cadre de l'exercice en cours.

La dotation « soins » ne peut donc être inférieure à ce qu'elle était dans le système binaire.

La circulaire n°2000-475³⁴ fait état de deux sources légitimant une hausse de masse budgétaire des établissements d'hébergement :

- Maintien de la dotation antérieure (clapet anti-retour) sans conditions.
Ou existence d'un effet mécanique.
- Dotation complémentaire «*nécessitée par l'intégration de soins de ville ou de remises à niveau de moyens indispensables* ».

Les autres soins de ville seront en effet additionnés aux dépenses de soins internes : ce montant sera comparé à la DOMINIC, le dépassement de cette dotation minimale ne pouvant être supérieur à 35% (l'exception demandée peut néanmoins être recevable)³⁵.

Lors d'une rencontre avec des représentants de la FHF, la Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées de l'époque, Mme Guinchard-Kunstler a réaffirmé que DOMINIC + 35% n'est pas un plafond de négociation, mais peut s'établir établissement par établissement, en fonction des missions assumées et des services rendus³⁶. Néanmoins, l'enveloppe des crédits réservés pour la réforme ne permettra pas d'attribuer à tous les établissements aujourd'hui sous dotés une DOMINIC + 35%...

La hauteur du pourcentage retenu sera ainsi fonction du résultat obtenu en passant sous une forme ternaire sans mesures nouvelles (stricte application des règles d'imputation). Ce pourcentage dépend également du modèle d'organisation de l'institution et de sa qualité de services, dans la limite des crédits régionaux.

La DOMINIC demeure une base de référence, on ne pourra évaluer la dotation en dessous de son seuil. Les dotations seront régulièrement affinées.

A budget constant, lors du passage du budget binaire au budget ternaire, un autre phénomène est constatable, un « transfert usager ». Ce transfert correspond à la différence entre les sections hébergement et dépendance du budget ternaire et les charges de prix de journée du budget binaire. Il est donc mécaniquement lié à l'évolution de la section tarifaire soins, et fonctionne en miroir avec le clapet anti-retour et l'effet mécanique.

³⁴ Depuis cette circulaire n°2000-475, la clause de clapet anti-retour n'est plus soumise à condition. L'article 60 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 exigeait un GMPS supérieur à 700, ou un ratio AS / AMP par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional pour maintenir la dotation de l'établissement.

³⁵ Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 : « *si cette consommation totale [de soins] est raisonnable ou excessive (35% au dessus de la DOMINIC)* ».

³⁶ Rencontre du 8 janvier 2002, citée dans le compte-rendu de la « Commission Personnes Agées » du 17 janvier 2002, site de la FHF : www.fhf.fr, dossier « personnes âgées ».

Il peut être :

- positif lorsque les résidents paient davantage après la transposition en ternaire (dans le cas du clapet anti-retour),
- ou négatif lorsque le passage au budget ternaire se fait au bénéfice des résidents (dans le cas de l'effet mécanique).

Le Centre Hospitalier William Morey est en situation de clapet anti-retour pour les deux budgets annexes, ce qui signifie mécaniquement l'augmentation des tarifs à la charge des résidents (qui pourra éventuellement être compensée par l'APA).

Les crédits accordés au titre du clapet anti-retour ne pouvant pas être utilisés de façon pérenne pendant la période transitoire, l'établissement souhaite signer une convention au plus vite, et négocier des moyens supplémentaires pour les soins.

Les clapets s'élèvent respectivement à 235 110,02 € (base 2002 - charges de soins 2002 à moyens constants) pour le long séjour et 83 141,05 € pour la maison de retraite.

2.3.2. La médicalisation des EHPAD : Dotation MINImale de Convergence et convergence tarifaire

La médicalisation des EHPAD est appréhendée à travers plusieurs outils : la Dotation MINImale de Convergence (DOMINIC), mais aussi les ratios de personnel et les valeurs des point GIR dépendance et soins.

Au long séjour, avec 104 780 points GIR produits, le point GIR dépendance a une valeur de 5,70 € (budget dépendance de 598 262,78 €) ; le point GIR soins atteint 17,33 €

A la Section de Cure Médicale, 32 890 points GIR sont produits, le point GIR dépendance a alors une valeur de 6,05 € (budget dépendance de 199 001,02 €) ; le point GIR soins de 19,55 € (budget soins de 643 158,34 €).

Ces premières données témoignent paradoxalement de la plus forte médicalisation de la section de cure médicale par rapport à l'unité de soins de longue durée, tant au niveau de la dépendance que des soins.

Pourtant, le rapport aides-soignants / agents des services hospitaliers est davantage orienté vers les soins au long séjour (69% d'aides soignants) qu'au sein de la section de cure (55% d'aides soignants).

Les deux ratios indiquent néanmoins tous deux une forte médicalisation.

2.3.2.1. La DOMINIC.

La DOMINIC doit permettre de destiner les crédits de l'assurance maladie en priorité à l'augmentation des moyens des établissements les moins bien dotés au regard de leur charge.

Il s'agit de déterminer le niveau de ressources minimales en soins exigible par l'établissement compte tenu de son GMP. La DOMINIC permet donc d'apporter un minimum de crédits d'assurance maladie aux établissements actuellement sous dotés.

Cette dotation doit servir à l'amélioration qualitative du fonctionnement des établissements.

Le calcul est différent selon l'établissement, et prend en compte le nombre de résidents, un forfait lié au choix de l'option tarifaire globale ou partielle et le GMPS (dont le calcul dépend du niveau de médicalisation de l'établissement).³⁷

Le GMPS est le GIR moyen pondéré « soins », obtenu par l'ajout (forfaitaire) de points GIR au GMP « dépendance ». Ainsi, on ajoute 800 points GIR pour une unité de soins de longue durée et 120 ou 300 points GIR dans les autres structures (selon l'intégration ou non des médicaments dans le budget).

Notons que le calcul de la DOMINIC a été modifié à plusieurs reprises et que des situations intermédiaires sont envisagées et introduites.

En effet, la coupe réalisée par l'outil PATHOS³⁸ montre que :

- en dessous d'un GMP de 700, c'est-à-dire pour des établissements faiblement médicalisés, la charge en soins techniques n'est pas corrélée au GMP,
- au delà d'un GMP de 700, c'est-à-dire pour des établissements médicalisés, il y a de fortes discordances autour de la moyenne.

Il serait dès lors injustifié de définir une formule de calcul du GMPS autour du seul GMP, alors que la signification de ce dernier est limitée.

M. Brunetière de la mission MARTHE a rappelé que les coefficients 300 et 800 ne sont pas liés au statut juridique de l'établissement, mais à son type d'activité. La difficulté vient dès lors de l'évaluation de ce type d'activité.

³⁷ Etablissement hors SSLD : Tarif global : DOMINIC = (GMPS*6.1€)*nombre de résidents
Tarif partiel : DOMINIC = (GMPS*5.5€)*nombre de résidents

Etablissement USLD : DOMINIC = (GMPS*6.1€)*nombre de résidents

³⁸ L'outil PATHOS est actuellement proposé par la CNAM et le Syndicat National de Gérontologie Clinique (dont le président, le Dr VETEL est également un des concepteurs de la grille AGGIR) pour déterminer le niveau des soins médicaux et techniques requis pour faire face à l'ensemble des maladies de la personne. C'est un système d'information destiné à évaluer la charge en soins

M. Brunetière évoque un « faisceau d'indices » comprenant : le GMP plus ou moins élevé, les pathologies lourdes documentées par les praticiens de l'établissement ou par les médecins conseils de la CRAM, l'évaluation PATHOS...

Se pose alors la question de la disponibilité des médecins conseils de l'assurance maladie pour accompagner et / ou valider une étude (notamment PATHOS) faite par les praticiens de l'établissement : la réforme de la tarification fait en effet passer leur champ de compétence des 140 000 lits de cure médicale aux 560 000 lits du secteur hébergement, sans évolution de leurs effectifs...

Pour le Centre Hospitalier William Morey, les deux DOMINIC sont les suivantes :

- Long séjour :

$(GMP + 800) * 6,1 * 120 = 1698,33 * 6,1 * 120 = 1\ 243\ 177,56$ euro

Avec un montant de 1 816 364,35 euros, la dotation globale de financement «soins » représente 146,10 % de la DOMINIC.

- Section de cure médicale :

$(GMP + 300) * 6,1 * 61 = 792,79 * 6,1 * 61 = 294\ 997,15$ euro

Avec un montant de 630 405,20 euros, la dotation globale de financement «soins » représente 213,7 % de la DOMINIC.

Les dotations de soins sont particulièrement élevées au regard des DOMINIC pour ces deux structures, le plafond semi-officiel de 135% de DOMINIC restant une référence.

Il est d'ailleurs étonnant que la dotation en soins soit plus forte, par rapport à la DOMINIC, pour la section de cure médicale que pour l'unité de soins de longue durée.

Peut-être que la proximité de ces deux structures a été à l'origine d'une certaine harmonisation des moyens de soins alloués, sans réelle considération de statut juridique.

Avec des dotations en soins élevées, les moyens par place et par jour sont logiquement importants au Centre Gérontologique du Chalonais.

Ils atteignent 34 146,49 € au long séjour et 27 005,46 € pour la section de cure médicale.

Ces moyens restent plus important pour le long séjour, ce qui tempère l'hypothèse d'harmonisation des pratiques d'allocation en soins entre les deux secteurs d'hébergement.

nécessaire au traitement des états poly-pathologiques des personnes âgées, qui compléterait l'approche « dépendance » d'AGGIR.

Selon la Banque de Données Hospitalière de France (BDHF) réalisée par la Fédération Hospitalière de France en 2001, le financement annuel moyen par lit s'élève à 21 774 € pour les maisons de retraite autonomes.

Les moyens disponibles au Centre Gérontologique du Chalonnais semblent à cet égard particulièrement élevés, même s'il faut souligner la forte médicalisation de cette structure face à la grande hétérogénéité de l'échantillon de la FHF.

La DOMINIC donne une information sur la dotation en soins minimale pour répondre aux charges liées à la dépendance des personnes hébergées. Certains directeurs considèrent dès lors que la DOMINIC est un « indicateur peu pertinent »³⁹, pouvant être à l'origine de fluctuations importantes de dotation.

Le risque est surtout de considérer que la DOMINIC représente un niveau de dotation large et suffisant, et que le plafond de négociation (135% de DOMINIC) n'est atteint que par des établissements surdotés, pour lesquels il convient de négocier une diminution de la dotation soins.

La dotation soins du Centre Gérontologique du Chalonnais dépasse très largement DOMINIC + 35%. Pour autant, le personnel ne trouve pas que les conditions de travail soient particulièrement satisfaisantes. Le travail est « usant », difficile et réclame beaucoup d'attention et de professionnalisme.

La DOMINIC doit être un instrument permettant de médicaliser les établissements actuellement sous dotés ; elle ne doit pas pénaliser les établissements les moins pauvres.

Ces éléments nous permettent de penser qu'il n'y aura pas d'augmentation de la dotation soins du Centre Gérontologique du Chalonnais. L'ajustement de la dotation se fera à la marge. A cet égard, les négociations avec les partenaires financeurs seront sans doute délicates, d'autant que les tarifs en vigueur augmentent.

DOMINIC et fusion

En cas de fusion de ces deux budgets, se pose la question de la DOMINIC de l'EHPAD unique. La logique de la fusion n'est en effet pas explicitée en termes de modalités de calcul de la DOMINIC.

Cela peut conduire à :

- un calcul de type prorata numeris du nombre de places respectives de USLD et de non USLD ;

- ou bien à un niveau intermédiaire de GMPS, éventuellement issu de négociations avec les partenaires financeurs (dans le cas d'un GMP élevé de la maison de retraite par rapport à la moyenne produisant des GMPS à 300) ;
- ou encore à un alignement à la baisse sur 300.

Dans le cas de Chalon-sur-Saône, le calcul intégrant l'alignement à la baisse sur 300 semble à éviter, étant donné l'importance du secteur sanitaire par rapport au secteur médico-social (deux tiers des lits sont sanitaires) et le GMP de l'ensemble de la structure (761.65), reflétant sa forte médicalisation.

Il est d'autre part difficile de demander un niveau intermédiaire du fait de l'importance des lits de l'unité de soins de longue durée par rapport à ceux de la section de cure médicale...

Le calcul de type prorata numeris semble à privilégier, par défaut.

Il est intéressant de conforter cette opinion par la simulation des effets de chacun de ces modes de calcul sur le montant de la DOMINIC de l'établissement.

Ainsi, pour l'ensemble des lits d'hébergement, le GMP a une valeur de 761,65.

Dans un calcul de type prorata numeris, le forfait correspond à :

$$[(800 \times 120) + (300 \times 61)] / 181 = 631,49.$$

On obtient alors les résultats suivants :

Type de calcul	<i>Prorata numeris</i>	<i>GMPS intermédiaire</i>	<i>GMPS = GMP + 300</i>
<i>GMPS</i>	GMP+631,49 = 1393,14	GMP+550 = 1311,65	GMP+300 = 1061,65
<i>DOMINIC</i> <i>(=GMPS*6.1*181)</i>	1 538 165,87	1 448 192,76	1 172 167,76
<i>Dotation globale de soins</i>	2 446 769,55 soit 159 % de la DOMINIC	2 446 769,55 soit 168,9 % de la DOMINIC	2 446 769,55 soit 208,7 % de la DOMINIC

Les valeurs de DOMINIC ainsi obtenues sont relativement disparates : le calcul prorata numeris est supérieur de plus de 30% au calcul intégrant l'alignement à la baisse sur 300, mais seulement de 6,2% au calcul utilisant un GMPS intermédiaire. Cela souligne l'importance du choix du mode de calcul, mais aussi des négociations avec les partenaires.

Par contre, la dotation globale de soins maintient son ampleur, approchant une valeur de 160% de DOMINIC dans le cas le plus favorable.

³⁹ FOGEL C., 2002, « Maisons de retraite : un outil pour l'évaluation des besoins en personnel », *Revue Hospitalière de France* n°484.

Dans cette perspective, la fusion semble une opération délicate pour toute négociation importante avec les partenaires financeurs (risque d'une diminution importante de la dotation en soins, de résorption rapide et définitive du clapet anti-retour...).

Etant donné le niveau de la dépendance au sein de l'établissement, un calcul du GMP à partir de l'outil PATHOS pourrait permettre de modérer l'impact de la fusion par rapport aux situations séparées des deux structures.

2.3.2.2. La convergence tarifaire.

Ce mécanisme complète la DOMINIC dans sa dimension d'équité. Il représente et symbolise la fin des inégalités financières et budgétaires entre les EHPAD.

Il s'agit en effet de rapprocher les moyens alloués aux établissements pour les prestations similaires ou quasi similaires qu'ils offrent aux populations dont ils ont la charge, dans une optique de rapprochement des situations comparables au regard de leur action gériatrique.

La comparaison des établissements au niveau départemental est réalisée grâce à l'élaboration et la transcription départementale de la valeur nette moyenne du point GIR (la charges nettes afférents à la section tarifaire dépendance ou soins est divisée par la production totale de points GIR dépendance ou soins).

Lorsqu'il apparaît des différences entre les valeurs et entre les établissements, une justification est demandée.

