



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

**INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES**

Date du Jury : **février 2002**

**LES MAISONS DE RETRAITE PRIVEES A BUT
LUCRATIF DE VENDEE A L'HEURE DE L'ENTREE
DANS LA REFORME DE LA TARIFICATION**

Francis GUILLOUX

Sommaire

LISTE DES SIGLES UTILISES

AVANT PROPOS.....	1
INTRODUCTION.....	3

1 LES MAISONS DE RETRAITE PRIVEES A BUT LUCRATIF AVANT LA REFORME : UN FONCTIONNEMENT RELATIVEMENT AUTONOME AU SEIN D'UN SECTEUR QUI SE DEVELOPPE

1.1 Les établissements commerciaux : une place à part dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées

1.1.1 Un secteur en pleine expansion au niveau national.....	7
1.1.2 Le secteur privé à but lucratif : une offre minoritaire en Vendée.....	9
1.1.3 Les résidences-services : établissements (médico) sociaux ou non ?.....	12

1.2 Les établissements commerciaux bénéficient d'une certaine indépendance au regard des administrations

1.2.1 Une liberté garantie par le statut	13
1.2.2 Le droit de regard des administrations est pourtant prévu par les textes.....	15
1.2.3 Les conséquences de la décentralisation sur les relations entre la DDASS et le Conseil Général en matière de politique vieillesse.....	19

1.3 Un accueil globalement négatif pour une Réforme insuffisamment explicitée

1.3.1 Fédérations et Associations : de l'hostilité à une acceptation sous réserves.....	21
1.3.2 La Réforme suscite quelques appréhensions chez les responsables d'établissements(....).....	23
1.3.3 (...) et ranime la suspicion des Administrations à l'égard du secteur commercial...27	
1.3.4 Malgré certaines réticences, les établissements veulent signer rapidement leur convention tripartite.....	28

2 LA REFORME DE LA TARIFICATION : UNE REMISE EN QUESTION POUR LES ETABLISSEMENTS MAIS AUSSI POUR LES « TUTELLES »

2.1 Une transformation radicale de la tarification et du régime budgétaire et comptable des établissements

- 2.1.1 Le constat d'un système archaïque et inégalitaire.....30
- 2.1.2 Une tarification ternaire pour individualiser les charges d'hébergement, de soins et de dépendance31
- 2.1.3 L'impact de la nouvelle tarification sur les établissements privés à but lucratif.....32
- 2.1.4 Des règles particulières de gestion budgétaire et comptable pour ces établissements34

2.2 Un travail partenarial DDASS – Conseil Général pour la mise en œuvre de la Réforme en Vendée

- 2.2.1 L'élaboration de méthodes et la création d'instances pour assurer le suivi du conventionnement.....36
- 2.2.2 Un partenariat bien vécu comme condition de la réussite du conventionnement.....40
- 2.2.3 Le partenariat se prolongera dans les missions d'évaluation de la qualité exigée des établissements.....42

3 PROPOSITIONS

.....47

BIBLIOGRAPHIE.....57

Liste des sigles utilisés

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
ADEHPA :	Association des Directeurs d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
AGGIR :	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources
AMP :	Aide médico-psychologique
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS :	Aide soignant
CDCM :	Commission Départementale de Coordination Médicale
CNEHPAD :	Confed. Nat. des Ets d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRISMS :	Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCCRF :	Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSF :	Direction de la Solidarité et de la Famille (Conseil Général de Vendée)
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FNACPPA :	Fédération Nationale Accueil et Confort Pour les Personnes Agées
FSC :	Forfaits Soins Courants
GIR :	Groupe Iso- Ressources
GMP :	GIR moyen pondéré
IDE :	Infirmier diplômé d'Etat
MARTHE :	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Etablissements Hébergeant des personnes âgées dépendantes
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SCM :	Section de Cure Médicale
SYNERPA :	Syndicat National des Etablissements et Résidences pour Personnes Agées (fusion de la FNEAPAD, de la FFEHPA et de l' UNEPPA en juin 2001)
UNCCAS :	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
UNIOPSS :	Union Nationale Inter fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

AVANT PROPOS

Un stage population effectué aux mois de janvier et février 2001 à la DDASS de Vendée, comprenant une semaine à l'hôpital local de Noirmoutier, avait contribué à renforcer mon intérêt particulier pour les problématiques du grand âge. Celles-ci sont actuellement au cœur du débat public, du fait notamment de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette réforme modifie radicalement les relations entre les établissements et les administrations dites « de tutelle ». Ce bouleversement est encore plus profond pour les établissements privés à but lucratif qui, du fait de leur statut, bénéficiaient d'une large autonomie de fonctionnement et n'avaient que peu de contacts avec les administrations qui vont devenir leurs autorités de tarification..

Ces établissements devant passer des conventions avec le Préfet (DDASS) et le Conseil Général pour pouvoir continuer à accueillir des personnes dépendantes, il était intéressant d'examiner la spécificité de leur fonctionnement avant l'entrée dans la réforme et les modalités de celle-ci.

Le but du présent mémoire est donc d'apporter à la DDASS de Vendée des éléments d'information, non pas sur les établissements eux-mêmes puisque ceux-ci recevront bientôt la visite des équipes de conventionnement (pour l'un d'entre eux la convention est déjà signée), mais sur ce qui fait l'originalité du secteur commercial en général et en particulier, en Vendée, ainsi que sur la nature des nouvelles relations unissant établissements et autorités de tarification. A cela s'ajoute une présentation générale de la réforme et de sa mise en œuvre dans le département avec les difficultés y afférentes.

Ce travail est basé à la fois sur des recherches documentaires (a), sur des entretiens avec des professionnels du secteur des personnes âgées (b) et sur des observations tirées de l'accompagnement sur le terrain pendant trois mois des agents de l'Unité Personnes Agées de la DDASS (c).

(a) Textes législatifs et réglementaires relatifs à la réforme, ouvrages spécialisés, articles de presse etc. (cf. bibliographie)

(b) Les entretiens ont été réalisés auprès de :

- Mme LAÜGT Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- MM. GADRAS Direction de la Solidarité et de la Famille (Conseil Général de
- et BEAUVAIS Vendée)
- M NEYME Directeur de la maison de retraite « le Bocage » à Antigny.
- M. CHIRAC Directeur de la maison de retraite « le Home du Verger » à
Apremont.
- M. GLOWACZ Directeur de la maison de retraite « Les jardins de Cybèle » à
Givrand.
- Mme BONNET Directrice de la maison de retraite « Les fils d' argent » à
Fontenay le Comte.
- Mme BLONDEAU Directrice de la maison de retraite « Résidence d' automne »
aux Sables d'Olonne.

(c) La DDASS et le Conseil Général de Vendée collaborent régulièrement depuis deux ans pour mettre en œuvre la réforme de la tarification des EHPAD, mais ce n'est qu'à partir du mois de septembre 2001 que les visites sur site ont vraiment débuté. J'ai donc pu assister aux réunions précédant les visites de conventionnement, participer à ces visites ainsi qu'aux réunions de post-visite et de négociation avec les établissements pour les huit premiers dossiers examinés.

Il m' a également été donné de mener en collaboration avec les services du Conseil Général les négociations relatives au conventionnement d'un établissement privé du secteur associatif, du dépôt du dossier jusqu'à la signature de la convention tripartite.

Les deux démarches menées simultanément, à savoir l'enquête auprès des acteurs de terrain et la collaboration quotidienne avec les équipes de conventionnement, se sont mutuellement enrichies ; elles m'ont permis de mieux connaître les établissements, de pouvoir comparer des structures de statuts différents et ainsi d'appréhender de façon plus approfondie les problématiques spécifiques du secteur privé à but lucratif.

Je tiens particulièrement à remercier Mesdames HERIDEL, THIMOLEON, LANDRIN, et GRIMAUD ainsi que Messieurs SALLE, HYBERT et AGENIS de l'aide qu'ils m'ont apportée pour la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

La population française vieillit et va continuer à vieillir. L'espérance de vie sans incapacité physique et psychique croît également. Grâce à la baisse de la mortalité aux âges élevés, la proportion des personnes de 60 ans et plus est passée en un siècle de 12 à 20 % de la population.

La part des personnes très âgées (85 et plus) est quant à elle passée de 0,3 % à 2 %. Or sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable. En 2020, les personnes de plus de 60 ans pourraient représenter 27 % de la population et les plus de 85 ans 3 %. En 2050, les proportions seraient de 33 % et 7 %.

Le souhait des personnes âgées est de rester le plus longtemps possible chez elles. A cet égard, il y a lieu de constater qu'en France les pouvoirs publics privilégient l'offre de maintien à domicile. La prise en charge de la dépendance reste le plus souvent dans les attributs de la famille (quatre personnes sur cinq se font aider par leurs proches) mais la solidarité familiale semble globalement en recul.

Le recours à l'institution devient souvent nécessaire et/ou souhaitable. L'entrée en maison de retraite se fait de plus en plus tardivement, en moyenne à 86 ans, et la durée de vie en institution est de moins en moins longue. Les personnes rentrent le plus souvent en maison de retraite dans un état de dépendance déjà élevée.