Si ses justifications ne sont pas acceptées par le président du Conseil Général ou le Préfet, l'établissement doit proposer des mesures permettant d'atteindre le moyenne départementale « sans préjudice pour la qualité de son fonctionnement ».

Une commission tripartite doit «*prévoir les modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point résultant des propositions de l'établissement et la valeur nette moyenne départementale du point correspondant* » (décret n°99-316, art. 18).

De même, le préfet de région procédera au calcul d'une valeur nette moyenne régionale du point relatif aux soins GIR, en divisant les charges relatives aux aides-soignants imputés à la section soins par la production totale de points GIR.

Ce dispositif permet de comparer les moyens alloués aux différents établissements d'un même département, mais il présente un risque de moyennisation pour le secteur d'hébergement.

Les autorités de tarification pourront en effet, si besoin, se baser sur le raisonnement suivant : si la valeur du point d'un établissements est supérieure à la moyenne, cela signifie qu'il est trop doté et que ses ressources doivent diminuer pour se rapprocher de celles des autres EHPAD. Le cercle vicieux se met alors en marche : cette diminution des moyens des établissements les mieux dotés va faire baisser la valeur moyenne du point départemental, et d'autres établissements auront des dotations tronquées, ce qui fera encore diminuer la valeur départementale du point, etc.

Il est pourtant difficile d'affirmer l'existence d'établissements d'hébergement sur dotés. La logique pourrait être renversée et souligner l'insuffisance des moyens alloués au secteur de l'hébergement. Dans cette perspective, il s'agirait de rapprocher les moyennes départementales des plus hautes valeurs de points constatées, augmentant les ressources des établissements, plutôt que les diminuant.

La mise en œuvre de la réforme peut être bénéfique si elle s'accompagne de moyens supplémentaires permettant une diminution des disparités entre établissements.

Dans le cas contraire, elle accentuera les difficultés et figera les inégalités.⁴⁰

2.3.3. Evolution des tarifs à charge des résidents.

Le seul passage du budget binaire au budget ternaire est à l'origine de l'évolution suivante des tarifs journaliers :

Long séjour

Evolution des tarifs	avant	après	Soit en %
prix de journée	52,82	53,05	0.45%
tarif soins	41,97	42,24	0.64%

Section de cure médicale

Evolution des tarifs	avant	après	Soit en %
prix de journée	45,07	45,11	0.09%
tarif soins	28,20	28,89	2.45%

⁴⁰ Le Livre Blanc (juillet 2002) du Syndicat Nationale des Etablissements et Résidences Privées pour Personnes Agées (SYNERPA) estime que le plan quinquennal (2000-2005) de médicalisation de 915 millions d'euros, décidé par le précédent gouvernement, ne suffira pas pour assurer la qualité et la sécurité dans les établissements. Le syndicat estime que les effectifs minimum correspondent à DOMINIC + 35%, alors que le plan de médicalisation actuel permet d'assurer aux établissements une moyenne de DOMINIC + 20%. Le SYNERPA dénonce également une accumulation de refus à des demandes de création d'établissements médicalisés : les avis négatifs des CROSS sont motivés par l'absence de financements d'assurance maladie disponibles.

Les tarifs soins augmentent de 0,64 à 2,45%, ce qui correspond à un taux d'évolution modeste du budget de chacune des deux structures.

Les tarifs hébergement augmentent (beaucoup plus faiblement), alors que les résidents doivent désormais payer un nouveau tarif relatif à la dépendance.

En considérant également ce tarif dépendance, les tarifs à la charge des résidents (hébergement + dépendance) atteignent finalement les montants journaliers suivants :

	Long séjour	Section de cure médicale
Tarif binaire	44.36 €	39.74 €
Tarif ternaire		
GIR 1 / 2	53.26 €	50.09 €
GIR 3 / 4	48.02 €	44.99 €
GIR 5 / 6	42.77 €	39.96 €

Sans prendre l'APA en compte (directement distribuée aux résidents), on constate l'évolution journalière suivante des tarifs à charge du résident (hébergement + dépendance) :

	Long séjour	Section de cure médicale
GIR 1/2	+ 8,90 €	+ 10,35 €
GIR 3/4	+ 3,66 €	+ 5,25 €
GIR 5/6	-1,59 €	+ 0,22 €

Cette situation apparaît a priori défavorable pour l'ensemble des résidents de l'établissement (aucune personne de GIR 5 ou 6 n'est hébergée au long séjour).

Reste à intégrer l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie et à mesurer son impact par rapport à la Prestation Spécifique Dépendance.

Dans l'attente de réponses du Conseil Général, supposons le cas le plus favorable, dans lequel l'APA soit égal au tarif dépendance du patient moins le tarif dépendance des GIR 5 / 6 (ticket modérateur). Cette hypothèse se fonde sur le constat que peu de résidents ont des revenus mensuels supérieurs à 1 982 € (13 000 F).

Dans ce cas, le tarif à charge du résident est uniforme pour l'ensemble des GIR, à hauteur de 42,77 € en long séjour et 39,96 € en section de cure.

L'introduction des tarifs « ternaires » entraîne alors une évolution de -1.59 € au long séjour, et +0.22 € en section de cure médicale par rapport aux tarifs « binaires », mais sans intégrer la PSD aux tarifs binaires. Cette comparaison, peu pertinente, montre néanmoins que les tarifs augmentent pour tous les résidents de la section de cure médicale (de manière marginale).

La réforme serait à l'origine de transferts entre les différents financeurs.

Pour le Centre Hospitalier William Morey, les transferts proviendraient des organismes d'assurance maladie en direction des départements et des résidents (situation de clapet anti-retour avec transfert positif vers les usagers).

Il apparaît d'autre part que le tarif à charge du résident soit, après prise en compte de l'APA uniforme pour tous les GIR, ce qui révèle l'effet personnalisé de la modulation liée à la dépendance.

Mais cette évolution est propre à la période « transitoire », les tarifs après signature de la convention, après intégration des charges nouvelles, voire après fusion des deux budgets... sont encore à déterminer, à négocier.

2.3.4. Intérêt et limite de la réforme au Centre Hospitalier William Morey

Pour les établissements, la réforme doit être à l'origine d'une éventuelle médicalisation, d'une mutualisation des coûts, d'une plus grande prévention de la dépendance, et d'une harmonisation des pratiques.

Le Centre Gérontologique du Chalonnais est une structure médicalisée, dont la dotation en soins est très nettement supérieure à la DOMINIC, et qui ne bénéficiera donc sans doute pas de moyens supplémentaires en soins au titre du conventionnement.

La mutualisation des coûts introduite par la réforme se fera dès lors plutôt à son détriment, l'établissement étant considéré comme bien doté. De ce fait, la prévention de la dépendance n'aura pas une importance beaucoup plus forte que ce qu'elle est déjà actuellement.

La réforme permet certes une harmonisation, mais surtout à travers la fusion des deux budgets annexes d'hébergement. Les pratiques restent en effet diversifiées entre les établissements d'hébergement, dépendant en grande partie de leur histoire et de leur culture organisationnelle. Les pratiques des représentants de l'Etat et des départements sont également très différentes quant à la mise en œuvre de la réforme, et restent évolutives.

Au Centre Gérontologique du Chalonnais, la réforme a surtout permis de réaliser un état des lieux : en termes de personnel (sincérité des comptes et recommandations), de la qualité (autoévaluation...), en termes juridiques, financiers (budget ternaire, opération sincérité des comptes...), organisationnels et stratégiques (quelles orientations retenir pour la fusion, pour la convention...), etc.

L'appellation de « tarification » semble en effet trompeuse : la démarche ne vise pas seulement à toiletter le cadre juridique, organisationnel et financier. C'est un nouveau champ économique et social qui est en voie de structuration, avec notamment de nouveaux modes de régulation des dépenses de santé (notamment via la contractualisation).

On constate déjà une rationalisation de la gestion de l'établissement, une nouvelle vision de ce secteur (pouvant se traduire par de nouvelles combinaisons des ressources, stratégies de coopération, préoccupation de l'évaluation des résultats des actions...).

Mais les règles du jeu restent floues.

Face aux ambitions d'une telle réforme, le manque de moyens est évident. Une certaine insatisfaction quant aux outils utilisés et aux concepts sous jacents émerge. Certains principes de la réforme sont contestés et laissent la porte ouverte à de nouvelles voies.

Ces voies permettraient par exemple de compléter l'approche strictement « dépendance » liée à l'application de la grille AGGIR.

L'outil PATHOS est ainsi proposé par la CNAM et le Syndicat National de Gériatrie Clinique pour déterminer le niveau des soins médicaux et techniques requis pour faire face à l'ensemble des maladies de la personne. C'est un système d'information destiné à évaluer la charge en soins nécessaire au traitement des états poly-pathologiques des personnes âgées.

De même que pour la perte d'autonomie consécutive des handicaps, il apparaît en effet nécessaire d'évaluer le niveau des soins médicaux et techniques pour la prise en charge des nombreuses maladies qui frappent simultanément les personnes âgées. Toutes pratiquement sont à la fois malades et handicapées, mais le niveau de la prise en charge de leur maladie est variable d'une personne à l'autre.

Le système forfaitaire apparaît ainsi particulièrement inadapté : d'une part, l'état d'un malade peut générer des dépenses extrêmement différentes selon les personnes ; d'autre part, la définition des patients relevant du long séjour ou de la section de cure est très imprécise et ne permet pas le bon pilotage des patients dans un service adapté. Notons que dans la situation de pénurie de lits, c'est essentiellement l'existence d'un lit disponible ou non qui décide du lieu d'accueil du patient et donc des moyens mis à sa disposition et de la tarification de sa prise en charge.

Utilisé en conjonction avec la grille AGGIR, PATHOS permettrait d'évaluer pour un individu donné à un moment donné le niveau de prise en charge de ses soins de base et le niveau souhaitable de prise en charge de ses soins médicaux et techniques.

L'outil PATHOS permet en outre des comparaisons entre établissements d'hébergement, à travers notamment une évaluation de l'hospitalo-requérance des résidents, et dès lors de la nécessité de maintenir une structure dans le domaine sanitaire ou médico-social.

Pour sa part, le modèle SOCIOS⁴¹ établit une typologie des différentes situations observées prenant en compte le devenir des patients et les capacités de leur groupe familial d'en assumer les conséquences. Cet outil SOCIOS peut ainsi évaluer l'intensité du travail social et pointer les filières gériatriques défaillantes.

Il reste à intégrer ces nouveaux outils, ces nouvelles voies au chantier déjà complexe de la réforme de la tarification. Il faudrait surtout se donner les moyens d'utiliser au mieux tous les outils qui sont déjà couramment employés.

En septembre 2002, le Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône est en train de finaliser son dossier de conventionnement.

Un dossier CROSS de fusion des deux budgets annexes est également en cours de finition, pour une fusion au 1^{er} janvier 2003.

La préparation du budget 2003 se fera, après accord avec les services de la DDASS et du Conseil Général, sur la base d'un budget primitif unique. Ce budget primitif affichera la « subvention » du budget général au budget d'hébergement, mise en évidence par l'opération sincérité des comptes.

Suite à l'envoi pour validation du classement des résidents au sein des Groupes Iso Ressources, une rencontre avec les représentants de la DDASS et du Conseil Général est planifiée fin septembre.

Elle permettra de préciser les différents éléments négociables, notamment d'approfondir le projet de restructuration du Centre Gérontologique du Chalonnais.

Il semble dès lors intéressant d'établir les premières recommandations pour une préparation optimale de la réforme de la tarification, à l'aune de cette expérience en cours et malgré les nombreuses contraintes et incertitudes soulignées.

⁴¹ Dans sa « Contribution au débat sur l'avenir du système sanitaire, social et médico-social » (2002), la FHF propose le déploiement des grilles PATHOS et SOCIOS.

3. LES CONDITIONS D'UN PASSAGE REUSSI, MALGRE CES CONTRAINTES

3.1. L'ETAT DES LIEUX AVANT LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME

3.1.1. L'existence des documents et structures demandés pour la convention

La convention tripartite doit être fournie avec des documents institutionnels, notamment le règlement intérieur, le contrat de séjour type, le livret d'accueil, le projet institutionnel, les différentes conventions et réseaux auxquels participe l'établissement.

A Chalon-sur-Saône, ces documents sont actuellement en cours d'élaboration. Avant l'entrée dans la réforme, des réflexions avaient été menées, mais non formalisées, ni même validées.

Il s'agit donc de mobiliser les acteurs du Centre Gérontologique du Chalonnais sur ces différents projets, ce qui s'ajoute à leur participation au projet de restructuration, à l'auto-évaluation de la qualité, etc.

Une difficulté supplémentaire vient d'une certaine incertitude quant au devenir du site.

Tout d'abord l'hypothèse de la fusion des deux budgets annexes soulève la question de l'uniformisation de ces deux structures différentes et jusque-là différenciées.

Le caractère unique ou différencié du site doit en effet figurer dans les documents, en premier lieu à travers la question de la réalisation d'un document spécifique pour chaque structure juridique ou pour l'ensemble du site.

Enfin, le projet de restructuration n'est pas validé par les partenaires institutionnels : quel plan d'action ? quel financement, avec quelles subventions ? quelle inscription dans les documents ?

La convention pluriannuelle tripartite doit également faire part de la nomination d'un médecin coordonnateur et du fonctionnement effectif du conseil d'établissement.

3.1.1.1. La question du médecin coordonnateur dans un établissements rattaché à un EPS.

C'est dans la circulaire du 22 janvier 1999 que la présence du médecin coordonnateur en maison de retraite devient une obligation et que son rôle et ses fonctions sont définis avec précision. L'officialisation de cette fonction découle directement de la réforme de la tarification des EHPAD, avec l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges concernant les fonctions de ce médecin coordonnateur.

D'une façon très générale, ses domaines d'intervention s'apparentent à ceux d'un Chef de Service en milieu hospitalier. Les missions du médecin coordonnateur sont les suivantes :

- il élabore et met en œuvre le projet de soins, le dossier médical ;
- il établit avec le pharmacien une liste de médicaments pour la pharmacie à usage intérieur,
- il organise la permanence des soins, donne son avis sur l'adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution ;
- il assure la coordination avec les prestataires de soins externes à l'établissement ;
- il élabore le rapport d'activité médicale annuelle.

A Chalon-sur-Saône, les services du long séjour, de la section de cure médicale et du moyen séjour fonctionnent en département. Trois praticiens hospitaliers se partagent trois secteurs, parmi lesquels le chef de département.

Le chef de département est chargé des missions suivantes :

- il organise le service (missions, orientations d'activité, objectifs cliniques) ;
- il gère le fonctionnement du service (gestion des moyens et du personnel, etc.) ;
- il rédige le projet de service et le rapport d'activité et d'évaluation ;
- il est responsable de la qualité des soins, de l'hygiène, de l'accueil, du suivi de l'activité et des dépenses, de la participation des équipes au fonctionnement du service, de la formation continue...

Faut-il alors que le chef de département soit nommé « médecin coordonnateur » ?

Cela serait logique, mais pose la question de la redondance des deux fonctions en cas d'absence d'intervenants extérieurs (le projet de service se confondant avec le projet de soins, missions de permanence des soins, de bon fonctionnement du service, orientation d'activité, etc.).

En effet, dans le cas du Centre Gérontologique du Chalonnais, les trois praticiens hospitaliers exerçant sur le site suffisent à la prise en charge de l'ensemble des résidents. Jusqu'ici, il n'a jamais été fait appel à un médecin généraliste libéral. Quant aux consultations de spécialités, moins courantes, elles se font quasi exclusivement au sein du Centre Hospitalier William Morey, avec des dossiers médicaux communs. Quelques spécialistes assurent même des vacations au Centre Gérontologique du Chalonnais (cardiologie en relation avec le Centre Hospitalier W. Morey, psychiatrie en relation avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey).

L'exercice de cette double casquette de coordination des soins et de soins peut en effet avoir un intérêt limité, sauf à prévoir l'intervention au sein de la structure de praticiens libéraux.

Cette hypothèse n'est pas à exclure dans le contexte actuel d'affirmation du respect du libre choix du médecin en EHPAD, mais entraînerait une réorganisation médicale complète de l'établissement.

La création de la fonction de médecin coordonnateur constitue un des pivots de la réforme de la tarification des EHPAD. La reconnaissance de ce rôle fondamental passe par un ambitieux programme de formation, une proposition de temps de coordination exigeante, et un statut attractif.

Toutefois, il apparaît pour l'instant difficile d'appréhender sur le terrain hospitalier la figure du médecin coordonnateur, davantage adaptée au contexte de maisons de retraite ou petites structures où de multiples intervenants extérieurs sont parties prenantes.

3.1.1.2. Conseil d'établissement ou conseil de la vie sociale ?

Ce conseil d'établissement⁴², censé fonctionner dans toutes les institutions sociales et médico-sociales, doit être remplacé prochainement par un conseil de la vie sociale, instauré par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Dans l'attente du décret d'application, le fonctionnement actuel en conseil d'établissement est maintenu.

⁴² Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnées à l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

Si ce conseil n'existe pas (il est alors nécessaire de détenir un procès verbal de carence), il est fortement conseillé d'organiser des rencontres des personnels avec les résidents, les familles et les représentants des usagers, avec une formalisation libre.

Les conseils de la vie sociale, tout comme les conseils d'établissements, doivent être mis en place dans les seuls établissements sociaux et médico-sociaux.

A Chalon-sur-Saône, l'Unité de Soins de Longue Durée n'est pas concernée.

Dans la perspective de la fusion, il est néanmoins prévu d'étendre un tel conseil de la vie sociale à l'ensemble de la structure d'hébergement, la question de la forme de ce conseil restant en attente de décret.

Après un procès verbal de carence validant la non constitution du conseil d'établissement de la section de cure médicale, les cadres du Centre Gérontologique du Chalonnais ont ainsi décidé d'organiser des réunions régulières avec les familles.

Une réunion annuelle, institutionnelle, des familles des résidents avec la direction existe déjà. Globale, elle ne traite pas des particuliers et ne suffit pas à satisfaire les familles.

Les cadres ont mis en place depuis 2002 des réunions semestrielles des équipes avec les familles, pour échanger de façon plus libre sur les attentes et les interrogations de chacun. Une réunion concerne les familles des résidents de l'USLD, une seconde les résidents de la section de cure médicale.

Malgré une certaine convergence dans la réglementation relative aux établissements, la différence entre les secteurs sanitaire et social reste importante dans le domaine des droits des malades.

En effet, si le conseil d'établissement (conseil de la vie sociale) n'existe pas à l'hôpital, les usagers du secteur social ne peuvent pas bénéficier des commissions de conciliation sanitaires (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades – également en attente de décret d'application).

En fusionnant deux structures ne relevant pas des mêmes textes, l'établissement cumule les obligations réglementaires, ce qui est intéressant dans le domaine du droit des malades, mais aussi difficile à gérer sur l'ensemble des secteurs.

Pourquoi ne pas envisager d'uniformisation ?

3.1.1.3. Etat des lieux et conventionnement.

Ainsi, tous les établissements ne partent avec les mêmes bases.

Pourtant, ces éléments influent considérablement sur la préparation de la convention, sur l'investissement nécessaire à sa mise en place, mais aussi sur la compréhension de la réforme par le personnel et les familles.

La préparation tardive, rapide et simultanée de documents tels que le projet institutionnel, le règlement intérieur ou le contrat de séjour, favorise un certain amalgame entre ces documents, mais surtout empêche le « mûrissement » de ces textes et des objectifs réellement souhaités et poursuivis.

La démarche entière est à acquérir et s'ajoute aux nouveautés de la réforme de la tarification, de la mise en place de l'APA. Les personnels peuvent se sentir submergés par l'ampleur des efforts à fournir.

On remarque par ailleurs que les établissements de Saône-et-Loire, ayant signé une convention avant avril 2002, avaient déjà pour la plupart une culture correspondant à l'« esprit de la réforme », avec des documents institutionnels rédigés et validés, un conseil d'établissement fonctionnant depuis des années, etc.

La réforme a été parfois pour eux l'occasion de réactualiser les documents ou les modes de fonctionnement, mais rarement d'aborder simultanément tous ces nouveaux chantiers.

Pourtant, une enquête⁴³ réalisée en 2001 a montré que le contrat de séjour et le règlement intérieur étaient mal connus au sein des établissements d'hébergement, et qu'ils étaient peu différenciés. Surtout, ces documents obligatoires ne sont pas généralisés.

Les établissements qui n'ont pas encore mis en place les documents nécessaires à leur conventionnement (règlement intérieur, contrat de séjour, projet de soins, projet de vie...) semblent relativement nombreux.

Pour ces établissements, comme pour le Centre Hospitalier William Morey, il est préconisé de rédiger le règlement intérieur et le contrat de séjour dans le court terme. Cette démarche peut s'accompagner de la mise en place du conseil d'établissement – conseil de la vie sociale et de la préparation de la convention pluriannuelle tripartite.

C'est seulement dans un second temps, qu'il faudra se pencher sur l'élaboration du projet d'établissement et du projet de vie.

⁴³ Georges NAVARRO, 2001, « le contrat de séjour et le règlement intérieur : instruments de promotion des droits et libertés du résident ? », mémoire DSS, ENSP.

3.1.2. L'existence d'outils de gestion

La bonne préparation du conventionnement dépend fortement de la gestion des établissements et des pratiques internes.

La présence de personnels spécifiques en nombre important pour gérer le personnel, les budgets... n'est en effet pas sans incidence sur le passage de l'établissement en EHPAD.

3.1.2.1. Comptabilité analytique et système d'information

Les outils de comptabilité analytique sont déterminants pour les établissements rattachés à un EPS et souhaitant évaluer les transferts de charges effectifs entre budget général et budgets annexes.

L'opération « sincérité des comptes » et ses recommandations de mise en œuvre se basent en effet presque exclusivement sur la comptabilité analytique et le retraitement comptable PMSI du compte administratif.

La comptabilité analytique a également une place importante dans l'évaluation des différentes charges, notamment celles de personnel. Pour cela, l'établissement a intérêt à revoir l'organisation des unités budgétaires et fonctionnelles d'imputation des dépenses.

Il s'agit par exemple d'imputer directement dans chacune des trois sections tarifaires les dépenses devant y être affectées.

Quelques imprécisions demeurent dans les textes, notamment en ce qui concerne les dotations aux amortissements : seul le matériel médical amortissable fait l'objet d'une description par liste limitative. Il peut être intéressant de prévoir une nomenclature des matériels amortissables, classés par section d'imputation.

Le système d'information doit également prendre en compte la gestion des résidents, par l'association des classements GIR à la détermination des tarifs applicables et aux fiches administratives de gestion de patients.

Une bonne maîtrise de ces outils, la mise en place de liens entre ces éléments médicaux, administratifs et financiers, une utilisation précise et adaptée sont autant d'avantages pour l'établissement souhaitant entrer dans la réforme.

Il peut alors non seulement calculer avec précision les transferts de charge, les tarifs applicables... mais aussi se prévaloir de la justesse de ses calculs devant ses partenaires.

3.1.2.2. Outils de gestion des ressources humaines.

Les outils de gestion des Ressources Humaines ont un rôle très important dans la préparation de la réforme, en complémentarité avec les autres méthodes de gestion.

Les charges de personnel représentent 65% et 67% des budgets des deux structures d'hébergement du Centre Hospitalier William Morey et de la plupart des budgets d'EHPAD.

Le calcul des charges de personnel et leur répartition constitue l'un des éléments de détermination des nouveaux tarifs. Pourtant, l'individualisation précise, par grades, des charges de personnel n'est pas toujours réalisée.

Dans la plupart des établissements, la séparation en services, justifiée par des critères géographiques ou juridiques (structures d'hébergement relevant de différents statuts), s'ajoute à la distinction entre unités fonctionnelles de soins (personnel médical et soignant) et d'hébergement (agent des services hospitaliers, personnel technique et administratif). Dans le cadre d'une comptabilité analytique, les charges de personnel sont généralement affectées à ces niveaux, sans autre spécification.

Il s'agit tout d'abord de maîtriser la nouvelle répartition des charges de personnel entre les trois sections tarifaires.

Il est également nécessaire de déterminer les coûts exacts relatifs aux différents grades, sans se satisfaire des coûts moyens par grades et sans l'interférence des dépenses de non titulaires.

La circulaire n°2001-241 du 29 mai 2001 rappelle d'ailleurs que la présentation des effectifs, « *adaptée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes* », emploie deux tableaux distincts : le tableau de la répartition des charges relatives au personnel salarié dans un EHPAD, et celui de la répartition des charges relatives au personnel extérieur à l'établissement.

Il faut donc calculer les coûts réels des dépenses de titulaires en sortant les dépenses de remplacement (en fonction du prorata de mensualités de remplaçants payés pour chaque grade) : le compte « dépenses de remplacement » du budget primitif est réparti au prorata des charges totales de personnel.

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

Cette présentation au réel des charges de personnel s'accompagne par ailleurs du tableau des effectifs, ce qui peut faire apparaître des décalages entre effectif employé et effectif autorisé.

Cela peut être l'occasion de demander aux autorités de tarification d'officialiser les moyens réels en personnel, comme cela a été fait au Centre Hospitalier William Morey.

Cette présentation permet en contrepartie la vérification de la qualification du personnel employé et la sanction éventuelle de sous-qualification de personnels.

Avec une médicalisation insuffisante des établissements et des résidents très dépendants, les glissements de tâches sont en effet fréquents.

3.1.2.3. L'enjeu de la maîtrise et du choix du classement GIR.

Dans le nouveau mode de financement, les ressources des EHPAD sont liées à l'état de dépendance des personnes hébergées. Non que les recettes de l'établissement augmentent proportionnellement avec la valeur du GMP ; seule la répartition des charges entre les résidents des différents GIR est censée être modifiée.

Cet enjeu est lié au dispositif de convergence tarifaire, qui repose sur deux indicateurs : le poids des charges de dépendance par rapport à la production totale de points GIR de l'établissement, et les dépenses d'aides soignants imputées en section de soins par rapport à cette même production de points GIR. Le calcul de la DOMINIC dépend également directement de la valeur du GMP de l'établissement et du nombre de résidents, c'est-à-dire de la plus ou moins forte dépendance des résidents.

Les établissements ont dès lors tout intérêt à présenter un nombre de points GIR important, un GMP élevé. Mais comme le classement GIR doit être validé par l'équipe médico-sociale du département et de l'assurance maladie, il est difficile de surévaluer le niveau de dépendance des résidents. Il s'agit donc de maîtriser la méthodologie de classement.

La maîtrise du classement GIR suppose certaines conditions, telles que la présence d'un médecin (coordonnateur), la formation des personnels et l'utilisation d'outils informatiques adaptés et reconnus (logiciels GALAAD ou ARGOSS⁴⁴)...

Il semble néanmoins que l'expérience de l'équipe soit le point le plus déterminant pour assurer la qualité de l'évaluation de la dépendance par la maîtrise de la méthodologie AGGIR⁴⁵.

44 A Chalon-sur-Saône, ces données sont traitées par le logiciel ARGOSS, compatible avec le logiciel GALAAD recommandé par les partenaires financiers.

La périodicité de la révision du classement des résidents dans les GIR doit être « *au moins annuelle* » (décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant le décret n°99-316), et précisée dans la convention tripartite.

Le législateur fait l'hypothèse que la dépendance moyenne des résidents reste stable au cours d'une même année (turnover limité). Il est néanmoins de l'intérêt des EHPAD de réaliser des classements fréquents et réguliers pour obtenir une maîtrise réelle de ces évaluations.

Hors l'aggravation de l'état de dépendance des résidents sur le long terme, l'expérience de l'équipe réalisant le classement GIR est la seule variable pouvant influencer sur la valeur du GMP et sur laquelle les établissements peuvent agir.

Au Centre Hospitalier William Morey, l'actualisation des GIR a lieu au minimum une fois par trimestre, ce qui permet à la fois une réelle maîtrise des évaluations et une vision juste de l'état de dépendance des personnes accueillies.

3.1.2.4. Un mode de gestion proche de la logique sanitaire

Les EHPAD sont désormais fortement sollicités pour utiliser des outils de gestion jusque-là propres au secteur sanitaire.

La réforme de la tarification des EHPAD présente en effet une forte similitude avec la réforme engagée dans le secteur sanitaire par l'ordonnance du 24 avril 1996. Elle se base sur les mêmes fondements de maîtrise des dépenses et d'amélioration continue de la qualité.

Toutes deux ont pour objet d'identifier les coûts réels des structures. Pour les EHPAD, le financement doit se fonder sur l'état de dépendance de la personne âgée et non plus sur le statut de l'établissement d'accueil. L'évaluation de l'état de la personne par la grille AGGIR rappelle le Programme de Médicalisation du Système d'Information et la comptabilité analytique hospitalière, les GIR se faisant l'écho des Groupements Homogènes de Malades comme échelle d'évaluation à laquelle se rapportent des coûts.

Les EHPAD doivent dès lors fournir des comptes de résultats par section tarifaire, par type de prestations, les tarifs étant modulés selon le niveau de dépendance.

⁴⁵ DUCROZ S., mémoire EDH 1998-2000, « le choix du classement GIR », pp 54-58. Il montre l'évolution du GMP évalué par le personnel du CH de Saint Cloud dans l'USLD et la maison de retraite de 1995 à 1999. Il faut attendre plus de six classements pour aboutir à des GMP « stables et crédibles », c'est-à-dire non sur- ou sous- évalués.

Des indicateurs sont mis en place comme critères de comparaison entre établissements ; permettant les négociations avec les tutelles, à travers des contrats d'objectifs et de moyens appelés conventions pluriannuelles tripartites.

Ces conventions se basent sur le projet d'établissement, projet de soins et de vie, et sur la grille qualité ANGELIQUE, inspirée très largement du référentiel ANAES, qui sert de socle à l'accréditation des établissements sanitaires...

Le rapprochement des établissements d'hébergement au mode de gestion sanitaire est souhaité par la réforme. Il devrait logiquement favoriser les établissements rattachés à un Centre Hospitalier, qui disposent d'une grande avance dans ce domaine.

Ce ne sont en effet pas ces éléments de gestion qui sont source de difficultés pour l'entrée dans la réforme du Centre Hospitalier William Morey.

3.2. LA COORDINATION EN INTERNE : L'AMPLEUR DE LA REFORME

3.2.1. La planification des différents volets de la réforme

L'établissement doit présenter un dossier de conventionnement avant les négociations avec les représentants du Conseil Général et de l'Etat (souvent finalisé pendant ces discussions). Ce dossier comporte les éléments principaux demandés pour la convention pluriannuelle tripartite.