Il faut donc d'ores et déjà envisager des solutions pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes car même si les progrès de la médecine réduisent les risques de dépendance physique, ceux liés à la dépendance psychique augmentent au même rythme que la déliquescence du lien social.

Aujourd'hui 800000 personnes sont considérées comme dépendantes dont 230000 fortement. A l'horizon 2020 un nombre plus restreint qu'aujourd'hui de personnes actives devra soutenir un million de personnes âgées dépendantes.

Divers modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes coexistent : le maintien à domicile est largement privilégié mais ne répond pas à tous les besoins. Les établissements proposent des solutions très variées où le meilleur côtoie le pire.

Conscients des lacunes et des inégalités existant dans le domaine de la prise en charge en institution, les pouvoirs publics ont décidé d'améliorer la qualité de vie en établissement.

Ajoutant un article 5-1 à la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 annonce la réforme de la tarification des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, et pose le principe d'une convention tripartite définissant les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués.

Cette réforme s'applique aux établissements mentionnés au 5° de l'article 3 de la Loi de 1975 (devenu l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles) dont font partie notamment les établissements privés à but lucratif.

La Vendée est un département à la fois rural et maritime qui présente la particularité d'avoir une population vieillissante plus importante que celle de la France en moyenne.

Pour une population globale de 539 806 habitants, la population âgée de plus de 60 ans se situe autour de 135 000 personnes soit le quart des vendéens. La population âgée de plus de 75 ans représente 8,9% de la population du département.

Dans la Région Pays de la Loire, la Vendée arrive en tête de toutes les statistiques relatives aux personnes âgées. Ainsi, l'indice de vieillissement (nombre de personnes de plus de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) s'élève-t-il à 81,8 en Vendée contre 67,1 au niveau de la Région et 60,60 pour la France entière.

La Vendée connaît à la fois le taux de natalité le plus faible (11,3 pour 1000 habitants en Vendée, 12,5 en moyenne régionale) et le taux de mortalité le plus fort de la Région Pays de la Loire (9,6 pour 1000 habitants en Vendée, 8,6 pour la Région).

Il y a plus de vendéens âgés de plus de 60 ans que de moins de 20 ans.

La Vendée présente une façade littorale très étendue, particulièrement attractive. Les projections démographiques établissent que le quatrième âge sera de plus en plus fortement représenté dans les communes côtières, dans les années à venir. C'est donc là que se trouve la plus grande concentration d'hébergements collectifs pour personnes âgées. A titre indicatif, la ville des SABLES D'OLONNE est au 2^{ème} rang en âge des villes françaises.

Le secteur commercial n'échappe pas à la règle d'attractivité du littoral puisque trois des cinq établissements privés à but lucratif du département se situent à proximité du bord de mer.

Le parc actuel des résidences pour personnes âgées se divise en trois secteurs :

- le sanitaire, qui désigne principalement le domaine hospitalier public avec les centres de long et moyen séjour et l'hébergement psychiatrique,
- le secteur social et médico-social (public ou privé), qui comprend l'immense parc immobilier de maisons de retraite, logements-foyers, résidences temporaires et autres structures communautaires,
- le secteur des résidences privées avec services qui relève principalement de l'initiative privée, même si les organismes HLM y ont fait quelques incursions, et qui échappe quasiment à tout contrôle administratif .

La Vendée présente une offre d'hébergement assez variée au regard du type de structures et du statut juridique :

- ◆ 6 centres hospitaliers dotés de soins de longue durée et de maisons de retraite ;
- ◆ 1 centre hospitalier spécialisé qui accueille en soins de longue durée des personnes âgées venant de tout le département ;
- ◆ 8 hôpitaux locaux ;
- ◆ 5 maisons de retraite publiques autonomes ;
- ◆ 13 maisons de retraite privées à but non lucratif habilitées à l'aide sociale gérées par des congrégations religieuses ;
- ◆ 9 MARPA (Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées) ;
- ◆ 90 logements-foyers publics qui présentent la particularité de s'apparenter plus à des maisons de retraite qu'à de réels logements-foyers quant à leur mode de fonctionnement ;
- ◆ 5 maisons de retraite privées à but non lucratif non habilitées à l'aide sociale ;

- ◆ 5 maisons de retraite privées à but lucratif appartenant à des groupes financiers ou familiaux et qui font l'objet de la présente étude.

Ces 142 établissements correspondent au nombre de lits suivant : 9 648 (*situation au 15 février 2001*). Par rapport aux 10 281 établissements de France qui totalisent 646 913 places, la Vendée paraît relativement correctement dotée (*1,50 % du nombre de place – 1,38 % du nombre d'établissements pour 0,9 % de la population totale*).

En effet, son taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est de 181,6 alors que le taux régional est de 172,63 et le taux national de 145,95 .

Si la Vendée présente un taux d'équipement globalement satisfaisant pour ce qui est de l'hébergement des personnes âgées, il apparaît toutefois qu'elle est largement déficitaire en lits de soins de longue durée ainsi qu'en lits médicalisés dans les maisons de retraite et surtout dans les logements-foyers. La réforme de la tarification des EHPAD devrait concourir à la résorption partielle de ce retard et permettre au département de faire face au défi que représente l'accroissement du nombre de personnes âgées et de leur degré de dépendance.

Le phénomène de vieillissement de la population étant encore plus préoccupant en Vendée que dans les autres départements de la région Pays de la Loire, la DDASS a entamé une réflexion sur les politiques à mettre en œuvre dès aujourd'hui pour maîtriser le vieillissement démographique, répondre à l'attente des personnes âgées et prendre en charge les divers aspects de leur qualité de vie .

Les deux axes qu'elle entend privilégier sont prioritairement le maintien à domicile et l'accueil des personnes âgées dans des structures de qualité lorsque ce maintien n'est plus possible ou n'est plus souhaité.

Le maintien à domicile serait certainement facilité s'il existait une meilleure coordination des nombreux services intervenant auprès des personnes âgées . La mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination apparaît comme une mesure susceptible d'apporter une solution à ce problème .

Par ailleurs la DDASS travaille en collaboration avec les services d'aide à domicile afin de parvenir à une meilleure adéquation de l'offre et de la demande dans le département .

La médicalisation des établissements vendéens constitue l'une des préoccupations fortes des services de l'Etat pour les années à venir . La réforme de la tarification doit permettre,

par l'allocation de moyens nouveaux aux établissements, d'apporter avant la fin 2003 des réponses à ce problème de sous- médicalisation .

Avant d'examiner en quoi la réforme de la tarification va transformer le paysage du secteur des personnes âgées en Vendée, notamment dans les établissements privés à but lucratif (deuxième partie), il convient d'appréhender la particularité du secteur commercial et des relations qu'il entretient actuellement avec les administrations ainsi que les appréhensions ou réticences que génère le conventionnement (première partie).

1. LES MAISONS DE RETRAITES PRIVEES A BUT LUCRATIF AVANT LA REFORME : UN FONCTIONNEMENT RELATIVEMENT AUTONOME AU SEIN D'UN SECTEUR QUI SE DEVELOPPE

1.1. Les établissements commerciaux : une place à part dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées

1.1.1. Un secteur en pleine expansion au niveau national

La démographie galopante des plus de 85 ans, l'augmentation de la dépendance, l'amélioration des retraites et le ralentissement des investissements publics sont à l'origine de la « poussée » du secteur commercial.

Le secteur privé à but lucratif a connu une phase d'expansion rapide. Sa part dans l'ensemble des institutions est passée de 33% à 40% en 1990 . Le nombre de lits installés par le secteur privé a augmenté de 20% entre 1988 et 1990, alors que celui du secteur public a tendance à stagner (il baisse même pour les hôpitaux locaux et les maisons de retraite) .

Les établissements de droit privé se situent eux aussi sur deux registres juridiques différents : les maisons de retraite à but non lucratif et les autres, à but lucratif, objets de la présente étude. Les premières sont contrôlées par les caisses de retraite, les mutuelles, les associations...(nombreuses congrégations en Vendée). Fiscalement, elles n'ont pas le droit de réaliser des bénéfices. Les secondes relèvent du droit commercial et sont soumises à l'impôt.

L'essor de l'offre d'hébergement a permis au secteur privé à but lucratif de prendre une place importante sur le marché. En 1986, le secteur commercial représentait 6 % des établissements français. En 1997, ce taux s'élevait à 16.5 %.

L'offre commerciale est très diverse ; aux côtés de groupes industriels investis dans le marché gérontologique pour mettre à profit un savoir-faire en matière de logements sociaux et de cliniques, on trouve de multiples initiatives individuelles visant à promouvoir de petites structures pour personnes âgées.

Au plan national, le secteur lucratif reste très défavorisé au niveau de la médicalisation. 4 % des établissements commerciaux bénéficient d'un forfait de soins tandis que 31 % des structures publiques sont médicalisées.

. Les groupes financiers qui représentent 37 % de la capacité du secteur privé à but lucratif, continuent leur expansion. Au cours de l'année 2000, la quasi-totalité des groupes a augmenté sa capacité.

A titre indicatif, à la fin de l'année 2000, les vingt premiers groupes français représentaient 30 000 lits contre 26 000 fin 1999.

Le secteur commercial est en pleine mutation ; après une concentration d'établissements au sein des groupes, une concentration des groupes eux-mêmes est attendue.

Un exemple récent en atteste : le groupe Qualisanté (qui possède deux établissements en Vendée) a fusionné cette année avec le groupe Médica France qui dépend de la caisse des dépôts et consignations. Le nouveau groupe représente une soixantaine d'établissements et devrait se situer au 2^{ème} rang national.

Pour les deux années à venir, tous les groupes ont prévu des rachats et des créations. Les vingt premiers groupes français pourraient représenter plus de 35 000 lits fin 2002. Les groupes commerciaux pourraient alors représenter 45 % de l'offre privée à but lucratif.

Après s'être investis dans les résidences plus ou moins luxueuses du troisième âge, les capitaux sont maintenant attirés par l'hébergement du quatrième âge, plus ou moins dépendant, non par philanthropie mais parce que les promoteurs ont compris que les ravages de l'âge n'épargneraient aucune classe de revenus. Ainsi a-t-on vu Bouygues (par sa filiale « Bâtir ») programmer les résidences « Mélodies » en association avec la compagnie financière de Suez et la Sodexho (restauration collective) mais aussi la Générale des Eaux, par l'intermédiaire de sa filiale la Générale de santé (CGS) lancer les résidences médicalisées « Tiers Temps ». De son côté, la Lyonnaise des Eaux – Lyonnaise Santé - mettait en chantier ses résidences « Mapi » à grand renfort de publicité. Plus récemment, c'est le Groupe SCIC qui, avec le concours de la Caisse des Dépôts, s'alliait avec l'Assistance Publique de Paris pour réaliser un ensemble gériatrique sur le site de l'hôpital Hérold. Le marché du quatrième âge provoque une stimulante effervescence financière.

Comme le notait Alain VILLEZ dans la revue AUTREMENT, l'arrivée des lucratifs interpelle les professionnels du secteur de la vieillesse qui se demandent si cette percée va correspondre au développement d'un système de prise en charge à deux vitesses, l'une pour une population aisée, l'autre pour les plus modestes, et quelle attitude les institutions doivent adopter face à ce marché?

1.1.2. Le secteur privé à but lucratif : une offre minoritaire en Vendée

Une première constatation s'impose ; ce secteur est sous-représenté en Vendée par rapport aux départements voisins (Loire-Atlantique et Charente-Maritime) et aux moyennes nationales :

En effet, il n'y a en Vendée que cinq établissements commerciaux identifiés comme tels. Deux d'entre eux appartiennent au groupe Qualisanté (filiale d'une société d'investisseurs) qui, après sa récente fusion avec le groupe Médica France serait au 2^{ème} rang national des groupes (60 établissements). Les établissements sont situés aux SABLES D'OLONNE (Résidence d'Automne) et à FONTENAY-LE-COMTE (Les Fils d'Argent).

Le premier accueille 71 résidents, ne reçoit aucun forfait de l'assurance maladie et n'est pas habilité à l'aide sociale. Il annonce un GIR Moyen Pondéré (GMP) de 570 et fonctionne avec un personnel soignant comprenant 1 infirmière et 5 aides-soignantes.

Le second héberge 51 résidents, n'est ni médicalisé ni habilité. Il estime son GIR Moyen Pondéré à 571 et son équipe soignante comprend 1 infirmière et 4 aides-soignantes.

Le 3^{ème} établissement appartient au groupe MUTAVIE (branche vie de la MACIF). Son secteur maisons de retraite s'appelle « Les doyennés d'Europe ». Il se situe au 19^{ème} rang des groupes financiers français. Il gère 16 maisons de retraite et 5 Homes. L'établissement vendéen s'appelle « Le Home du Verger » ; il s'accueille 30 personnes désorientées (GMP 650) et possède une équipe soignante composée de 1,5 ETP d'infirmier et 5,5 ETP d'aides-soignants.

La 4^{ème} structure : « Les jardins de Cybèle » relève d'une société de gestion appartenant à des investisseurs qui détient actuellement 9 maisons de retraite (14 prévues pour la fin 2001) chacune étant dirigée par un gérant. Elle occupe le 15^{ème} rang national en nombre de lits.

A la différence des autres maisons privées, cet établissement règle un loyer mensuel au groupe mais ne rend pas de comptes sur sa gestion quotidienne. La dépendance est évaluée à 593 (GMP). Là encore, il n'y a ni médicalisation, ni habilitation. Les 69 résidents sont suivis par une équipe soignante composée de 3 infirmières et 12 aides-soignantes.

La 5^{ème} structure, la maison de retraite « le Bocage » à ANTIGNY se distingue des autres puisqu'elle n'appartient pas à un groupe financier mais à une SARL familiale qui gère 4 établissements. Le GMP des 64 résidents a été validé par l'équipe de conventionnement à 561.

La maison de retraite d'Antigny est le seul établissement privé à but lucratif à avoir signé sa convention tripartite, laquelle a pris effet au 1^{er} décembre 2001. Elle présente aussi la particularité d'être partiellement habilitée à l'aide sociale (10 lits) et partiellement médicalisée (17 places de section de cure médicale).

La maison de retraite d'Antigny fonctionne avec une infirmière et 3,75 ETP d'aides-soignants ; au terme de la convention, elle fonctionnera avec 2,2 ETP d'infirmiers et 7,42 ETP d'aides-soignants / aides médico-psychologiques dont 5,19 ETP seront pris en charge sur le soin.

La dépendance moyenne sur l'ensemble des structures pour personnes âgées de Vendée se situait, pour l'année 2000 à 419,64 (moyenne départementale des GMP). On constate donc que globalement, les établissements privés à but lucratif (GMP moyen de 589) accueillent des personnes plus dépendantes que le secteur public non hospitalier ou le secteur privé associatif.

Les établissements commerciaux, à une exception près, se distinguent des autres par le recrutement de leur clientèle. Seule la maison de retraite d'ANTIGNY, qui pratique une politique tarifaire semblable à celle du secteur public, et qui est située dans une commune

rurale éloignée du littoral, recrute la totalité de ses résidents sur place ou dans les communes avoisinantes.

Pour les autres, le tarif élevé et le défaut d'habilitation à l'Aide Sociale en limitent l'accès à une clientèle aisée. Il peut s'agir de cadres de la région Parisienne, voire de NANTES OU LA ROCHE-SUR-YON, venus s'établir à la retraite au bord de la mer et qui, connaissant des problèmes de dépendance, se trouvent dans l'obligation d'entrer en institution.

Parfois ce sont des familles propriétaires d'une résidence secondaire sur le littoral qui placent leur(s) parent(s) en maison de retraite.

Le choix d'un établissement ne se fait pas en considération de son statut juridique mais au regard de la qualité des prestations qu'il propose et en fonction des tarifs pratiqués.

Dans leur majorité les résidents sont solvables, quelques-uns bénéficient d'une aide financière de leurs enfants, très peu reçoivent la PSD.

Le choix d'un établissement privé, plus coûteux et donc supposé offrir une qualité supérieure de prestations, correspond aussi à une volonté des résidents de rester dans un environnement social proche de celui qu'ils connaissaient avant leur entrée en institution.

Le développement encore modeste des établissements commerciaux pour personnes âgées en Vendée n'a conduit ni la DDASS, ni le Conseil Général, à adopter une attitude particulière à leur égard. Il existe assez peu de projets d'implantation dans le département ; il n'a donc pas été jugé nécessaire de développer de stratégies spécifiques les concernant.

Pourtant, dans d'autres départements, notamment en région Parisienne ou dans le Sud Est, l'offre privée est supérieure à l'offre publique et les pouvoirs publics ont estimé indispensable de procéder, par le biais des schémas départementaux, à un rééquilibrage entre secteur privé et secteur public.

1.1.3. Les résidences-services : établissements (médico) sociaux ou non ?

Parallèlement aux établissements de statut privé à but lucratif, que les Conseils Généraux autorisent en dépit des avis défavorables donnés par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), le secteur commercial a développé une formule – les

résidences services – qui, en l'absence d'un statut juridique précis, ne sont parfois considérées par l'administration que comme de l'immobilier.

Le secteur privé a investi dans les résidences avec services pour retraités au cours des années 80 et plus encore au début des années 90. Le but était d'offrir un logement individuel plus ou moins grand, plus ou moins luxueux dans un ensemble immobilier doté d'une gamme complète de services hôteliers mais aussi médicaux.

Le secteur privé a poussé assez loin la formule de la résidence, médicalisée ou non, avec luxe et services à profusion. Ces ensembles immobiliers sont implantés au cœur des villes. Ils offrent, outre un aménagement intérieur très soigné, un personnel d'accueil compétent et des équipements collectifs de bon niveau. La pension complète inclut l'hébergement, la restauration, le suivi paramédical et l'animation.