A la convention sont annexées différentes pièces :

- institutionnelles : le règlement intérieur, le contrat de séjour type, le livret d'accueil, les conventions pour les réseaux.
- financières : le budget sous forme ternaire et les propositions tarifaires de prestations pour les résidents, accompagnés du rapport du directeur relatif à ces propositions ; les tableaux des amortissements et des frais financiers imputés au budget EHPAD ; les données du compte administratif : activité (notamment la répartition des résidents par GIR), finances, bilan social.
- relatives au personnel : le tableau des effectifs par section tarifaire et son évolution sur les 5 années de la convention ; le plan de formation des personnels sur 5 ans.

- relatives à la qualité : la grille d'autoévaluation renseignée et le rapport d'évaluation ANGELIQUE ; le projet institutionnel (projet de vie et projet de soins).
- techniques : le descriptif des locaux, les services, les capacités et les plans de l'établissement ; le procès verbal de la dernière visite de la commission de sécurité incendie ; le procès verbal de la dernière visite de la direction des services vétérinaires, etc.

Tous ces éléments figurent dans la convention ou dans ses annexes et doivent être actualisés.

Il est donc nécessaire de planifier et de coordonner en interne la réalisation des documents, les dates des visites, l'actualisation des données, etc.

Il est certes possible d'inscrire certains éléments parmi les actions prioritaires à réaliser après la signature de la convention, notamment le livret d'accueil ou certains documents institutionnels. Néanmoins, une réflexion doit avoir eu lieu et orienter les choix stratégiques retenus pour la convention. Les éléments décisionnels doivent avoir été arrêtés.

3.2.2. Un exemple : le déroulement de l'autoévaluation de la qualité

L'autoévaluation de la qualité figure parmi les éléments incontournables de la convention, que l'établissement ne peut en aucun cas reporter.

Les EHPAD s'engagent à introduire et appliquer des références de bonnes pratiques pour offrir à toute personne âgée dépendante les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins⁴⁶.

Le volet qualité prévoit une auto-évaluation de l'établissement, permettant d'effectuer la synthèse des objectifs qualité qu'il propose de détailler dans le projet de convention. Le ministère conseille fortement l'outil d'évaluation « ANGELIQUE ».

L'audit qualité interne est utilisé tout d'abord pour réaliser un état des lieux. Dans cette démarche de diagnostic initial, il permet de mettre en évidence les principaux axes d'amélioration possibles. Les résultats de l'audit interne doivent permettre de préparer le conventionnement.

⁴⁶ La qualité des prestations est également étudiée dans le cadre de la mise en place de l'APA : tous les établissements sont appelés à faire eux-même le diagnostic de leur qualité de service au regard d'un cahier des charges national. Un effort de formation important est ici prévu. Il s'agit notamment de former en 5 ans environ 6 000 médecins coordonnateurs...

L'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE (représentants des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements, et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique).

Il a été élaboré à partir du cahier des charges publié par arrêté en date du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, puis enrichi par des tests et des suggestions de professionnels.

Les recommandations de l'arrêté du 26 avril 1999 sont édictées à quatre niveaux :

- Au regard de la qualité de vie des résidents : projet institutionnel, qualité des espaces privés, collectifs, réservés aux soins...
- Au regard de la qualité des relations avec la famille et l'entourage : avant et au moment de l'entrée dans l'institution, au cours du séjour, lors du décès...
- Au regard de la qualité des personnels exerçant dans l'établissement : rôles et qualification du directeur, du médecin coordonnateur, de l'infirmier référent et des autres professionnels...
- Au regard de l'inscription de l'établissement au sein d'un réseau gérontologie, comportant des soins coordonnés.

Le référentiel ANGELIQUE comprend quatre parties, logiquement proches de ces quatre axes de recommandations :

- Attentes et satisfaction des résidents et familles,
- Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- L'établissement et son environnement,
- Démarche qualité.

Au niveau de la région Bourgogne, les 147 questions ont été réparties entre :

- Un « socle qualité conventionnel » (43 questions)
- Des « axes de développement » (93 questions)
- Les questions relatives à la démarche qualité (11 questions)

Au centre hospitalier William Morey, l'auto-évaluation ANGELIQUE a été menée en juin 2002 par trois auditeurs internes.

Les 147 questions ont été triées par catégories de personnels audités ou par documents à demander à différentes directions fonctionnelles ou services communs à l'ensemble du centre hospitalier (pharmacie, service d'hygiène, diététiciennes...).

Ainsi, les questions ont été renseignées de la manière suivante :

- Questionnement des Médecins et Cadres (107 Q)
- Entretien avec les équipes pendant la visite (7 Q) et évaluation sur site (3 Q)
- Entretien avec les familles (18 Q)
- Recensement d'informations par courrier (12 Q)

L'auto-évaluation a permis de répartir les différentes questions entre 5 cotations :

A : répond totalement au critère :	29 questions.
B : répond en grande partie au critère :	40 questions.
C : répond partiellement au critère :	42 questions.
D : ne répond pas au critère :	30 questions.
Sans Objet :	6 questions.

Ces cotations, complétées par des descriptifs, l'énoncé des projets en cours, des propositions d'actions, etc. ont mis en évidence quatre principaux axes de progrès :

1. Organisation des soins

- Meilleure prise en compte du rythme de vie des résidents,
- Amélioration de l'animation et de l'accompagnement du résident.

2. Communication

- En interne : améliorer l'identification, la transmission et la prise en compte des problèmes de fonctionnement spécifiques au CGC (quel référent pour les questions transversales ?).
- En externe : favoriser les échanges entre Familles et Personnels.

3. Gestion de la qualité

- Harmonisation et formalisation des pratiques,
- Évaluation des pratiques,
- Définition des objectifs qualité,
- Structuration de la fonction qualité.

4. Structure

Restructuration des espaces de soins et de vie (projet en cours).

Sur la base de ces axes d'amélioration, il reste à étudier précisément les résultats de l'autoévaluation ANGELIQUE, à inventorier les actions d'amélioration pour arrêter un plan d'actions pluriannuel (sur les 5 ans de la convention).

La convention tripartite pluriannuelle reprend le plan d'action qualité issu de ce travail ; la grille d'auto-évaluation y est annexée.

3.2.3. L'investissement dans la mise en place des outils

La volonté politique de la direction et du corps médical est un élément moteur, à la base de la mobilisation des différents acteurs sur le terrain.

Il s'agit de valoriser les démarches internes, les réflexions ; de les encourager et les susciter quand elles n'existent pas.

Cela se traduit notamment par la mise en œuvre de moyens, de façon suffisante et appropriée : aide méthodologique, formation, documents, présence, moyens en personnels, logistiques ou informatiques...

Ces moyens doivent permettre de concrétiser un soutien, un accompagnement pour aider la formalisation des réflexions, jusqu'à leur validation.

Mais, ces moyens doivent également comprendre des outils de suivi et d'évaluation. Les démarches menées doivent être régulièrement évaluées, pour permettre une utilisation optimale des ressources.

A Chalon-sur-Saône, des réflexions autour du projet institutionnel, du livret d'accueil et d'autres projets, sont en cours depuis plusieurs années, sans qu'aucun document n'ait été validé ou même parfois formalisé.

Pourtant, un groupe représentatif de quinze personnes a travaillé pendant 5 jours sur le projet de vie (formation action interne menée en 2000). Dans ce cadre, des grands axes de travail ont été mis en évidence : une ébauche de projet de vie a été formalisée, un début de livret d'accueil a été rédigé, des procédures d'accueil ont été proposées, etc.

Mais tous ces éléments ont été consignés dans le rapport de formation presque sans autre suite. Aucun membre du groupe de réflexion n'a su poursuivre ce travail, n'a su à qui s'adresser pour maintenir la dynamique.

Ce « gaspillage », relatif, de temps et de réflexions peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, sur place, les personnels ont des idées et l'envie de faire évoluer la prise en charge des personnes âgées ; mais ils ne disposent pas des outils méthodologiques de base, et n'ont pas toujours le temps nécessaire pour les mettre en œuvre.

Le turnover du personnel sur le site ne facilite pas non plus le suivi des dossiers.

La deuxième difficulté vient de l'absence de directeur ou de chef de bureau « de site ». En effet, chaque direction fonctionnelle s'investit sur le site pour ce qui constitue son propre domaine. Aucune centralisation des renseignements n'est mise en place au niveau du Centre Gérontologique du Chalonnais, pourtant excentré du site principal.

Personne ne coordonne les petits projets spécifiques du site, et le personnel ne sait pas comment procéder ni à qui s'adresser pour mener ces petites actions transversales (quelle méthodologie ? quelle validation ? quels moyens ? etc.).

Les établissements ont-ils dès lors intérêt à créer un poste de chargé de mission ou de chef de projet EHPAD ?

3.3. LA PREPARATION ET LES NEGOCIATIONS EN EXTERNE

3.3.1. Les relations avec les partenaires : l'importance des particularités locales

Comme pour la gestion de l'APA, les négociations et le déroulement des conventions pluriannuelles tripartites varient beaucoup d'une région à l'autre, d'un département à l'autre.

Un état des lieux fait en effet apparaître des différences importantes en terme de nombre de conventions signées entre les régions, qui, loin d'être neutres, peuvent être pénalisantes.

Les « retards » peuvent en effet défavoriser les DDASS concernées, du fait de l'allocation majoritaire des nouvelles délégations de crédits sur la base des consommations antérieures de crédits. Cette pratique s'explique par le manque de visibilité de l'administration centrale sur les besoins de financement de nature réglementaire (effets mécaniques, dépassements substantiels de la DOMINIC, etc.).

En août 2002, le Livre Blanc du Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées (SYNERPA) dénonce l'inégalité d'application de la réforme : certaines DDASS ont déjà conclu une trentaine de conventions alors que d'autres n'ont encore rien fait ; certaines choisissent de signer à un niveau proche de DOMINIC + 35%, d'autres s'y refusent...

Le retard pris dans la signature des conventions est néanmoins généralisé sur l'ensemble du territoire. Les représentants des Conseils Généraux et de l'Etat sont ainsi incités à suivre l'état d'avancement des dossiers de conventionnement et à favoriser les établissements volontaires.

L'enjeu est de taille : ne pas perdre les crédits d'assurance maladie attribués mais non consommés pour la médicalisation des établissements. Sur les 320 millions d'euros dégagés sur deux ans pour financer la réforme, seuls 140 ont été consommés.

La commission des comptes de la sécurité sociale considère en effet qu'une économie de 150 millions d'euros peut être dégagée sur les 183 millions prévus pour l'enveloppe personnes âgées 2002.

L'actuel secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Hubert Falco, souhaite accélérer l'application de la réforme de la tarification, notamment en compensant le retard pris par un mécanisme permettant d'affecter plus rapidement les crédits.

La DDASS de Saône-et-Loire a envoyé plusieurs questionnaires aux établissements concernés par la réforme pour faire le point sur leur état d'avancement et pour planifier au mieux les négociations avec toutes ces structures.

Cette attitude d'anticipation est parfois complétée par la création de postes dédiés à la gestion de la réforme. Elle ne permet pourtant pas toujours aux personnels de ces structures de saisir la réforme dans toute sa complexité. Certaines questions relativement marginales (par exemple celle de la fusion des deux budgets annexes) ne sont pas toujours prévues par ces services, ou parfois traitées de façon différente selon les départements.

Il faut rappeler que les textes laissent subsister de grandes marges de manœuvre.

Les établissements ont ainsi intérêt à signer leur convention rapidement, pour bénéficier des faveurs des représentants locaux (plus de discussions et de compréhension), mais aussi des crédits de l'assurance maladie, qui ne seront peut-être pas reconduits dans ces proportions pour les derniers signataires.

Les contacts avec les représentants de la DDASS et du Conseil Général sont à prendre dès le début de la constitution du dossier de conventionnement, pour faire connaître l'établissement, ses spécificités et ses problématiques.

3.3.2. L'information des résidents et des familles

Si les contacts doivent être pris rapidement avec les partenaires institutionnels, ils doivent également être précoces avec les résidents et leurs familles.

La réforme de la tarification des EHPAD introduit en effet des changements majeurs dans la prise en charge financière des résidents :

- la mise en place de l'APA bouleverse le système des aides, en accordant des allocations à des résidents qui ne pouvaient pas auparavant en bénéficier, mais aussi en diminuant les ressources d'autres résidents, en particulier ceux qui bénéficiaient de la PSD ;
- le passage à un budget ternaire est souvent à l'origine de charges plus lourdes pour les familles, sans évolution des prestations proposées aux résidents ;
- la fusion de plusieurs structures d'hébergement, encouragée par les autorités de tutelle, peut également entraîner des modifications de tarifs pour les résidents, à la hausse comme à la baisse, par la nécessaire harmonisation qu'elle entraîne ;
- la signature de la convention tripartite valide les évaluations de l'opération « sincérité des comptes », souvent à l'origine de transferts d'enveloppe du sanitaire vers le médico-social, d'augmentations des sections tarifaires du fait du remboursement intégral des sommes avancées par le budget général et donc d'augmentations des tarifs à la charge des résidents.

La réforme est complexe et reste difficile à saisir, même pour les professionnels.

Les différentes variations des tarifs ont effectivement des causes diverses et interviennent à des moments différents selon les choix retenus par l'établissement.

Il est impératif que les résidents et leurs familles soient au courant des modifications de tarifs le plus tôt possible et qu'ils en comprennent les causes et le bien-fondé.

L'établissement se doit d'accompagner la mise en œuvre de la réforme par une démarche de communication soutenue en direction des usagers (envoi de courriers, d'informations sur la réforme, éventuellement de dossiers APA, réunions spécifiques régulières, facilitation des échanges...).

Au delà d'une simple information, il est essentiel de solliciter la participation des résidents, des familles ou des usagers à la préparation de la réforme.

L'unilatéralité a en effet montré ses limites : les représentations professionnelles sont trop médico-centrées, les configurations institutionnelles trop hospitalo-centrées, les professionnels en position de « s'occuper de tout ».

Pour que les EHPAD deviennent de véritables lieux de soins et de vie, les soignants doivent travailler à n'être plus nécessaires aux bénéficiaires de leurs services. Cette position, paradoxale, signifie une profonde remise en cause de leur utilité au sein de l'institution.

Les professionnels doivent apprendre à travailler sur plusieurs registres : au niveau interindividuel avec le résident, mais aussi à travers la mobilisation du réseau familial. Habités à « faire », ils doivent apprendre à « faire faire » et à « faire avec ».

C'est la direction que veut impulser la réforme, à travers la différenciation et la personnalisation des modalités de prise en charge.

Ainsi, par exemple, *« l'idée d'un projet de vie n'a de sens que si la vie des personnes concernées par ce projet a du sens [...]. Il faut réintroduire les résidents dans le courant de la vie sociale »*⁴⁷.

Ainsi, au Centre Hospitalier William Morey, les usagers ont participé aux groupes de travail relatifs à l'élaboration du règlement intérieur et du contrat de séjour ; les familles ont été sollicitées au cours de l'autoévaluation de la qualité, etc.

3.3.3. Bilan des conventions pluriannuelles tripartites signées et des stratégies des établissements.

3.3.3.1. L'outil contractuel

Dispositif contractuel, les conventions tripartites pluriannuelles respectent un cahier des charges défini au plan national et tenant compte des situations locales.