Ces résidences présentent toutefois deux inconvénients majeurs ; en cas de dépendance lourde, le locataire doit quitter la résidence et le coût du séjour est très onéreux.

Le problème est de savoir si ces résidences services constituent ou non des établissements d'hébergement pour personnes âgées, relevant à ce titre de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Il semble que la conjonction d'éléments tels que l'organisation d'une vie collective (animation...), la présence d'une « maîtresse de maison » (directrice de l'établissement ...), de services collectifs (restauration, entretien du linge ...) permette de différencier les établissements d'hébergement pour personnes âgées des hôtels, pensions de famille ou simples immeubles locatifs.

Ceci tendrait à exclure du champ de la loi de 1975 les résidences services lorsque la personne âgée est propriétaire de son logement et les résidences ouvertes après autorisation du Président du Conseil Général, mais dont les prestations se limitent à la location d'un appartement.

Ces types d'établissements, en tant que prestataires de services, sont cependant également tenus de respecter les dispositions générales (publicité des prix, délivrance de notes ...) soumises au contrôle de la DDCCRF.

Cette administration a été amenée en Vendée à se poser un certain nombre de questions sur l'activité de l'un de ces établissements et à alerter la DDASS. Il y a effectivement un vrai risque de voir se multiplier des structures accueillant des personnes âgées de façon clandestine, échappant ainsi à tout contrôle.

En outre, il n'existe aucune centralisation de l'information concernant ces établissements dans la mesure où ils ne sont pas soumis à autorisation préalable des Conseils Généraux. En termes de politique vieillesse, il en résulte une absence d'articulation avec les mécanismes locaux de régulation de l'accroissement de l'offre, les établissements souhaitant conserver leur marge d'autonomie.

Cette indépendance est aussi, mais dans une moindre mesure, ce qui caractérise les maisons de retraite commerciales.

1.2 LES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF BENEFICIENT D'UNE CERTAINE INDEPENDANCE AU REGARD DES ADMINISTRATIONS

1.2.1 Une liberté garantie par le statut

Le code de l'Action Sociale et des Familles a été entièrement refondu par l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 entrée en vigueur le 24 décembre 2000.

L'article L.311-1 du nouveau code reprend les dispositions de l'article 1 de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 aux termes duquel sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens du présent Code tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal hébergent des personnes âgées.

L'article L.312.2 du nouveau code précise que ces établissements ne peuvent être créés ou transformés ou faire l'objet d'une extension qu'après avis motivé du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

L'ordonnance du 21 décembre 2000 prononce l'abrogation de la Loi 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, qui était le texte de référence du secteur privé en général, c'est-à-dire à but lucratif et non lucratif.

Les dispositions de ce texte sont reprises intégralement et deviennent les articles L.342-1 à L.342-6 du nouveau code de l'action sociale et des familles.

Suivant l'article L.342-1 de ce code « les établissements pour personnes âgées, mentionnés à l'article L.312-1, qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, ni conventionnés au titre de l'Aide Personnalisée au Logement, ne peuvent héberger une personne âgée, sans qu'au préalable un contrat écrit ait été passé avec cette personne ou son représentant légal ».

Ce contrat de séjour obligatoire pour les établissements commerciaux, bien avant de le devenir pour les autres, est à durée indéterminée et doit préciser notamment les modalités de sa résiliation, les conditions de facturation de toutes les prestations en cas d'absence du souscripteur ainsi que les prestations choisies par le résident. On postule ici que le résident est pleinement autonome et responsable, ce qui bien souvent n'est pas le cas en maison de retraite.

Le prix de chaque prestation offerte par l'établissement est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour ainsi que le prévoit l'article L.342-3 du nouveau code, à l'exception des soins et depuis le 27 avril 1999 des prestations prises en charge par la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). En revanche, toute évolution postérieure des prix est limitée à un pourcentage arrêté chaque année par le ministre de l'Economie et des Finances en fonction de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services. (l'arrêté du 26 décembre 2000 a fixé ce pourcentage à 2,1 % pour 2001).

La Loi 90-600, tout en reconnaissant la libre contractualisation, avait cependant entendu encadrer l'évolution potentielle des prix et ainsi limiter les abus. Dans l'hypothèse où les pourcentages d'évolution ne seraient pas respectés, les services de la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF) sont chargés de constater et de réprimer les infractions, et ce en application des dispositions de l'ordonnance 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence .

Les infractions aux dispositions de l'ancienne Loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 sont punies des peines d'amendes prévues pour les contraventions de 5^{ème} classe (décret n° 91-322 du 27 mars 1991).

A priori, les articles L.342-1 à L.342-6 ne concernent que les établissements non habilités à l'Aide Sociale. Toutefois il peut arriver qu'un établissement soit partiellement habilité ; c'est le cas d'une maison de retraite de Vendée.

Dans ce cas, la solution retenue par les services fiscaux consiste à considérer que la partie habilitée relève de la compétence du Conseil Général et que la partie non habilitée est régie par les dispositions des articles L.342-1 à L.342-6 du code de l'Action Sociale et des Familles.

Par définition l'Aide Sociale ne peut pas participer aux frais d'hébergement des résidents d'un établissement non habilité. Il existe cependant une exception prévue à l'article L.231-5

du nouveau code de l'Action Sociale et des Familles aux termes duquel le service d'Aide Sociale peut participer aux frais de séjour d'une personne âgée dans un établissement d'hébergement avec lequel il n'a pas été passé de convention lorsque l'intéressé y a séjourné à titre payant pendant une durée de cinq ans et lorsque ses ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien.

Le statut juridique des établissements détermine la nature de leurs relations avec les autorités administratives. Pour ce qui concerne les établissements commerciaux, le lien est le plus souvent ténu.

1.2.2 Le droit de regard des administrations est pourtant prévu par les textes

A ce jour et jusqu'à leur entrée dans la réforme de la tarification, les établissements privés à but lucratif n'ont que peu de relations avec les autorités administratives, notamment celles qui vont devenir leurs autorités de tarification.

Au moment de leur création, les établissements ont un contact avec le Conseil Général puisque ce dernier a compétence pour les procédures d'autorisation (article 9 de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée – dispositions spéciales aux établissements privés).

L'autorisation relative aux établissements privés reste subordonnée à l'obtention du certificat de conformité prévue par l'article 18 du décret 95-185 du 14 février 1995. Ce certificat est délivré à l'issue d'une visite de l'établissement effectuée par le Préfet, le Président du Conseil Général ou les deux conjointement. Cette visite permet aux autorités concernées de vérifier que l'établissement correspond aux normes d'équipement et de fonctionnement en vigueur et que le coût des prestations n'est pas excessif au regard des estimations contenues dans le dossier financier.

Dans la pratique, il ne semble pas que le coût des prestations ait fait l'objet de contrôles de la part du Préfet (DDASS) ou du Président du Conseil Général, le contrôle des prix étant assuré pour les établissements commerciaux par la DDCCRF.

Hormis cette procédure ainsi que celle relative à la visite de sécurité obligatoire à la création, les établissements commerciaux n'ont pas de contacts avec les services départementaux. Les établissements encourent toutefois le risque de se voir retirer leur autorisation par le président du Conseil Général (après avis du CROSS). La fermeture de l'établissement relève quant à elle de la compétence du Préfet. Suivant l'article L.331-5 du code de l'Action Sociale

et des Familles, le Préfet ordonne : « la fermeture de la structure ou du service de manière totale ou partielle, provisoire ou définitive ».

« La fermeture de l'établissement valant retrait de l'autorisation de création et de fonctionnement de la structure, le propriétaire d'un établissement à but lucratif perd donc, en quelque sorte, son fonds de commerce. Il pourra donc vendre la maison ... comme villa et non plus comme maison de retraite ». (Mme VEDEAU Ulysse et Jean LORENZI – in IASS La Revue – octobre 2001)

Lorsqu'un établissement est habilité, le Président du Conseil Général détient le pouvoir de contrôler le fonctionnement de la structure et en cas de problème, de retirer son habilitation.

Les rares demandes d'habilitation à l'Aide Sociale ont en règle générale été refusées. Il y a eu toutefois une exception en Vendée puisque l'un des cinq établissements commerciaux a réussi à obtenir une habilitation Aide Sociale pour 10 lits. Le fait que l'établissement (ANTIGNY) soit une structure relevant d'un groupe familial pratiquant une politique tarifaire proche de celle du secteur public explique sans doute cette exception.

Les demandes de médicalisation n'ont jamais été satisfaites par la DDASS, à l'exception du même établissement (ANTIGNY) qui a réussi à obtenir une section de cure médicale de 17 lits (sur un total de 64 lits).

Dans la mesure où les établissements commerciaux ne sont pas médicalisés où lorsqu'ils le sont, reçoivent leur tarification de la C.R.A.M., les services de l'Etat (Préfet – DDASS) n'en ont qu'une connaissance très imparfaite si ce n'est à l'occasion des visites de conformité ou de sécurité.

En application de l'article GE3 de l'arrêté du 25 juin 1980 toute demande d'autorisation d'ouverture doit être communiquée à la Commission de Sécurité qui procède à la visite de réception. Cette même commission effectue également des visites périodiques dans les établissements. Un décret du 8 mars 1995 prévoit la participation de la DDASS à cette commission. En dehors des problèmes de sécurité, l'intervention et le contrôle de l'Etat dans les établissements privés à but lucratif ne peuvent s'opérer que sur la base des compétences du Préfet au titre de l'ordre public.

Celles-ci sont fixées par l'article L.331-5 du nouveau code de l'Action Sociale et des Familles (ex : article 210 de l'ancien code) aux termes duquel : « Si la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint aux responsables de celui-ci de remédier aux insuffisances,

inconvenients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet. S'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans ce délai, le représentant de l'Etat ordonne, après avoir pris l'avis du conseil départemental d'hygiène, la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'établissement (...) ».

La circulaire n° 292 du 21 octobre 1988 relative à la décentralisation rappelle que les pouvoirs de contrôle au titre de l'ordre public sont restés de la compétence exclusive du Préfet et que lui seul peut prononcer la fermeture totale ou partielle, provisoire ou définitive d'un établissement. Ces pouvoirs de contrôle au titre de l'ordre public ne sont pas partagés ; la volonté du législateur a été à cet égard totalement claire.

Dans la pratique, en l'absence de plaintes, la DDASS n'effectue aucun contrôle sur les établissements privés à but lucratif.

Ces établissements sont en revanche bien connus des services de la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation, et de la Répression des Fraudes qui sont chargés de contrôler que les prix, librement fixés à l'entrée du résident, n'excèdent pas les pourcentages d'évolution fixés chaque année par le ministère de l'Economie et des Finances. En cas de demande de dérogation, la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes instruit le dossier et le soumet au Préfet. Cette procédure est assez peu utilisée en Vendée. Seul exemple récent : un établissement qui avait mis en place un système de garde de nuit et voulait répercuter cette charge supplémentaire sur son prix de journée a pu obtenir une dérogation et majorer son tarif de 10 %.

La Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes contrôle l'application des tarifs dans les établissements privés à but lucratif et privés à but non lucratif qui ne sont pas habilités à l'Aide Sociale. Seule exception notable dans le département, la maison de retraite d'ANTIGNY privée à but lucratif qui est partiellement habilitée (10 lits sur 64) et qui, de fait, relève de la compétence du Conseil Général pour cette partie, et de la compétence de la DDCCRF pour la partie non habilitée.

La préoccupation majeure des services de la DDCCRF est d'éviter que les résidents des maisons de retraite privées ne constituent une clientèle captive. C'est à ce titre qu'ils se sont particulièrement intéressés à la mise en place des contrats de séjour pour lesquels le secteur privé a une avance importante sur le secteur public.

Ces contrats sont obligatoires depuis 1990 dans le secteur privé mais seulement depuis 1997 (loi PSD) dans le secteur public.

Les établissements privés n'ont que peu de relations avec la DDASS et le Conseil Général. Mais depuis les lois de décentralisation, ces dernières ont été amenées à collaborer.

1.2.3 LES CONSEQUENCES DE LA DECENTRALISATION SUR LES RELATIONS ENTRE LA DDASS ET LE CONSEIL GENERAL EN MATIERE DE POLITIQUE VIEILLESSE

La décentralisation a incontestablement donné une impulsion à l'offre d'hébergement collectif. Postérieurement à 1986, le taux d'équipement des départements s'est considérablement développé. Mais cet effort a rarement été précédé d'une analyse des besoins en la matière. Toutefois, paradoxalement, la décentralisation n'a pas renforcé les inégalités en termes de taux d'équipement des départements.

Le rôle des autorités administratives est ainsi fixé que chaque décision de l'une a des répercussions sur l'autre, ce qui peut être source de conflits. Ainsi lorsque l'Etat refuse d'accorder à un établissement privé des forfaits de l'assurance maladie (soins courants – cure médicale) pour financer les rémunérations des aides soignants (voire des IDE), celles-ci deviennent des charges supplémentaires pour les résidents qui alors sollicitent l'aide sociale ou la PSD à la charge du département.

Par ailleurs, le département peut être tenté, pour ne pas accroître ses dépenses, de ne pas habilitier certains établissements et particulièrement les structures commerciales à l'Aide Sociale. Ce refus peut toutefois s'avérer dangereux puisque l'absence d'habilitation peut conduire les résidents à solliciter du département des prestations qui sont plus coûteuses pour lui (allocation compensatrice et PSD).

En outre, cela constitue une politique discriminatoire à l'égard des personnes, les établissements étant obligés de sélectionner une clientèle solvable.

Le thème du transfert des charges au détriment du département est devenu une constante du discours des Conseils Généraux. La peur d'une dérive de ces transferts avec la montée

en puissance de la prise en charge de la dépendance, n'a fait que conforter les départements dans leur volonté de clarifier les règles du jeu.

Les Lois de décentralisation ont prévu des mécanismes de coopération entre représentants du département et représentants de l'Etat, mais en réalité les relations entre le Préfet et le Président du Conseil Général ne sont pas toujours consensuelles.

Outre les problèmes d'affinités entre les personnes, il existe des logiques divergentes entre le représentant de l'Etat et le responsable de l'exécutif départemental. La nature des relations entre ces deux hommes se répercute généralement sur leurs services administratifs respectifs.

En l'occurrence, si le Préfet et le Président du Conseil Général ne s'accordent pas dans les différents domaines de l'action publique, il est probable que les services sociaux, respectivement de l'Etat et du département, auront tendance à ne pas coopérer.

Selon D. ARGOUD, in « Politique de la vieillesse et décentralisation » paru en 1998, la Vendée connaissait cette configuration conflictuelle. Il convient de citer in extenso le texte qu'il consacre à ce département :

« Le département de la Vendée répondait parfaitement à ce cas de figure jusqu'à un changement de politique qui a abouti en 1992, à l'adoption d'un schéma départemental gérontologique. C'est un département encore profondément rural et politiquement, très ancré à droite. La vie politique et sociale locale repose sur des réseaux notabiliaires très prégnants. Bien que le département de Vendée ait beaucoup de caractéristiques propres aux départements composant le premier idéal-type, il n'a pas su imposer une régulation implicite du jeu des acteurs. Un plan gérontologique avait été réalisé en 1983 par la D.D.A.S.S. Etat, mais il n'avait pas eu de suite.

En fait, les lois de décentralisation se sont traduites par une forte politisation du département. Cela tient surtout à la personnalité de son président, Philippe de VILLIERS, qui joue également un rôle sur la scène politique nationale. C'est ainsi que les relations entre DDASS-département et DDASS-Etat sont relativement conflictuelles : de nouveaux établissements pour personnes âgées ont été construits dans les années 80, alors que la DDASS-Etat avait annoncé son refus de les médicaliser pour concentrer ses moyens sur les structures existantes. Par ailleurs, la décentralisation a engendré une vague de constructions nouvelles que le président du conseil général a souvent autorisées, quel que soit l'avis de la CRISMS. A l'inverse d'autres départements, le conseil général n'a pas su ou n'a pas voulu

mettre un frein à ces nouveaux établissements, bien que l'hébergement de personnes âgées valides semble n'avoir plus été une nécessité dès le milieu des années 80.

Le conflit avec l'Etat à propos de la médicalisation des lits nouvellement ouverts se double d'un conflit de nature plus politique. Le chef-lieu du département de Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, est géré par une équipe municipale à majorité socialistes. Vu le contexte spécifique de la Vendée, l'opposition politique entre le chef-lieu et son département ne se limite pas, comme dans le premier idéal-type, à la définition de zones d'intervention nettement circonscrites.

La politique vieillesse apparaît au contraire comme un enjeu politique et conflictuel. Le département restreindra, par exemple, le nombre de places habilitées au titre de l'aide sociale dans un logement-foyer géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville. La ville de LA ROCHE-SUR-YON, de son côté, réalisera un plan gérontologique communal dans le but d'en faire un outil politique pour déstabiliser un département qu'elle estime sans politique vieillesse. Autrement dit, chacun des deux protagonistes ne se contente pas du statu quo et essaie d'imposer ses propres règles du jeu. »

L'irruption massive du secteur privé à but lucratif sur le créneau gérontologique dans certains départements au lendemain de la décentralisation a contraint les Conseils Généraux à prendre position sur ce sujet. L'attitude des pouvoirs publics peut varier d'un département à l'autre. Au-delà du sentiment de méfiance que suscite souvent l'émergence du privé à but lucratif, un certain nombre de départements ont adopté une attitude de « laisser faire », voire d'encouragement.

Cela ne semble pas être le cas de la Vendée qui sans décourager les projets commerciaux, ne fait aucun zèle pour les faciliter. Il est vrai aussi que, au-delà de positions idéologiques, le secteur commercial ne peut prospérer que là où des manques importants en matière d'hébergement collectif subsistent et que tel n'est pas le cas de la Vendée qui a une couverture correcte du besoin dans ce domaine.

Si le secteur commercial suscite la méfiance des administrations, la perspective de l'entrée dans la réforme de la tarification a généré quelques appréhensions chez les responsables d'établissement, relayées par diverses fédérations et associations du secteur vieillesse, mais a aussi ouvert des perspectives intéressantes.