Chaque convention confirme la nouvelle répartition budgétaire de l'établissement, et souligne la transparence des dépenses réelles. Cette transparence est nouvelle et n'aboutit généralement pas à une dépense de soins équivalente aux dépenses antérieures. Chaque convention nécessite donc des négociations entre partenaires pour permettre un ajustement.

⁴⁷ MAISONDIEU J.M., « les modalités d'association des résidents et leurs familles à l'élaboration du projet de vie et au fonctionnement institutionnel », CNEH, *Technologie et Santé* n°43, pp 18-21.

Le problème est celui de la durée de validité des obligations, différente pour chacune des parties contractantes : les EHPAD s'engagent sur la durée de la convention, soit 5 ans, alors que les autorités de tarification ont la possibilité d'introduire des avenants annuels.

Concrètement, les établissements sont soumis à un risque de diminution de leur ressources budgétaires, lié aux changements d'orientation politique : l'article 29 du décret n°99-317 prévoit des décisions modificatives entraînant une révision des tarifs, notamment « à l'occasion de la modification des choix budgétaires de la collectivité concernée ».

Cela pose la question du caractère synallagmatique de ces contrats.

En les signant, les directeurs reconnaissent en outre le caractère suffisant des moyens accordés au regard de leurs besoins.

3.3.3.2. Bilan des signatures de conventions

Au 1^{er} janvier 2002, 366 conventions ont été signées pour les 10 218 établissements⁴⁸ concernés sur toute la France, dont 13 seulement pour les 1010 USLD (3,55% de ces structures) et 31 pour les 863 maisons de retraite rattachées à un EPS (8,47%).

Les structures publiques autonomes sont proportionnellement les plus avancées dans les signatures de conventions.

Au 1^{er} avril 2002, 11 établissements de la Saône-et-Loire ont été conventionnés, parmi lesquels seulement un établissement rattaché à un EPS.

Ces différents établissements du département de Saône-et-Loire ont répondu, pour la plupart, à un questionnaire envoyé en avril 2002 (joint en annexe), duquel sont extraits les éléments qui suivent.

Il semble que les établissements rattachés à un EPS aient des difficultés à entrer dans la réforme. Leur spécificité rend l'opération particulièrement complexe, d'autant que leur intérêt est plus limité que celui des petites structures privées en attente de moyens.

Comme au niveau national, les structures autonomes ont été nombreuses à signer rapidement leur convention.

Par exemple, une maison de retraite privée de 88 lits ne disposait que de 0.3 E.T.P. médical pour un GMP de 745.

⁴⁸ Fédération Hospitalière de France, 2002, « Conventions tripartites conclues en 2000 et 2001 » ; *Lettre de la FHF*, n° 3.

La négociation et la signature de la convention ont ainsi permis de médicaliser la structure et d'augmenter très sensiblement les effectifs en personnels soignants (de 3 aides soignants temps partiel à 12 aides soignants temps plein, etc.).

Les structures autonomes privées sont souvent les premières à s'engager dans la démarche de conventionnement ; dans le public, on estime parfois que les moyens, notamment le clapet anti-retour, sont insuffisants pour répondre à une prise en charge des résidents physiquement et psychiquement très dépendants.

Quel que soit l'avancement des dossiers, il reste généralement dans l'intérêt de l'établissement de signer une convention au plus tôt.

Malgré un certain retard en terme de préparation de la réforme, une structure publique du département a en effet pu signer une convention très satisfaisante.

Avec une création en 2002 du contrat de séjour, du règlement intérieur, du projet institutionnel, l'ouverture d'un poste de médecin coordonnateur en 2002 et la mise en place du conseil d'établissement en 2001, la convention est quand même signée au 1^{er} janvier 2002. La masse budgétaire augmente de plus de 17% entre 2001 et 2002, alors que le surcoût à la charge du résident n'est que de 1,16%, ce qui montre l'effort consenti par les organismes d'assurance maladie et le Conseil Général.

Cette convention a pu être signée grâce au travail en amont : les contacts ont été pris très tôt avec les partenaires, permettant ainsi une compréhension du terrain et un arrangement préalable autour des problématiques stratégiques de l'établissement.

Les résultats du questionnaire montrent que les établissements ont rapidement mis en place les éléments les plus encadrés au niveau réglementaire, tels que le règlement intérieur ou le contrat de séjour. Il est plus difficile et plus long de mettre en œuvre un projet institutionnel, ou de s'inscrire dans un réseau gérontologique.

Malgré la grande disponibilité des services de traitement des dossiers de conventionnement, les établissements rattachés à un centre hospitalier rencontrent parfois des difficultés pour signer une convention, lorsqu'ils ne suivent pas les recommandations en vigueur. Ainsi, une structure souhaitant signer deux conventions distinctes pour chacun de ses budgets annexes a dû attendre 6 mois pour fixer une rencontre avec les partenaires du Conseil Général et de la DDASS. Il est probable que l'attente aurait été raccourci dans l'hypothèse d'une fusion des deux budgets annexes.

CONCLUSION

Dans cette période de remise en cause partielle, il est difficile d'entreprendre un bilan de la réforme, si ce n'est pour souligner la précipitation et l'insuffisante concertation qui ont présidé à la publication des textes et à leurs remodelages successifs.

L'état des lieux a souligné la modestie des ratios de personnel, l'insuffisante médicalisation et le faible nombre de médecins qualifiés, ainsi que l'état du parc immobilier des établissements d'hébergement, encore très peu « humanisés ».

Face à ces constats, trois principaux équilibres semblent avoir été recherchés :

- La répartition des surcoûts à charge de l'assurance maladie sur plusieurs exercices (programme pluriannuel). La réforme ne pourra s'effectuer à coût constant pour l'assurance maladie du fait de : l'effet mécanique d'accroissement dans les années à venir du nombre de personnes âgées dépendantes et de l'alourdissement de cette dépendance ; la nécessité d'améliorer la « médicalisation » des établissements existants ; le rééquilibrage des budgets soins avec le clapet anti-retour qui exonère du redéploiement les établissements sur-dotés en termes relatifs lorsque leur charge de dépendance est élevée.

L'expérience du Centre Hospitalier William Morey semble néanmoins montrer un certain désengagement de l'Assurance Maladie, au profit d'une augmentation de la participation des résidents et du Conseil Général (situation de clapet anti retour).

On constate en effet une évolution défavorable de la part des soins dans le budget par le seul passage du budget binaire au ternaire. Dans l'attente de la convention, la part à la charge de l'Assurance Maladie est gelée; cette somme comprend en outre le clapet anti-retour, non pérennisé dans l'attente de la convention.

Cette situation s'explique par la forte médicalisation de l'établissement, les établissements sous-médicalisés étant prioritaires pour recevoir les crédits supplémentaires d'assurance maladie.

- La réforme se base également sur le respect du partage actuel des compétences entre l'Etat (part à la charge de l'assurance maladie) et le département (hébergement et dépendance). Ce dispositif est coordonné par les conventions pluriannuelles tripartites.

D'un côté, les Conseils Généraux ont une part de charges croissantes, du fait notamment de la montée en charge de l'APA, de l'autre côté, l'assurance maladie doit alimenter le programme ambitieux de médicalisation des EHPAD.

- Surtout, la réforme ne doit pas conduire à un déport de charges sur l'utilisateur mais à un changement de répartition entre les plus valides et les moins valides.

Le législateur estime que la réforme ne doit pas générer de nouvelles charges pour les résidents. La neutralité financière doit être garantie par deux mécanismes :

- Le maintien des crédits précédemment alloués par l'assurance maladie. La répartition des charges des aides-soignants (70% sur les soins et 30% sur la dépendance) garantit au plan macro-économique la neutralité financière immédiate de la réforme pour l'assurance maladie. L'aide soignant exerce en effet deux fonctions : une fonction d'auxiliaire de soins (dimension sanitaire de la dépendance – 70%) et une fonction d'auxiliaire de vie (dimension sociale de la dépendance – 30%). Pour éviter tout déport de charges au niveau microéconomique, les forfaits de soins couvrant parfois plus de 70% des charges d'aide soignant, le clapet anti-retour doit permettre de maintenir dans la nouvelle tarification les crédits alloués par l'assurance maladie.
- L'étanchéité entre les trois sections tarifaires. Cela prévient tout déport de charges de soins sur l'hébergement ou la dépendance : l'hébergement n'est plus une variable d'ajustement. La reprise des résultats sur chaque section confirme l'impossibilité de faire supporter aux résidents des charges indues.

On constate néanmoins une augmentation de tarifs pour l'ensemble des résidents du Centre Gérontologique du Chalonnais, du fait du passage à un budget ternaire, ... pas forcément compensée par l'APA.

La réforme de la tarification poursuit pourtant des objectifs de transparence et d'équité, longtemps éloignés du secteur de l'hébergement pour personnes âgées.

Paradoxalement, la transparence, la sincérité des comptes doivent se conjuguer au travers de négociations, de contrats. La logique individuelle prend le pas sur la logique institutionnelle, ménageant la possibilité de stratégies d'entrée dans la réforme.

Il semble en effet que la réforme de la tarification des EHPAD ait une double dimension :

- Comme cadre juridique, financier et technique, elle donne des procédures pour clarifier les sources de financement, en mesurer les flux, améliorer et élargir le cadre de la solidarité et introduire la qualité comme facteur de développement.
- Comme logique de transparence des coûts et d'équité distributive, elle participe d'une volonté nationale de maîtrise contractualisée des coûts de gestion des EHPAD, maîtrise concertée et délocalisée.

Les modalités d'entrée dans la réforme et les stratégies possibles sont dès lors étroitement liées au positionnement de l'établissement dans le précédent système et dans le cadre transitoire.

L'entrée dans la réforme est subordonnée à la maîtrise d'outils de gestion, logique nouvelle pour le secteur médico-social, mais qui a déjà été appliquée au secteur sanitaire.

Paradoxalement, les établissements publics de santé qui gèrent des structures d'hébergement pour personnes âgées n'ont pas su tirer partie de leur expérience sanitaire pour en appliquer la logique au secteur médico-social.

Contrairement aux établissements rattachés à un EPS, les établissements autonomes ont en effet été brutalement confrontés à des logiques qui leur étaient étrangères, et ont dû entreprendre un long travail d'information et de formation. Mais ce sont ces mêmes établissements autonomes qui ont le mieux su s'inscrire dans la réforme et l'utiliser.

Pour expliquer ce « retard paradoxal » des établissements d'hébergement rattachés à un EPS, il convient d'insister sur l'inquiétude particulière des responsables de ces structures.

Parce qu'ils sont très médicalisés, ces établissements occupent une place particulière au sein de l'hébergement pour personnes âgées ; ils sont souvent dénoncés comme étant les plus coûteux.

De plus, les règles qui prévalent au sein des hôpitaux sont apparemment antinomiques :

- il faut d'un côté valoriser la haute technicité et diminuer les durées de séjour pour produire le maximum de points ISA et consolider le budget ;
- il faudrait de l'autre côté assurer une « mission sociale », lente et beaucoup moins technique, et surtout moins valorisée.

Il est dès lors tentant de privilégier la première voie. Il semble en effet que de nombreux chefs d'établissements se laissent porter par la réforme, redoutant ses applications et ses effets. Rares sont les directeurs qui prennent les devants et profitent des opportunités que la réforme peut apporter en élaborant de véritables stratégies d'entrée.

Avec une refonte tardive des textes régissant les établissements d'hébergement à caractère social et médico-social, et dans l'attente de la redéfinition des unités de soins de longue durée, ils redoutent une évolution qui ne leur sera pas favorable. Ils craignent de payer pour la médicalisation des autres structures.

Le rapprochement du sanitaire et du social ne se fait pas sans tensions ni appréhensions.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

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

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la 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.

Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

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

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

Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, ainsi que le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n°2001-1085 du 21 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire, mentionné à l'article 9 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale.

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

Arrêté du 4 mai 2001 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Arrêté du 4 mai 2001 relatif au calcul des reprises sur les réserves de trésorerie mentionné à l'article 20 du décret n°99-317 du 26 avril 1999 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF 2 n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé.

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 EHPAD, à partir d'un échantillon représentatif de 1 000 établissements.

Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000.

Circulaire DGAS/5B/DGCP/6B n°2000-570 du 21 novembre 2000 relative à la mise en œuvre de l'instruction budgétaire et comptable n°00-61-M022 du 10 juillet 2000 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de statut public : nomenclature 2001.

Circulaire DGS-5B/MARTHE/DHOS-F2 n°2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n°99-316 et n°99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS-F2 n°2001-276 du 21 juin 2001 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé : clarification de l'affectation des charges dans les établissements publics de santé.

Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n°2001-569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retour »).

Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS n°2002-205 du 10 avril 2002 relative à la prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins.

Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n°2002-207 du 10 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2002 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Instruction relative à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements publics médico-sociaux pour personnes âgées (EHPAD et SSIAD) relevant de l'article 2 de la loi n°86-33 du 2 janvier 1986.

Lettre DGAS BRFC-2002-04-29 du 3 mai 2002 relative à la tarification et à la facturation des tarifs dépendance.

Lettre DGAS du 3 mai 2002 relative au regroupement des budgets annexes des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée dans les établissements de santé.

Lettre DGAS du 25 avril 2002 relative à l'articulation des soins infirmiers et de l'allocation personnalisée à l'autonomie.

ARTICLES

BELORGEY J.-M., mai 2001, « La prise en charge de la dépendance : de la PSD à l'APA », *Regards sur l'actualité*, n°271, La Documentation Française.

BRAMI G., « La réforme de la tarification : pour qui ? pour quoi ? », in *Gestions Hospitalières*, mars 2001.

BRAMI G., 2001, « Les documents préparatoires au conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Bulletin Juridique de la Santé Publique* n°36, éditions Tissot.

BRAMI G., 2001, « De la convergence tarifaire à la convergence humanitaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Bulletin Juridique de la Santé Publique* n°45, éditions Tissot.

BRAMI G., 2001, « Les objectifs de l'établissements d'hébergement pour personnes âgées dans le cadre de la réforme de la tarification », *Bulletin Juridique de la Santé Publique* n°42, éditions Tissot.

BROUSSY L., février 2002, « L'allocation personnalisée d'autonomie est-elle la bonne réponse à la dépendance ? », *Liaisons Sociales Magazine*.

CAUSSE D., avril 2001, « Les perspectives d'évolution des établissements et des services aux personnes âgées ; entre professionnalisation et intégration dans la communauté : vrai ou faux dilemme ? », CNEH, *Technologie et Santé* n°43, pp 43-52.

COEFFIC N., septembre 2000, « Faibles retraites et minimum vieillesse », *Etudes et Résultats* N°82, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

COLIN C., COUTON V., décembre 2000, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après d'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance », *Etudes et Résultats* N°94, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

COUTON V., décembre 2001, « Evaluer la dépendance à l'aide de groupes iso ressources : une tentative en France avec la grille AGGIR », *Gérontologie et Société*, n°99, pp 111-130, Fondation Nationale de Gérontologie.

EENSCHOOTEN M., mars 2001, « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Etudes et Résultats* N°108, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

FOGEL C., janvier - février 2002, « Maisons de retraite : un outil pour l'évaluation des besoins en personnel », *Revue Hospitalière de France* n° 484, pp 61-64.