1.3 Un accueil globalement négatif pour une réforme insuffisamment explicitée

1.3.1 Fédérations et associations : de l'hostilité à une acceptation sous réserves

Les fédérations d'établissements privés s'étaient élevées contre la réforme de la tarification avant même qu'elle soit annoncée par la loi n° 97 du 24 janvier 1997 portant création de la PSD. Il est vrai que la réforme modifie profondément les conditions de participation des résidents à l'effort de l'établissement et que la PSD était censée solvabiliser ces derniers.

Or, le bilan de cette prestation est très mauvais. Les conditions de ressources pour pouvoir y prétendre étaient très restrictives, les GIR4 étaient écartés de son bénéfice et les recours possibles sur succession jouaient un rôle dissuasif. En outre la PSD n'était pas attribuée uniformément en France ; chaque département gérât la prestation à sa guise.

Créée à titre expérimental, la PSD a surtout permis aux départements d'alléger leurs dépenses par rapport au coût de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Les représentants des établissements et des usagers nourrissaient des inquiétudes sur le niveau de solvabilisation des personnes âgées. Beaucoup d'entre eux auraient préféré que la dépendance devienne un 5^{ème} risque de la sécurité sociale et que la prestation soit gérée par les caisses de base des divers régimes (c'était notamment la position de l'UNIOPSS).

Pour l'UNIOPSS, les conventions tripartites devraient s'inscrire dans le triptyque Autorisation – Habilitation – Convention Complémentaire à l'habilitation, alors qu'en fait elles mélangent des questions qui doivent relever de la seule décision des pouvoirs publics (capacité ou incapacité des établissements à accueillir des personnes âgées dépendantes) et des questions qui relèvent de la négociation.

L'UNIOPSS estimait également que toute réforme de la tarification devait tenir compte des caractéristiques du secteur concerné, et que certains textes, en ne tenant pas compte des établissements à but non lucratif régis par la loi du 6 juillet 1990 et des établissements commerciaux habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, méconnaissaient cette obligation.

La Confédération Nationale des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (CNEHPAD) avait émis un avis favorable au projet de réforme qui lui paraissait juste et équitable, mais se disait très déçue et craignait que, faute d'un financement adéquat, il en résultât un renchérissement du coût de l'hébergement en maison

de retraite de l'ordre de 10 à 12 %, supporté par les personnes âgées les plus dépendantes ou leurs familles.

L' Union Nationale des Etablissements Pour Personnes Agées (UNEPPA) estimait quant à elle, qu'il faudrait environ deux milliards de francs pour prendre en charge les soins qui n'étaient pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Pour l'Union Nationale des Centres communaux d'action sociale(UNCCAS), cela ne faisait aucun doute : le tarif dépendance laisserait de nombreuses personnes âgées seules et démunies pour assurer le coût financier de ce nouveau risque et mettrait en cause l'équilibre économique et la qualité des prestations des établissements d'hébergement, sauf à ce qu'ils s'engagent dans une politique de sélection des risques et des personnes

La Fédération Nationale Accueil et Confort Pour les Personnes Agées (FNACPPA) jugeait la réforme inacceptable sur le plan économique et inadmissible sur le plan éthique.

Les syndicats étaient aussi dans l'ensemble très hostiles à la réforme. La CFTC soutenait que la réforme allait réduire les recettes, générer des prestations moindres, au risque de diminuer l'emploi dans un secteur où le personnel est déjà insuffisant et largement corvéable.

L'ensemble des critiques se focalisait en réalité sur un fait : la réforme était basée sur la PSD. C'était l'objection majeure : en distinguant une tarification dépendance, fondée logiquement sur la lourdeur du handicap, la réforme risquait de peser sur les personnes les plus lourdement dépendantes, qui n'étaient pas forcément bénéficiaires de la PSD. Il en résulterait un transfert de charges sur les plus atteintes d'entre elles.

La loi APA (juillet 2001) et les décrets (novembre 2001), en fixant des montants d'aide significatifs, ont, semble-t-il, rassuré une grande partie des professionnels qui attendent maintenant de voir les premiers effets des conventionnements et de la mise en œuvre de l'APA à partir du premier janvier 2002.

1.3.2. LA REFORME SUSCITE QUELQUES APPREHENSIONS CHEZ LES RESPONSABLES D'ETABLISSEMENTS...

Les établissements privés à but lucratif doivent devenir des EHPAD en signant une convention tripartite avant le 31 décembre 2003. Leurs directeurs nourrissent quelques appréhensions sur la nature et la qualité des liens qui les uniront à leurs co-contractants.

Ils évaluent assez correctement les problèmes que la mise en œuvre de la réforme va générer dans leurs structures, mais surtout ils sont très bien informés des avantages qu'ils pourront en retirer.

Les cinq directeurs que j'ai rencontrés ont paru exprimer librement leurs doutes, leurs craintes et leurs attentes face à la réforme .

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, les établissements commerciaux n'avaient, avant mise en œuvre de la procédure de conventionnement, que peu de contacts avec la DDASS et le Conseil Général. Seule la maison de retraite d'ANTIGNY, partiellement habilitée et médicalisée, avait des relations avec le Conseil Général et la CRAM qui tarifait le soin pour sa section de cure médicale.

Pour les autres, les relations avec le Conseil Général se limitaient aux procédures d'autorisation. La DDASS n'intervenait dans les établissements privés à but lucratif qu'à l'occasion d'enquêtes, provoquées par des plaintes concernant la sécurité des personnes.

Un seul des cinq directeurs rencontrés a fait état d'une enquête effectuée par la DDASS dans son établissement alors que trois structures avaient fait assez récemment l'objet d'une inspection. Il est vrai toutefois que compte tenu du turn-over très important des directeurs d'établissements commerciaux, ceux-ci n'étaient peut être pas encore en poste à cette occasion.

Ces établissements, hormis le contrôle tarifaire des services de la DDCCRF auquel ils étaient soumis, bénéficiaient d'une large autonomie de gestion.

En devenant des EHPAD, ils perdent une grande part de leur liberté puisque désormais ils auront des comptes à rendre non seulement à la DDCCRF pour leur tarif hébergement mais à la DDASS (CRAM jusqu'au 31 décembre 2001) pour le tarif soins et au Conseil Général pour le tarif dépendance.

Les appréhensions des responsables d'établissements privés face à la réforme connaissent des similitudes sur plusieurs points mais aussi des divergences qui peuvent tenir à la personnalité ou aux parcours des directeurs (certains ont travaillé précédemment dans le secteur public et ont déjà connu une tutelle).

L'appréhension la plus souvent évoquée concerne le personnel soignant ; ce dernier, infirmier ou aide-soignant est en général moins bien rémunéré dans le secteur privé lucratif que dans le secteur public ou dans le secteur privé associatif sous convention de 1951. Le

secteur commercial estime ne pas pouvoir aligner ses rémunérations sur celles des autres secteurs.

A la sortie des instituts de formation, les $\frac{3}{4}$ des infirmiers se dirigent vers le secteur public. En outre, le secteur des personnes âgées n'est pas très attractif en début de carrière. Le recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants supplémentaires, consécutif au conventionnement, sera certainement l'un des écueils de la réforme, l'offre de personnels diplômés étant particulièrement déficitaire.

Le problème est à relativiser pour les 5 établissements commerciaux de Vendée qui, sans recevoir de forfaits de l'assurance maladie, avaient déjà un personnel soignant numériquement supérieur à celui des maisons de retraite privées associatives. Il est vrai que pour pouvoir attirer une clientèle connaissant déjà des problèmes de dépendance et justifier des prix de journée élevés, le secteur lucratif devait proposer une forme de médicalisation.

Il n'en reste pas moins que les établissements commerciaux devront consentir des efforts importants pour fidéliser leur personnel soignant et éviter l'hémorragie prévisible vers un secteur public qui lui aussi va bénéficier, dans le cadre du conventionnement, de postes supplémentaires potentiellement plus attractifs.

Par ailleurs les directeurs craignent que l'évaluation de la dépendance opérée par leur équipe soignante ne soit pas validée au même niveau par l'équipe associant les médecins du Conseil Général et de l'Assurance Maladie. Le GIR Moyen Pondéré est en effet susceptible de variations (en fonction de décès, de la dépendance de nouveaux résidents) ayant des répercussions importantes sur le montant de la dotation soins.

D'autres appréhensions face à la réforme ont pu être exprimées. Plusieurs directeurs, déjà soumis à la pression des groupes qui les emploient, redoutent d'avoir à subir des nouvelles formes de tutelle ou/et de contrôle de la part des autorités de tarification.

La complexité de la réforme et le nombre impressionnant de documents à remplir pour prétendre au conventionnement alimentent leurs craintes.

Les directeurs sont bien conscients qu'ils ne pourront bénéficier de la manne que représente pour eux la réforme sans avoir à justifier de l'utilisation des dotations qu'ils percevront. D'ailleurs, dans l'ensemble, ils ne sont pas opposés à ces contrôles, si ceux-ci ne confinent pas à l'acharnement. Là aussi, l'impression est assez répandue selon laquelle le secteur commercial serait systématiquement « dans le collimateur » des autorités lorsqu'il s'agit de faire des contrôles.