KERJOSSE R., juillet 2001, « La prestation spécifique dépendance au 31 mars 2001 », *Etudes et Résultats* N°125, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

LAJARGE E., avril 2002, « L'APA et la politique en faveur des personnes âgées », *Techniques Hospitalières*, n°665, pp 2-6.

MAISONDIEU J.M., « les modalités d'association des résidents et leurs familles à l'élaboration du projet de vie et au fonctionnement institutionnel », CNEH, *Technologie et Santé* n°43, pp 18-21.

MÖLLER C., juillet – août 2002, « Divergences et problématiques », *Revue Hospitalière de France* n°487, p 32.

PERIOT M.-D., juillet - août 2002, « Comprendre la réforme des EHPAD », *Revue Hospitalière de France* n° 487, pp 70-75.

PREVOST P., VUILLEMIN C., juin 1999, « Comparaison des structures hospitalières et médico-sociales au moyen de PATHOS », *La revue de gériatrie*, tome 24, n°6.

VETEL J.-M., avril 2001, « Soins et dépendance des personnes âgées, comment organiser l'allocation des ressources », *Technologie et Santé* n°43, CNEH, pp 78-80.

VETEL J.-M., LEROUX R., DUCOUDRAY J.-M., PREVOST P., juin 1999, « le système PATHOS », *La revue de Gériatrie*, tome 24, n°6.

VETEL J.-M., SALOM, DOURTHE, octobre 2000, « Avenir des soins de longue durée, avenir des filières de soins : un lien indissociable », *Techniques Hospitalières*, Syndicat National de Gériatrie Clinique.

Décideurs des maisons du troisième âge, Réseaux et pratiques en Gériatrie, mai 2002, Dossier « La personne âgée, trait d'union entre sanitaire et social », n°46.

Fédération Hospitalière de France, juillet 2001, « Réforme de la tarification », numéro spécial *Lettre de la FHF* n°3.

Fédération Hospitalière de France, 2002, « Conventions tripartites conclues en 2000 et 2001 » ; « Les médicaments exclus des forfaits soins des EHPAD ! », *Lettre de la FHF*, n° 3.

Fédération Hospitalière de France, mai 2002, « Réforme de la tarification des EHPAD : repères de travail et de négociation », numéro spécial *Lettre de la FHF* n°5.

Centre National d'Expertise Hospitalière (C.N.E.H.), avril 2001, « Les personnes âgées, les institutions et le défi du grand âge », *Technologie et Santé*, n°43.

OUVRAGES ET RAPPORTS

BRAMI G., 2001, *La nouvelle tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Edition Berger - Levrault, Collection Repère - Age.

DELNATTE J.-C., HARDY J.-P., 2000, *La réforme financière des EHPAD*, éditions ENSP.

GUINCHARD-KUNSTLER P., juin 1999, « *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie* » rapport remis à M. JOSPIN, Premier Ministre.

SUEUR J.-P., mai 2000, « *L'aide personnalisée à l'autonomie: un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité* », Rapport remis à Martine AUBRY, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Direction des Affaires Sociales, 2001, *Guide APA*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Equipe projet tarification EHPAD, mai 1999, *La réforme de la tarification et du régime budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Direction des Affaires Sociales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

MEMOIRES

DUCROZ S., 2000, *Le nouveau mode de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : les enjeux pour l'hôpital d'une réforme en demi-teinte*, mémoire EDH, promotion 1998-2000, ENSP.

NAVARRO G., 2001, *Le contrat de séjour et le règlement intérieur : instruments de promotion des droits et libertés du résident ?*, mémoire DSS, promotion 2000-2001, ENSP.

TAILLANDIER H., 2000, *Mettre en place la réforme de la tarification des EHPAD en Loire Atlantique*, mémoire IASS 1998-2000, ENSP.

VEILLARD Jérémy, 1999, *Simulations budgétaires et stratégie d'établissement au centre hospitalier de La Rochelle : la nouvelle tarification des EHPAD*, mémoire EDH, promotion 1997-1999, ENSP.

AUTRES DOCUMENTS

ARH de Bourgogne, 2002, *Le dispositif hospitalier bourguignon ; Les personnes âgées ; L'activité des établissements de santé*, documents disponibles sur le site www.arh-bourgogne.fr

CLEMENT J., avril 2001, *Séminaire de formation pour les chefs d'établissement nouvellement nommés*, documents sur le conventionnement et la transposition en tarification ternaire.

Commission Personnes Agées, compte-rendu de la réunion du 17 janvier 2002, disponible sur le site de la FHF : www.fhf.fr

Compte-rendu de l'entretien accordé par Mme Paulette GUINCHARD KUNSTLER, secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, le 8 janvier 2002, disponible sur site de la FHF : : www.fhf.fr

Conférence Nationale des Directeurs E.H.P.A.D., compte-rendu de la séance plénière du 21 mars 2002, de la réunion du 4 juin 2002 avec les représentants de la DGAS et de la DHOS, bilan relatif à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

Réunion FHF secteur médico-social à l'Hôpital Local de Digoïn (71), animée par David CAUSSE, en présence de directeurs d'EHPAD de Saône-et-Loire (71), du Rhône (69), de la Loire (42) et de l'Ain (01), autour des thèmes de l'application de la nouvelle tarification et des conventions tripartites.

Presse : notamment les dépêches APM, *Le Monde*, *Le Quotidien du Médecin*.

Questionnaires envoyés aux directeurs d'EHPAD de Saône-et-Loire (voir annexe 8)

Entretiens avec des directeurs des Finances, des représentants de la DDASS de Saône-et-Loire et du Conseil Général de Saône-et-Loire.

Liste des annexes

Annexe 1 : Données et projections démographiques, Bourgogne et Chalonuais.

Annexe 2 : Les établissements d'hébergement en France, Bourgogne et Saône-et-Loire.

Annexe 3 : Insuffisances de la PSD et mise en œuvre de l'APA.

Annexe 4 : Répartition en Groupes Iso Ressources des résidents du Centre Gérontologique du Chalonuais.

Annexe 5 : Conséquences de l'opération « sincérité des comptes » au Centre Gérontologique du Chalonuais.

Annexe 6 : Signature des conventions tripartites en Bourgogne, au 1er juillet 2002

Annexe 7 : Evaluer et comparer les besoins en personnel.

Annexe 8 : Questionnaire envoyé aux directeurs des EHPAD de Saône-et-Loire ayant conclu une convention tripartite au 1^{er} avril 2002, et aux directeurs d'établissements d'hébergement rattachés à un EPS.

Annexe 9 : Schéma de mise en œuvre de la réforme.

Liste des annexes

Annexe 1 :

Données et projections démographiques, Bourgogne et Chalon nais.

Annexe 2 :

Les établissements d'hébergement en France, Bourgogne et Saône-et-Loire.

Annexe 3 :

Insuffisances de la PSD et mise en œuvre de l'APA.

Annexe 4 :

Répartition en Groupes Iso Ressources des résidents du Centre Gérontologique du Chalon nais.

Annexe 5 :

Conséquences de l'opération « sincérité des comptes » au Centre Gérontologique du Chalon nais.

Annexe 6 :

Signature des conventions tripartites en Bourgogne, au 1er juillet 2002

Annexe 7 :

Evaluer et comparer les besoins en personnel.

Annexe 8 :

Questionnaire envoyé aux directeurs des EHPAD de Saône-et-Loire ayant conclu une convention tripartite au 1^{er} avril 2002, et aux directeurs d'établissements d'hébergement rattachés à un EPS.

Annexe 9 :

Schéma de mise en œuvre de la réforme.

Annexe 1 :

Données et projections démographiques, Bourgogne et Chalonais.

2 - UN VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement de la population bourguignonne est plus accentué qu'en moyenne nationale, avec un indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) de 74,4 contre 59,5 en moyenne en France.

D'ici 2010 plus de 20 % de la population bourguignonne sera âgée de plus de 65 ans.

Parallèlement le nombre de naissances en Bourgogne ne cesse de diminuer. Par rapport à 1990, en 2010 il y aura 3 000 naissances en moins dans l'ensemble de la région Bourgogne.

Cette déformation de la structure par âge va se traduire par une modification de l'éventail des pathologies et des besoins prioritaires à prendre en charge. Les pathologies liées à la naissance (accouchements, affections pendant la période périnatale) devraient diminuer alors que les pathologies liées à la vieillesse (maladies de l'appareil circulatoire, maladies du sang, tumeurs, troubles mentaux) vont croître fortement d'ici 2010.

3 - STRUCTURE PAR AGE BOURGOGNE

4 -

DÉPARTEMENTS	0-19 ANS	20-64 ANS	65-74 ANS	75 ANS ET +
CÔTE D'OR (21)	25 %	60 %	8 %	7 %
NIÈVRE (58)	22 %	56 %	12 %	10 %
SAÔNE-ET-LOIRE (71)	24 %	56 %	11 %	9 %
YONNE (89)	25 %	56 %	11 %	8 %
BOURGOGNE	24 %	58 %	10 %	8 %

Source : INSEE - Recensement 1999

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18 % de la population totale, avec une part importante de personnes âgées de plus de 75 ans (8 %), et des disparités selon les départements.

5 - INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

	BOURGOGNE	FRANCE
TAUX DE NATALITÉ EN 1999 (naissances domiciliées pour 1000 hab)	11,1	12,4
TAUX DE MORTALITÉ EN 1999 (décès domiciliés pour 1000 hab)	10,9	9,0
TAUX DE FÉCONDITÉ EN 1999 (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)	48,0	49,5
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (MOYENNE 1999-98-97) (décès de moins d'1 an pour 1 000 naissances)	4,8	4,8
INDICE DE VIEILLISSEMENT AU 01-01-2000 (65 ans et plus pour 100 personnes de - 20 ans)	84,2	60,5

Sources : INSEE - DRASS

Les indicateurs démographiques sont relativement moins bons que ceux de la moyenne France.

Il faut noter une forte augmentation de l'indice de vieillissement (76,3 au 01-01-1999) déjà très élevé et une légère augmentation du taux de mortalité infantile.

6 - Répartition et PROJECTION de la population âgée de 65 ans et plus par groupe de dépendance - Chalon-sur-Saône

Les caractéristiques «dépendance » s'appuient sur la grille du Professeur Colvez (CHU Montpellier).

Les estimations de populations sont issues d'un modèle conçu au Service Régional de la Statistiques et des Etudes de la DRASS de Bourgogne.

Projection 1990-2030 par niveau de dépendance des personnes de plus de 65 ans à Chalon-sur-Saône :

	65 à 74 ans					75 à 84 ans					85 ans et plus				
	D1	D2	D3	D4	ensemble	D1	D2	D3	D4	ensemble	D1	D2	D3	D4	ensemble
1990	60	96	441	5480	6077	122	159	592	3249	4122	116	125	446	729	1416
1995	74	119	545	6766	7503	119	154	574	3151	3997	153	164	587	959	1863
2000	78	124	572	7100	7874	145	187	699	3837	4868	180	194	693	1133	2200
2005	77	124	568	7054	7823	177	229	855	4694	5956	179	192	689	1125	2186
2010	77	123	564	7003	7766	186	242	901	4945	6274	234	252	901	1472	2859
2015	92	146	672	8351	9262	185	240	896	4918	6240	279	300	1073	1753	3405
2020	104	166	761	9449	10479	185	240	895	4913	6233	306	328	1175	1921	3730
2025	102	164	751	9332	10349	223	289	1077	5911	7500	312	335	1199	1960	3806
2030	108	173	794	9864	10939	251	326	1215	6667	8459	325	349	1250	2043	3967

- D1** : Personne confinée au lit ou au fauteuil
D2 : Grande difficulté pour la toilette et pour l'habillement
D3 : Incapacité de sortie
D4 : Autonomie complète

Source : DRASS de Bourgogne - Service régional de la statistique et des études - Juin 2001.

	ensemble des 65 ans et plus				
	D1	D2	D3	D4	ensemble
1990	298,7	379	1479	9458	11615
1995	345,8	436	1706	10876	13363,8
2000	402,9	505	1964	12069	14941,04
2005	433,6	545	2112	12874	15964,28
2010	497,7	616	2366	13420	16898,98
2015	556,2	686	2641	15022	18905,7
2020	594,7	734	2831	16283	20442,33
2025	637,3	787	3028	17203	21655,03
2030	684,8	848	3259	18574	23365,36

Personnes de 65 ans et plus, non autonomes (D1, D2 et D3) :

Données et projections	Nombre des plus de 65 ans non autonomes	En % de l'ensemble des plus de 65 ans
2000	2872	19%
2010	3478	21%
2020	4159	20%
2030	4791	21%

Annexe 2 :

Les établissements d'hébergement en France et en Bourgogne.

LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT EN FRANCE 1997

Statuts	Nombre d'établissements	Nombre de places	% de places en section de cure	Nombre moyen de places
7 - MAISONS DE RETRAITE	6 072	406 026		67
	1 091	100 994	47%	93
Sections d'hôpitaux publics	1 492	113 111	42%	76
Publiques autonomes	1 984	119 587	24%	60
Privées non lucratif	1 505	72 334	4%	48
Privées à but commercial				
8 - FOYERS LOGEMENTS	2 940	155 709		53
	2 020	106 344	3%	53
Publics	812	43 456	4%	54
Privés non lucratif	108	5 909	1%	55
Privés à but commercial				
Services de soins de longue durée	984	81 216		82
Hôpitaux publics	861	74 517		87
Etablissements de santé privés	123	6 699		55
Autres structures	170	3 533		23
Total	10 166	646 484		64

Sources : SESI 1997, DREES 1999

LITS ET PLACES INSTALLEES EN BOURGOGNE AU 1-01-2000 PUBLICS OU PRIVES

Type d'accueil	Bourgogne	Saône-et-Loire
9 - MAISONS DE RETRAITE	254	95
Nombre d'établissements	16 632	5 759
Nombre de lits	6 261	1930
Dont section de cure médicale		
10 - LOGEMENT FOYER	67	30
Nombre d'établissements	6 971	1 949
Nombre de logements	199	
Dont section de cure médicale		
11 - HEBERGEMENT TEMPORAIRE	602	322
Nombre de lits	28	13
Accueil de jour : nombre de places		
12 - SERVICES DE SOINS A DOMICILE	76	23
Nombre de services	2 267	743
Nombre de places		
13 - SOINS DE LONGUE DUREE	3144	943
Nombre de lits		

Sources : DRASS – enquête EHPA – FINESS - SAE

UNE OFFRE DE SOINS DE LONGUE DUREE A PRIORI SATISFAISANTE

Taux d'équipement en lits (publics et privés) pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus au 1 ^{er} janvier 1997		
Soins de Longue Durée	France	Bourgogne
	2,00	2,00

Source : DRASS Bourgogne

Annexe 3 :

Insuffisances de la PSD et mise en œuvre de l'APA

LES INSUFFISANCES DE LA PSD

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 « *tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance* » est d'emblée envisagée comme provisoire. Elle est également conçue pour favoriser une certaine maîtrise des dépenses, voire un désengagement financier des collectivités locales. Elle reconnaît ainsi aux présidents des conseils généraux de larges pouvoirs pour l'attribution de la prestation et la fixation de son niveau.

De plus, les textes d'application « encadrent » mal cette loi provisoire.

L'UTILISATION DE LA GRILLE AGGIR

Par exemple, ils imposent uniquement à l'équipe médico-sociale départementale l'utilisation de la grille AGGIR. Il existe à cet égard de nombreuses approximations dans l'utilisation de cet outil, des problèmes d'articulations des classements en GIR avec la PSD. Les contentieux sont d'ailleurs nombreux.

La grille AGGIR est un outil d'observation qui permet l'obtention d'une dépendance mesurée (et non perçue). Cet outil est controversé et critiqué parce qu'il ne permet pas de représentation uniformisée de l'état de dépendance de la personne âgée⁴⁹, qu'il manque de sensibilité pour appréhender les déficits cognitifs sévères. Il permet également des erreurs de notation (échelle à trois valeurs). En outre, la grille a été conçue pour l'évaluation de la charge de soins en institution ; elle est de fait mal adaptée à la vie à domicile. Des réserves concernent également la non prise en compte des handicaps sensoriels ou psychologiques. Cela engendre l'une des principales difficultés de la PSD : les personnes classées en GIR 4 sont exclues de toute aide, alors que la frontière entre les GIR 3 et 4 est ténue. Ainsi,

⁴⁹ Chauvin K., 1998, « Evaluation de la dépendance et représentations sociales : comparaison interprofessionnelle de l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR », *Health And System Science*, 2 :17-23. Un échantillon de professionnels interrogé sur l'état de dépendance de 15 personnes a produit des résultats non uniformes. La grille AGGIR ne mesure pas un état objectif d'autonomie, mais une interaction entre des représentations sociales et personnelles de la dépendance.

l'infléchissement d'une seule cotation peut faire basculer une personne d'un groupe à l'autre...

DES PROCEDURES D'INSTRUCTION INSATISFAISANTES

A cette insatisfaction concernant le classement en GIR s'ajoute le manque de rigueur apporté aux procédures d'instruction des dossiers de demande de la PSD. A défaut de vouloir ou de pouvoir constituer de réelles équipes médico-sociales, les dossiers ne sont pas correctement traités. Les exigences législatives ne sont en effet pas très élevées, l'équipe médico-sociale devant comporter « *au moins un médecin et un travailleur social, et dont l'un au moins des membres se rend auprès de l'intéressé* » (art. 3, loi n°97-60).

De plus, les modalités de calcul du plafond de ressources sont ambiguës et suscitent des incertitudes liées à des effets de seuil.

UNE PRESTATION NON DUE A COMPTER DU JOUR DE LA DEMANDE

En outre, la prestation n'est pas due à compter du jour de la demande, mais du jour de la décision d'accord de la prestation ou parfois de la date à laquelle l'administration déclare le dossier complet. Etant donné l'âge et l'état des personnes susceptibles de demander cette aide, il arrive ainsi que certaines réponses ne soient jamais satisfaites...

LE PLAN D'AIDE A DOMICILE : UNE OBLIGATION

Le plan d'aide pour la PSD à domicile comporte souvent un niveau faible de valorisation des aides envisagées. En outre, le refus du plan tel que proposé par l'équipe médico-sociale entraîne souvent le refus de la prestation, les textes ne précisant pas l'articulation entre ces deux éléments... La loi instituant la PSD indique « *le plan d'aide (...) permet de déterminer (...) le montant de la prestation accordée* » (art. 15, loi n°97-60 du 24 janvier 1997), ce qui peut laisser supposer un lien direct entre acceptation du plan d'aide et attribution de la prestation. Certains auteurs parlent à cet égard d'un « diktat » du plan d'aide⁵⁰.

Pour les établissements, le refus de servir la prestation a été mis en avant en l'absence de toute convention, alors même que la date à laquelle les conventions devaient être passées a

⁵⁰ BELORGEY J.-M., mai 2001, « la prise en charge de la dépendance : de la PSD à l'APA », *Regards sur l'actualité*, n°271, la Documentation Française.

été repoussée plusieurs fois (du 31 décembre 1998 au 26 avril 2001 puis au 31 décembre 2003).

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, est issue de réflexions des missions Brunetière et Sueur autour de la PSD et de la réforme de la tarification des EHPAD. Elle définit cinq grandes orientations :

1. Instaurer un droit objectif et universel

L'allocation personnalisée s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité. Elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire. L'uniformisation des tarifs et des barèmes nationaux garantit l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers. En effet, un tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. Il permet également de déterminer, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à sa charge.

L'attribution de l'APA dépend du lieu de résidence, de l'âge et du degré de dépendance des personnes intéressées.

Pour prétendre au bénéfice de l'APA, le demandeur doit ainsi attester d'une résidence stable et régulière en France : personne de nationalité française ayant sa résidence en France ; ou personne étrangère titulaire d'un titre de séjour en cours de validité⁵¹.

L'allocation personnalisée d'autonomie ne peut être accordée qu'aux personnes âgées de 60 ans et plus⁵².

L'APA s'adresse aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement. La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs. À domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.

⁵¹ Si la condition de résidence stable et régulière n'est pas remplie, le demandeur peut toutefois bénéficier de la prestation. Mais il doit alors se faire domicilier auprès d'un organisme public social ou médico-social, agréé conjointement par le représentant de l'État dans le département et par le président du conseil général (centre communal ou intercommunal d'action sociale ; centre local d'information et de coordination (CLIC) ; organisme régi par le code de la mutualité ; service d'aide à domicile agréé).

⁵² Toutefois, les bénéficiaires ayant obtenu l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant 60 ans peuvent déposer une demande d'APA deux mois avant leur soixantième anniversaire.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

2. Élargir le champ des bénéficiaires

Si l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire. Contrairement à la PSD, les sommes servies au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire⁵³.

L'une des caractéristiques de l'APA est de supprimer la condition de ressources et ses effets de seuil. La nouvelle allocation peut donc être attribuée à toute personne en perte d'autonomie, dès lors qu'elle répond aux conditions de base fixées par la loi.

En outre, alors que la PSD était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance (GIR 1 à 3), l'APA s'adresse aussi aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4).

Ainsi, la PSD solvabilisait 135 000 personnes au 1^{er} janvier 2002, alors que l'APA prétend pouvoir toucher 505 000 bénéficiaires dès 2002. Près de 800 000 personnes pourraient, à terme, répondre aux conditions d'attribution de l'APA.

Cela suppose un financement beaucoup plus conséquent. Le coût de la PSD représentait une charge de 5 milliards de francs pour les collectivités locales. L'APA coûtera 17 milliards de francs, dont une large partie sera couverte par le fonds de financement de l'APA⁵⁴.

3. Favoriser des prises en charge diversifiées

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire. Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la Sécurité sociale) ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel, comme préconisé dans le rapport « *Vieillir en France. Pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie* » de Mme Guinchard-Kunstler (septembre 1999). C'est à

⁵³ Ce recouvrement s'exerçait sur la partie de l'actif net successoral qui excède 300 000 F, pour les seules les dépenses supérieures à 5 000 F. Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la PSD.

⁵⁴ Voir § 5. Le fonds de financement de l'APA mis en place par l'État est un établissement public national.

Les recettes du fonds proviennent de deux sources : une fraction du produit de la CSG (0,1 point) et une contribution versée par l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance vieillesse. La majeure partie des recettes est reversée aux départements pour les aider à prendre en charge les coûts relatifs au financement de l'APA. L'autre partie sert à financer des actions de modernisation des services à domicile pour personnes âgées. La part attribuée à chaque département dépend de trois critères : les dépenses d'APA, le potentiel fiscal départemental et le nombre de bénéficiaires du RMI.

l'usager de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide » proposé, ce dernier n'étant plus « imposé » contre la prestation.

Le bénéficiaire acquittera alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie.

4. Garantir une gestion de proximité, rigoureuse et transparente

L'APA est gérée par les départements.

Afin de garantir l'effectivité des droits des usagers, la procédure administrative d'instruction et la liquidation de la prestation sont définies plus précisément que pour la PSD.

Le dossier de demande d'APA doit être adressé au président du conseil général. Les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet, contrairement à la PSD. Toutes les déclarations du demandeur peuvent être contrôlées par les services instructeurs auprès des institutions et organismes concernés.

L'instruction de la demande comprend désormais deux phases :

- la phase d'évaluation de la perte d'autonomie, qui s'effectue essentiellement sur la base de la grille AGGIR.
- la phase d'instruction administrative, à proprement parler. La procédure d'instruction administrative se poursuit avec la procédure de détermination du plan d'aide (pour l'APA à domicile).

La mise en œuvre de cette prestation se fait en associant tous les partenaires concernés, sous la responsabilité du président du conseil général. Ce partenariat s'illustre par la création d'une commission de l'APA55. La décision d'attribution de l'APA est en effet prise par le président du conseil général, sur proposition de cette commission. Elle doit être notifiée au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet. Le recours à une procédure d'urgence est toutefois possible lorsque la situation du demandeur l'exige.

5. Mobiliser la solidarité nationale

L'APA devant bénéficier à une population plus large et plus nombreuse, l'objectif est de conforter les financements existants. Un « *Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie* » a donc été créé (février 2002). Une fraction de la contribution sociale généralisée (0,10 point de CSG jusqu'à présent affecté au Fonds de solidarité vieillesse) lui est consacrée, ainsi qu'une participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse. Les ressources de ce Fonds compléteront l'apport des départements, selon des modalités particulières. Ce fonds est un établissement public national à caractère

⁵⁵ La commission de l'APA comprend 7 membres : le Président du conseil général (ou son représentant), qui préside la commission ; 3 représentants du département, désignés par le président du conseil général ; 2 représentants des organismes de Sécurité sociale conventionnés avec le département, désignés par le président du conseil général ; un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

administratif géré par le fonds Solidarité Vieillesse. Il doit également gérer le fonds de modernisation de l'aide à domicile.

A domicile : Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge et modulée en fonction de ses ressources.

En établissement : L'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. Le montant de l'APA en établissement est égal à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement applicable au GIR de rattachement du demandeur et la participation laissée à la charge de ce dernier. Le ticket modérateur est au moins égal au tarif dépendance applicable aux GIR 5 et 6 au sein de l'établissement.

Le montant de la participation est fixe : le tarif dépendance applicable aux GIR 5 et 6, jusqu'à un niveau de revenu égal à 2.21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (896.59 €, soit 5 881.24 F au 1^{er} octobre 2001).

Il progresse ensuite avec le niveau de revenu du bénéficiaire et se stabilise à un peu plus de 80% du montant du tarif dépendance applicable (à partir d'un niveau de revenu supérieur à 3.4 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne).

<i>Revenu du bénéficiaire</i>	<i>Calcul de sa participation mensuelle</i>
1° Revenu inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (inférieur à environ 1 981 €, ou 13 000 F, au 1/10/01)	Participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6.
2° Revenu compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration (compris entre environ 1 981 et 3 049 €, ou entre 13 000 et 20 000 F, au 1/10/01)	Participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau de revenu, de 20 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.
3° Revenu supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration (supérieur à environ 3 049 €, ou 20 000 F, au 1/10/01)	Participation fixe, égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire

La transition PSD – APA

Les personnes titulaires de la PSD avant le 1er janvier 2002 peuvent demander le bénéfice de l'APA. Dans ce cas, leur demande est traitée selon la procédure de droit commun.

Si le calcul de l'APA aboutit à un montant inférieur à celui de la PSD perçue par le demandeur, une allocation différentielle couvre la différence. L'APA versée se trouve ainsi portée au niveau de la prestation précédente – grâce à la combinaison de l'APA proprement dite et de l'allocation différentielle – garantissant de la sorte le maintien des droits acquis prévu par la loi du 20 juillet 2001.

Par ailleurs, la loi fait obligation au président du conseil général de procéder, avant le 1er janvier 2004, à l'examen de la situation des bénéficiaires de la PSD qui n'auraient pas déposé de demande d'APA. Les intéressés conservent la possibilité d'opter pour le maintien de la PSD jusqu'au 31 décembre 2003.

13.1.1.1 Procédure de compensation de la transition PSD / APA

Au traitement de la réforme proprement dit, s'ajoute une nouvelle difficulté technique de mise en œuvre, avec la procédure de compensation de la transition PSD / APA.

personnes concernées : Les plus de 60 ans qui avant le 1er janvier 2002 bénéficiaient de la PSD ou de l'ACTP et pour lesquelles la mise en place de l'APA entraîne des dépenses supplémentaires.

contenu de la compensation: La compensation couvre entièrement les dépenses supplémentaires à la charge du résident en 2002 par rapport à sa facture de décembre 2001 après versement de l'allocation différentielle.

le mécanisme de financement: Ce dispositif sera entièrement financé en 2002 par crédits Etat via les conseils généraux : une convention sera signée entre ces deux partenaires.

Pour les établissements concernés, il est par conséquent indispensable d'ouvrir des crédits sur le compte "fonds de solidarité" par décision modificative. Les dépenses seront donc en théorie intégralement remboursées en 2002, par le Conseil Général, sur justificatif (copie des factures). Le dispositif serait reconduit en 2003, refinancé par l'Etat lui-même. Pour les années suivantes, le devenir de ce mécanisme est renvoyé au débat parlementaire qui doit se tenir en juin 2003, pour un premier bilan de l'APA.

Annexe 4 :

Répartition en Groupes Iso Ressources des résidents du Centre Gérontologique du Chalonnais.

L'évaluation AGGIR réalisée en juillet 2002 permet le classement suivant des résidents du CGC au sein des groupes iso ressources :

	Unité de Soins de Longue Durée	Section de Cure Médicale	Total	En %
GIR 1	50	2	52	29,4%
GIR 2	54	14	68	38,4%
GIR 3	13	14	27	15,3%
GIR 4	2	17	19	10,7%
GIR 5	0	11	11	6,2%
GIR 6	0	0	0	0%
<i>Total</i>	<i>119</i>	<i>58</i>	<i>177</i>	<i>100%</i>

Parmi les 177 personnes évaluées, 67,8% appartiennent aux GIR 1 et 2.

Seulement 6,2% des résidents du CGC ne sont pas susceptibles de recevoir l'APA (GIR 5 et 6), contre 7,35% au 31 décembre 2001.

Ce classement permet le calcul des GIR moyens pondérés (GMP) :

GMP Unité de Soins de Longue Durée : 880,5

GMP Section de Cure Médicale : 567,07

GMP de l'ensemble de la structure : 777,8

Annexe 5 :

Conséquences de l'opération "sincérité des comptes pour les résidents

RAPPEL DES CHARGES NON REMBOURSEES AU BUDGET H EN 2001 :

Section tarifaire	Objet des transferts de charges	Sommes dues
Hébergement	Restauration	12 479,35
	Blanchisserie	-82 843,10
	Charges administration	59 412,95
Soins	Laboratoire	34 549,92
	Imagerie	3 196,62
	Pharmacie	98 051,56
	Unité d'hygiène (15% du cadre)	7 320
	Consultations spécialistes CHWM	8 760
Total		140 927,30

Budget de la structure d'hébergement après prise en compte de l'opération sincérité des comptes :

	Budget soins	Budget hébergement	Budget dépendance	Total 2002
Budget 2002	2 459 523	2 488 125	797 264	5 744 912
Transferts de charge	151 878	-10 951	0	140 927
Total	2 611 401	2 477 174	797 264	5 885 839

Soit l'évolution suivante :

	Budget soins	Budget hébergement
Evolution	6,18%	-0,44%

La DOMINIC étant de 1 538 165,87 € la section tarifaire soins atteint alors un niveau très élevé : DOMINIC + 70%.