Certains pensent qu'il existe une suspicion des autorités administratives à l'égard du privé lucratif, concernant la qualité des prestations offertes dans les établissements. Cette qualité serait jugée incompatible avec le but premier poursuivi, à savoir le profit. Cette suspicion est d'ailleurs plus volontiers attribuée aux services de l'Etat qu'à ceux du département.

Deux directeurs dont les maisons de retraite appartiennent au même groupe financier ressentent une hostilité des autorités par rapport à leur groupe qui imposerait des protocoles identiques dans tous les établissements empêchant, de ce fait, ceux-ci, d'avoir une identité propre.

D'autres craintes ont été formulées, parmi lesquelles :

- un directeur redoute d'aller vers un système d'accréditation avec cahier des charges ;
- un autre se dit submergé de « paperasses » et regrette qu'on lui demande de devenir un « administratif ».

Un autre encore appréhende que les tutelles ne couvrent pas les tarifs.

Dans l'ensemble toutefois, les responsables d'établissements estiment normal de rendre des comptes lorsqu'ils seront conventionnés, même si les procédures budgétaires leur paraissent lourdes. Ils s'accordent également pour émettre le souhait qu'on ne considère plus leurs établissements comme relevant d'un secteur « à part » et qu'on leur applique les mêmes ratios qu'au secteur public.

Les éclairages récemment apportés sur les moyens procurés par l'entrée dans la réforme, les échos sur les premiers conventionnements opérés dans le département et les dispositions des décrets sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) garantissant la solvabilité des personnes, ont largement contribué à diminuer les inquiétudes des directeurs d'établissements commerciaux.

1.3.3 ...ET RANIME LA SUSPICION DES ADMINISTRATIONS

Si les responsables d'établissements privés ont pu nourrir quelques appréhensions à l'égard de leurs relations futures avec les autorités de tarification, il faut reconnaître que ces dernières véhiculent parfois des a priori négatifs à l'égard du secteur commercial.

Cette attitude repose pour partie sur des fondements réalistes, objectifs, et pour partie sur une méconnaissance des établissements et sur un positionnement parfois rigide des services sociaux.

Il est vrai que la plupart des établissements privés à but lucratif de Vendée ont reçu du Conseil Général une autorisation d'ouverture malgré un avis négatif du CROSS, ce qui a pu être mal perçu par les services de la DDASS.

Certaines structures ont fait l'objet de plaintes de la part de familles de résidents mais les diverses inspections effectuées par la DDASS n'ont jamais débouché sur une remise en cause de l'existence de ces structures.

Toutefois, au moins pour un établissement, des dysfonctionnements graves ont été pointés. Il semble en effet qu'un établissement qui appartient à un groupe financier important ait pu ouvrir en présentant un personnel très qualifié (mettant en confiance à la fois les résidents, leurs familles et les administrations), puis très rapidement lui substituer un personnel novice ayant moins d'exigences en matière de rémunérations, mais totalement incapable d'offrir aux résidents des prestations de bonne qualité.

Ceci a pu alimenter la méfiance des autorités de tarification à l'égard du secteur commercial. En effet, la recherche du profit apparaît toujours suspecte dans un secteur aussi sensible que celui des personnes âgées où les valeurs défendues, notamment par les acteurs des services sociaux, ne se situent pas au niveau des impératifs économiques.

Dans la pensée collective, l'idée est répandue que le profit se fait au détriment de la qualité. Les directeurs des établissements commerciaux et publics ont tous des impératifs financiers mais là où ces derniers recherchent l'équilibre budgétaire, les premiers doivent dégager des bénéfices.

On peut d'ailleurs noter qu'il n'a jamais été reproché à un directeur d'établissement public de dégager un excédent en fin d'année puisque ce dernier est réinjecté dans le budget de l'établissement et permet d'investir sur de nouveaux projets.

Dans le secteur commercial, les excédents peuvent toujours être suspectés d'avoir été réalisés au détriment de la qualité des prestations servies aux personnes âgées, et ce, principalement pour accroître les dividendes d'actionnaires.

En l'occurrence, les autorités de tarification ont bien conscience de ce que les moyens nouveaux procurés par les conventionnements vont alimenter les bénéfices de sociétés.

Or, en l'espèce, la mission de la DDASS ou du Conseil Général n'est pas de conforter la situation financière de sociétés avec les fonds de l'Assurance Maladie.

En tout état de cause, il est évident que les responsables d'établissements privés à but lucratif ont pris la pleine mesure des effets bénéfiques que le conventionnement était susceptible de leur apporter et ils souhaitent dorénavant entrer au plus vite dans la réforme.

1.3.4 Malgré certaines réticences, les établissements commerciaux veulent signer rapidement leur convention tripartite

Outre le fait que le conventionnement est une obligation légale pour les établissements qui entendent pratiquer l'accueil de personnes dépendantes, il apparaît que c'est aussi une opportunité financière pour les établissements commerciaux. Cette aubaine n'a pas échappé aux groupes financiers qui incitent fortement leurs établissements à déposer le plus rapidement possible leur dossier de conventionnement.

La question qui se pose pour le secteur lucratif est de savoir si les moyens nouveaux accordés vont provoquer une baisse du tarif hébergement. La mission MARTHE, interrogée par une DDASS sur ce point, a répondu que « rien ne peut obliger les deux contractants (établissement et résident) à revoir le contrat de séjour (principe de sécurité des actes juridiques) mais que les deux ont intérêt à le faire. Seule la révision du contrat permet la facturation de la dépendance à condition toutefois que le tarif hébergement baisse ». Elle concluait que « l'établissement pouvait faire un arbitrage entre baisse forte du tarif hébergement ou baisse plus partielle pour accroître sa marge ou améliorer ses moyens pour la qualité ».

Dans la mesure où aucun des établissements privés vendéens n'a, a priori, l'intention de répercuter de façon significative ce transfert de charges en minorant son prix de journée hébergement, il apparaît que la dotation soins viendra indirectement alimenter les excédents de ces établissements, voire résorber les déficits. Le tarif dépendance sera facturé en sus du tarif hébergement.

Pour les établissements qui avaient fait le choix d'avoir un personnel soignant assez étoffé et qui ne disposaient d'aucun forfait de l'assurance maladie, le bénéfice sera immédiat puisque l'ensemble de ce personnel sera sorti du budget hébergement pour être pris en charge à 70 % sur le soin (assurance maladie) et à 30 % sur la dépendance (résident + APA).

Ces établissements ne se verront toutefois accorder que peu de personnel supplémentaire dans la mesure où leur effectif soignant répond déjà à leurs besoins. On assistera à un redéploiement du personnel pris en charge sur l'hébergement vers le soin.

Pour les établissements qui disposaient de peu de personnel soignant diplômé, la situation est quelque peu différente. Seule la part des agents de service qui sera transférée sur la dépendance (30 %) interviendra en minoration de la section hébergement.

Certes, le personnel soignant qui devra être recruté sera pris en charge par la section tarifaire soins, mais sur des moyens nouveaux accordés dans le cadre du conventionnement. Compte tenu du nouveau principe d'étanchéité des trois sections tarifaires, ces moyens ne pourront servir qu'à un accroissement de la qualité des prestations de soins offertes aux résidents, et non à conforter les résultats financiers des établissements.

Les directeurs d'établissements privés à but lucratif, à l'instar de leurs collègues du secteur public, souhaitent obtenir le maximum de moyens supplémentaires à l'occasion de leur conventionnement. Le financement du soin par l'assurance maladie et de la dépendance par les résidents ou le département (APA), permet aux établissements de réaliser des économies sur l'hébergement. Ceux qui avaient fait le choix de disposer de personnel soignant seront les grands bénéficiaires de la réforme.

Il faut toutefois reconnaître que les établissements commerciaux n'ont pas toujours eu accès à certains avantages dont bénéficient les établissements publics. En effet, ils n'ont pas la faculté de solliciter des subventions publiques pour équilibrer leur budget et ils ne bénéficient pas des mêmes facilités, telles que le recours aux emplois communaux (par exemple pour l'entretien des jardins) et aux contrats emploi-solidarité (en nombre pléthorique dans les hôpitaux locaux). En outre, ils doivent régler la TVA et les taxes sur salaires.

2. LA REFORME DE LA TARIFICATION : UNE PROFONDE REMISE EN QUESTION POUR LES ETABLISSEMENTS, MAIS AUSSI POUR LES « TUTELLES »

2.1. Une transformation radicale de la tarification et du régime budgétaire et comptable des établissements

2.1.1. Le constat d'un système archaïque et inégalitaire

Préalablement à la réforme, le système de tarification des EHPA était fondé sur une répartition binaire des charges entre l'hébergement financé par les résidents voire l'aide sociale et le soin financé par l'assurance maladie. Cette répartition ne tenait aucun compte de la dépendance des personnes et ne correspondait plus à la réalité des dépenses engagées.