Malgré des tarifs à la charge des résidents globalement stables, les services de l'Etat vont-ils accepter une telle augmentation des dépenses d'Assurance Maladie ?

Annexe 6 :

Signature des conventions tripartites en Bourgogne, au 1^{er} juillet 2002

14 - MEDICALISATION DES STRUCTURES A L'ENTREE DE LA REFORME

Département	Lits d'hébergement	Lits médicalisés	%
Côte d'or	6 517	2 928	45
Nièvre	3 776	1 935	51
Saône-et-Loire	9 416	3 064	32.5
Yonne	5 673	2 027	35.7
<i>Bourgogne</i>	<i>25 382</i>	<i>9 954</i>	<i>39.2</i>

388 établissements se partagent ces 25 382 lits autorisés sur la Bourgogne.

15 - SIGNATURE DES CONVENTIONS

Année	Nombre de structures	Nombre de lits
2000	2	273
2001	20	2579
1 ^{er} semestre 2002	15	1280
<i>Total au 1^{er} juillet 2002</i>	<i>37</i>	<i>4132</i>

Ces 4132 lits conventionnés en Bourgogne représentent 16% de l'ensemble des lits concernés par la réforme.

Pour la Saône-et-Loire, au 1^{er} juillet 2002, 13 établissements ont signé une convention, représentant 1312 lits, soit un taux de réalisation 14% de lits conventionnés.

Parmi ces 13 établissements conventionnés, un seul est rattaché à un EPS.

Pour le 2^{ème} semestre 2002, les estimations de la DRASS de Bourgogne sont les suivantes (CROSS plénier du 2 juillet 2002) :

- 70 nouvelles conventions attendues représentant 5170 lits
- 3210 lits médicalisés supplémentaires
- 36% de lits conventionnés attendus fin 2002.

Les difficultés rencontrées expliquant le « retard » dans le conventionnement des EHPAD :

- Attente de la mise en œuvre de l'APA au 1^{er} janvier 2002,
- Changement de la réglementation sur l'intégration des médicaments dans le tarif soins (loi du 4 mars 2002),
- Recrutement et qualification des personnels,
- Mise aux normes architecturales des établissements.

Annexe 7 :

Evaluer et comparer les besoins en personnel

Le modèle

FOGEL C., janvier - février 2002, « Maisons de retraite : un outil pour l'évaluation des besoins en personnel », Revue Hospitalière de France n° 484, pp 61-64.

Dans cet article, Claude FOGEL fait part d'une étude réalisée par un groupe de travail du GEPA 34 (Groupement des Etablissements pour Personnes Agées de l'Hérault) pour évaluer les besoins en personnels des maisons de retraite.

Il s'agit d'utiliser le classement des résidents en GIR, qui permet une mesure quantitative de la dépendance au sein d'un établissement.

En rapportant cette quantification de la dépendance au nombre de postes financés au sein de chaque structure, on obtient un ratio dépendance par poste, que l'on peut comparer d'un établissement à l'autre.

La mesure des écarts permet de quantifier les disparités entre établissements.

Cette méthode a été appliquée sur un panel de 24 établissements de l'Hérault accueillant 1585 personnes âgées, pour les effectifs infirmiers (IDE) et aides soignants (AS).

L'étude a permis de mettre en évidence les fortes disparités en postes AS : il faudrait doubler les effectifs AS des maisons de retraite du panel pour assurer des moyens équivalents de prise en charge, sans pénaliser aucun établissement.

L'APPLICATION A QUELQUES ETABLISSEMENTS DE SAONE-ET-LOIRE

16 - ETABLISSEMENT NT	Nombre de points GIR	Nombre de postes IDE	Ratio dépendance par IDE	Nombre de postes AS	Ratio dépendance par AS
a MDR Creusot	248 187,24	22,75	10909	94,01	2640
b MR St Germain du Plain	26 796	2	13398	5	5359
c MR Amaltides	65 560	3	21853	12	5463
d MR Villandières	55 360	3,5	15817	12,01	4609
e MR St Germain du Bois	33 849,96	1,5	22567	2	16925
f MR Chalon	34 593,10	5	6918,6	9	3844
g LS Chalon	105 660	10	10566	40	2642

La ratio dépendance par IDE le plus favorable est celui qui a la valeur la plus faible : celui pour lequel un infirmier s'occupe du moins de dépendance.

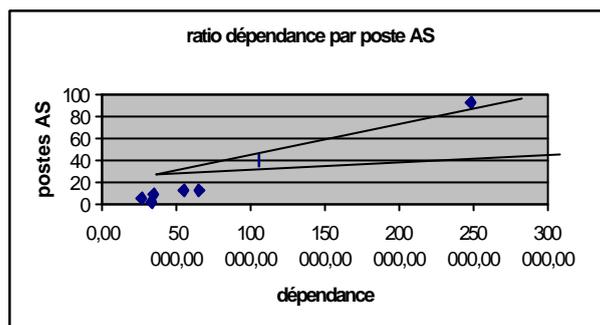
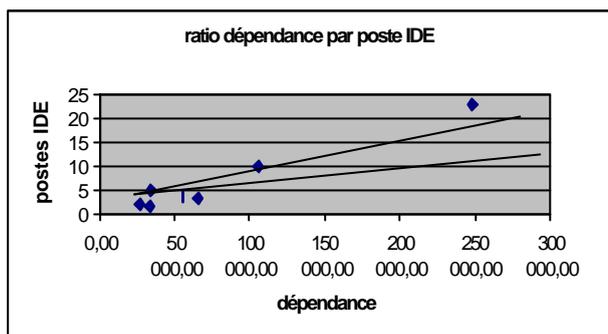
On constate un rapport de 1 à 3,3 entre le ratio le plus favorable (6 918,6 à Chalon-sur-Saône) et le ratio le moins favorable (22 567 à St Germain du Bois).

Pour les AS, le rapport est de 1 à 6,4 entre le ratio le plus favorable (2 642 à Chalon-sur-Saône) et le moins favorable (16 925 à St Germain du Bois).

On peut représenter ces situations au sein d'un graphique faisant apparaître les postes soignants en ordonnée et la quantification de la dépendance en abscisse.

Graphiquement, on pourrait inscrire une droite de la forme $y=a.x$ passant le plus près possible de chaque point. Plus le coefficient a de la droite est élevé, plus le nombre de postes est important pour une même quantité de dépendance.

La distance des points à la droite mesure la plus ou moins forte inégalité dans l'allocation de postes entre les établissements.



Deux droites passant par l'origine ont été tracées sur chacun des deux graphiques : elles correspondent aux situations extrêmes de l'échantillon en terme d'importance des personnels par rapport à la dépendance. L'angle existant entre ces deux droites représente la plus ou moins forte inégalité entre les établissements en terme d'allocation de postes soignants.

L'objectif des établissements est d'aligner les dotations en personnel sur l'établissement le moins pauvre, et dans un premier temps de négocier un nombre de points type par poste.

Par exemple, il est raisonnable de proposer dans un premier temps que chaque établissement soit pourvu d'un IDE pour 10 000 points GIR et d'un AS pour 4 000 points GIR.

Cela signifierait le maintien des effectifs des budgets annexes du Centre Hospitalier William Morey, dans un premier temps. Mais l'augmentation des effectifs d'autres établissements.

Les courbes indiquent en effet une tendance globale relativement équitable pour tous les établissements concernés, mais davantage inégalitaire entre petites structures.

Il s'agit de rapprocher les établissements de la situation de la courbe qui a le coefficient le plus fort.

Les négociations semblent plus difficiles à mener pour les établissements les « moins pauvres », comme les budgets annexes du Centre Hospitalier William Morey.

Il est néanmoins important de souligner qu'il n'y a pas d'établissement sur doté.

Cette démarche de benchmarking doit permettre de négocier des moyens comparables pour les différents établissements d'un secteur ; il ne s'agit en aucun cas de moyenner les résultats obtenus.

LA COMPARAISON AVEC LES RATIOS «NOMBRE DE POSTES PAR NOMBRE DE RESIDENTS »

La méthode présentée permet a priori de modérer les classements obtenus par les ratios réglementaires entre nombre de soignants et le nombre de résidents.

Pour mesurer la pertinence de cette méthode, et son apport, nous allons calculer les ratios de personnel infirmier par résident, pour chaque établissement de l'échantillon, afin de comparer les résultats à ceux précédemment obtenus.

Les ratios infirmiers par résident sont les suivants :

	Etablissement	Nombre de résidents	Nombre de postes IDE	Ratio IDE par résident
a	MDR Creusot	353	22,75	0.06
b	MR St Germain du Plain	58	2	0.03
c	MR Amaltides	88	3	0.03
d	MR Villandières	80	3,5	0.04
e	MR St Germain du Bois	58	1,5	0.03
f	MR Chalon	61	5	0.08
g	LS Chalon	120	10	0.08

Plus le ratio a une valeur élevée, plus l'établissement dispose de nombreux infirmiers pour un même nombre de résidents.

Comparons ces deux types de ratio pour les IDE des mêmes établissements :

Classement des établissements par ratio

IDE par résident du plus au moins favorable :

	ratio	rapport
f	0.08	2,67
g	0.08	2,67
a	0.06	2
d	0.04	1,33
b	0.03	1
c	0.03	1
e	0.03	1

Classement par ratio dépendance par IDE du plus

au moins favorable :

	ratio	rapport
f	6 918,6	1,00
g	10 566	1,53
a	10 909	1,58
b	13 398	1,94
d	15 817	2,29
c	21 853	3,16
e	22 567	3,26

Les rapports sont du même ordre (de 1 à 2,67 et de 1 à 3,26), mais les classements diffèrent sensiblement.

Il est ainsi plus facile pour les établissements c ou d de négocier des moyens en personnel supplémentaires en utilisant le ratio nombre d'agents par dépendance.

Annexe 8 :

Questionnaire envoyé aux directeurs des EHPAD de Saône-et-Loire ayant conclu une convention tripartite au 1^{er} avril 2002 (11 établissements), et aux directeurs d'établissements d'hébergement rattachés à un EPS (envoyé à 12 des 18 établissements concernés).

QUESTIONS GENERALES SUR LA REFORME DE LA TARIFICATION

1. Quel est le statut de votre établissement ?

Public

Privé participant au service public

Privé à but lucratif

Soins courants

Section de cure médicale

Long séjour

Autonome

Rattaché à un Etablissement Public de Santé

2. Quelle est la capacité de votre établissement ?

- En nombre de lits :

- En personnels (ETP) :
 - personnel médical :
 - personnel non médical :
 - dont IDE :
 - dont AS :
 - dont ASH:

3. Quel est la valeur du GIR Moyen Pondéré de votre établissement ?

4. A quelle étape de la réforme de la tarification des EHPAD vous situez-vous ?

transposition du budget binaire en budget ternaire
ajout de charges nouvelles au budget
négociation de la convention
signature de la convention

Si l'établissement est conventionné, quels sont les termes de la convention ?

5. La gestion de la réforme de la tarification.

Quelle est la personne responsable de la mise en œuvre de la réforme au niveau financier ?

Existe-t-il une(des) équipe(s), un(des) groupe(s) de travail ?

Avec quelle mission ?

Quelle est sa composition ?

Comment sont coordonnées les différents volets de la réforme de la tarification (budget, qualité, organisation des soins, documents institutionnels...) ?

5. Disposez-vous :

- d'un contrat de séjour ?

oui

non

Si oui, depuis quand ?

A-t-il été mis en place du fait de la réforme ?

- d'un règlement intérieur ?

oui

non

Si oui, depuis quand ?

A-t-il été mis en place du fait de la réforme ?

- **d'un projet institutionnel, de vie, de soins ?**

oui

non

Si oui, depuis quand ?

A-t-il été mis en place du fait de la réforme ?

6. Avez-vous mis en place un poste de médecin coordonnateur ?

Si oui, depuis quand ?

Avez-vous mis en place un conseil d'établissement ?

Si oui, depuis quand ?

Etes-vous membre d'un réseau gérontologique ?

Si oui, depuis quand ce réseau existe-t-il ?

A-t-il été formalisé ?

Depuis quand ?

7. Quelles relations entretenez-vous avec les différents partenaires :

- les résidents et les familles :

Les avez-vous informé des changements en cours ?

Comment ?

Avez-vous fait une information sur l'APA et ses modalités d'attribution ?

Quelles ont été leurs réactions ?

- l'assurance maladie et le conseil général :

comment travaillez-vous avec eux ?

QUESTIONS SUR L'EVOLUTION DES TARIFS

1. Quel est le montant des sections tarifaires avant application de la réforme pour chaque budget annexe concerné ?

Budget 1 =	Budget 2 =
Section soins	Section soins
Section hébergement	Section hébergement

Quels sont, transposés en ternaire (et compte tenu des éventuels transferts de charges) les niveaux des sections tarifaires ?

Budget 1 =	Budget 2 =
Section soins	Section soins
Section hébergement	Section hébergement
Section dépendance	Section dépendance

Quels sont, à terme, les niveaux envisagés pour ces sections tarifaires ?

Budget 1 =	Budget 2 =
Section soins	Section soins
Section hébergement	Section hébergement
Section dépendance	Section dépendance

Quelle est la position de l'établissement sur cette évolution ?

2. Quelles sont, en l'état actuel des choses, les évolutions constatées pour les différents tarifs ?

Budget 1 =	Budget 2 =
Dotation soins	Dotation soins
Tarifs à charge du résident	Tarifs à charge du résident

Quels sont, à terme, les montants de tarifs envisagés ?

Budget 1 =	Budget 2 =
Dotation soins	Dotation soins
Tarifs à charge du résident	Tarifs à charge du résident

Quelle est la position de l'établissement sur cette évolution ?

3. La réforme a-t-elle jusqu'ici suscité des changements :

- en termes organisationnels ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

- en termes de qualité de prise en charge ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

- en termes de qualité des conditions de travail ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

4. Avez-vous des attentes en termes de changement d'organisation ?

oui

non

Lesquelles ?

4. Avez-vous des attentes en termes d'amélioration de la qualité... ?

oui

non

Lesquelles ?

QUESTIONS POUR LES ETABLISSEMENTS RATTACHES A UN EPS (Budget Annexe)

1. **Avez-vous formalisé les transferts de charges entre le budget général et le budget annexe (les « subventions ») ?**

oui

non

si oui, pour quel montant ?

- avez-vous formalisé les éventuels transferts de charges entre les budgets annexes ?

oui

non

si oui, pour quel montant ?

2. **Avez-vous imputé des charges, auparavant remboursées au budget général, directement au budget annexe ?**

oui

non

si oui, pour quel montant ?

3. **Quelles modalités avez-vous retenues (ou retiendrez-vous) pour précéder à ces transferts ?**

imputation directe sur le budget annexe

et/ou remboursement de frais au budget général

4. **Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de cette opération « sincérité des comptes » ?**

5. Comment les avez-vous dépassées?

6. Quelles sont les conséquences de cette opération pour le budget annexe ?

Son montant augmente

Son montant diminue

Son montant reste stable

Annexe 9 :

La mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Les 3 grandes étapes peuvent se décliner selon plusieurs modalités.