Un certain nombre de prestations apparaissent en effet directement liées à l'état de dépendance des personnes, et non aux soins techniques ou à l'hébergement. Il s'agit notamment d'interventions accrues dans le domaine du ménage, de la lingerie mais aussi en matière de soins dits de « nursing » qui ne faisaient l'objet d'aucune individualisation. La mutualisation des efforts paraissait donc injuste dans la mesure où les niveaux de dépendance induisent des coûts très différents.

De plus, le mode de financement du soin par l'assurance maladie, au moyen de forfaits (soins courants – section de cure médicale – soins de longue durée) ne correspondait pas forcément à la charge réelle du soin dans les établissements.

Il s'ensuit que, dans de nombreux cas, le personnel soignant était financé par la section hébergement, et que le prix de journée servait de variable d'ajustement pour équilibrer le budget.

Ceci se vérifie particulièrement dans les établissements privés à but lucratif de Vendée qui, en règle générale, n'avaient pu obtenir de médicalisation et s'étaient cependant dotés de personnels soignants. Ces derniers étaient pris en charge par le budget hébergement.

Les forfaits de l'assurance maladie alloués sans réelle analyse des budgets des établissements et souvent en fonction de situations locales ne présentaient aucune garantie de rationalité et conduisaient parfois à des aberrations. C'est ainsi que, aux dires mêmes des responsables d'établissements, lorsqu'une personne placée en section de cure médicale devenait trop coûteuse en matière de soins, elle pouvait être sortie de cette section et remise dans le circuit normal de prise en charge dans le cadre des soins de ville.

Enfin, aucune évaluation du niveau de qualité des établissements n'était mise en œuvre.

Il importait donc de clarifier la situation et d'introduire des règles d'individualisation de la dépendance pour qu'il y ait une meilleure correspondance entre les charges réelles des établissements et les moyens alloués.

2.1.2. Une tarification ternaire pour individualiser les charges d'hébergement, de soins et de dépendance

Un premier constat a été établi selon lequel la réforme ne pouvait s'opérer à coût constant du fait de l'accroissement prévu du nombre de personnes âgées dépendantes, de l'alourdissement de leur degré de dépendance ainsi que de la nécessaire amélioration de la médicalisation des établissements. Les pouvoirs publics avaient également une condition : la réforme ne devait pas conduire à une augmentation de la part réglée par l'usager.

La réforme de la tarification a été initiée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 puis précisée par deux décrets en 1999.

Le décret 99-316 du 26 avril 1999 prévoit la répartition du budget des établissements en trois sections tarifaires étanches correspondant aux trois tarifs suivants :

- un tarif hébergement à la charge des résidents, voire de l'aide sociale, qui recouvre les prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation ;
- un tarif dépendance à la charge du résident, éventuellement solvabilisé par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, qui recouvre d'une part toute l'aide nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, non liée aux soins, et d'autre part les surcoûts hôteliers liés à l'état de dépendance (trois tarifs différents sont prévus – GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6) ;
- un tarif soins à la charge de l'assurance maladie qui recouvre les soins médicaux et para-médicaux techniques ou liés à l'état de dépendance des résidents. Le nombre et la nature des prestations incluses dans le tarif soins varient en fonction de l'option retenue par l'établissement (tarif global ou tarif partiel). La participation des assurés sociaux aux dépenses de soins (ticket modérateur) est supprimée.

Pour pouvoir individualiser les charges de chaque section tarifaire, une clé de répartition a été créée. Elle donne une estimation des charges de personnel imputables à chaque section, à savoir :

- agents de service..... 70 % hébergement – 30 % dépendance
- aides-soignants..... 70 % soins – 30 % dépendance
- aides médico-psychologiques 70 % soins – 30 % dépendance

Cette règle n'est pas immuable ; dans l'hypothèse où un aide médico-psychologique serait occupé à 50 % de son temps sur des tâches d'animation, il pourrait être pris à 50 % sur l'hébergement et 50 % sur le soin.

2.1.3. L'impact de la nouvelle tarification sur les établissements privés à but lucratif

L'article 31 du décret 99-316 du 26 avril 1999 précise que pour les établissements régis par la loi du 6 juillet 1990, les dispositions du 1° de l'article 1^{er}, de l'article 22 et du 1° de l'article 23 ne sont pas applicables et que les modalités de tarification afférentes à la dépendance ne sont applicables qu'aux contrats de séjour conclus postérieurement à sa date de publication.

En effet, le tarif hébergement des établissements commerciaux n'est pas visé par la réforme puisque le statut de ces derniers leur autorise toute liberté en la matière. Le mode de calcul du tarif journalier afférent à l'hébergement ne peut donc être réglementé par décret et le Conseil Général n'intervient pas pour la fixation de ce tarif.

L'article 31 du décret 99-316 a été modifié par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 pour tenir compte de l'abrogation de la loi 90-600. Désormais, ce sont les articles L. 342-1 à L 342-6 du code de l'Action Sociale et des Familles qui régissent le secteur commercial.

Le décret du 4 mai 2001 a également précisé que les modalités de tarification de la dépendance ne seraient applicables qu'aux contrats de séjour conclus après signature de la convention tripartite.

Le cloisonnement étanche des sections tarifaires et l'identification précise des charges imputables à chacune d'entre elles apportent une clarification du mode de tarification. Chaque bloc tarifaire doit en effet prendre à son compte les résultats de sa section, le tarif hébergement n'ayant plus à jouer le rôle de variable d'ajustement. Pour les établissements privés non médicalisés, le problème ne se posait pas puisqu'il y avait un budget unique.

La nouvelle section tarifaire hébergement, par le déport de la charge des agents de service (30%) sur la dépendance et l'arrêt de la couverture induite de charges de soins (part des aides-soignants / aides médico-psychologiques non prise en charge par les forfaits de l'assurance maladie) devrait baisser.

Ainsi, dans les établissements privés à but lucratif non médicalisés qui rémunéraient cependant du personnel soignant (IDE et AS/AMP), le nouveau tarif hébergement devrait considérablement diminuer puisque 30 % des agents de service passeront sur la

dépendance, 100 % des IDE, 70% des AS/AMP seront imputés sur le soin et 30% des AS/AMP iront sur la dépendance.

Or, a priori, ces établissements n'ont pas prévu de répercuter cette minoration des charges d'hébergement sur le prix de journée. Pour eux, il semble que les moyens tirés du nouveau système de tarification soient bien plus un supplément de dotation leur permettant une meilleure rentabilité qu'une possibilité de réduire la facture des usagers .

Le risque est donc réel que les transferts de charges sur le soin et la dépendance aient en définitive pour principale conséquence d' accroître les profits des sociétés plutôt que d'améliorer la qualité des prestations.

La nouvelle tarification ternaire s'accompagne de nouvelles règles en matière de procédure budgétaire et comptable.

2.1.4. Des règles particulières de gestion budgétaire et comptable pour les établissements commerciaux

L'article 50 du titre V du décret 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD (non modifié par le décret 2001-388) prévoit l'applicabilité aux établissements privés à but lucratif non habilités à l'AS des dispositions de ses articles 14 (sauf 3° et 4°), 17 à 19, 21 à 24, 26 à 29, 32, 46 (2 premiers alinéas) et 52.

Les établissements privés doivent donc faire voter par leur conseil d'administration avant le 15 octobre de l'année N – 1 les propositions budgétaires relatives aux demandes de financement relevant des autorités de tarification. Ils doivent annexer à ce projet le rapport du directeur justifiant ses propositions de dépenses et ses prévisions de recettes, le tableau des effectifs, les informations relatives au GIR ainsi qu'un état de répartition des charges et produits par section tarifaire.

L'autorité compétente pour l'Assurance Maladie (la CRAM jusqu'au 31 décembre 2001, le Préfet (DDASS) à compter du 1^{er} janvier 2002) fixe les tarifs soins et le Président du Conseil Général fixe les tarifs dépendance.

Les propositions budgétaires et documents annexes doivent être transmis à la CRAM et à la caisse pivot, au Président du Conseil Général et à la DDASS dans les 8 jours suivant leur adoption par le conseil d'administration. La CRAM doit alors recueillir les avis des organismes responsables de la gestion des régimes d'Assurance Maladie concernés et adresser ces avis à la DDASS et à l'établissement.

Le Président du Conseil Général quant à lui adresse son avis relatif aux tarifs afférents aux soins à la DDASS , à la CRAM et à la caisse pivot. Le DDASS adresse un avis sur le tarif dépendance au Président du Conseil Général.

Les articles 21 à 24 et 26 à 29 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 définissent une procédure budgétaire identique pour les établissements privés et publics.

L'article 32 prévoit que la fixation des tarifs journaliers afférents aux soins par la DDASS vaut autorisation de financement par l'assurance maladie des charges nettes annuelles d'exploitation auxquelles correspond le produit des tarifs journaliers afférents aux soins.

Les deux premiers alinéas de l'article 46 s'appliquent au secteur commercial :

-le 1^{er} alinéa prévoit que « pour la fixation des tarifs journaliers et du montant de la dotation globale de financement, les autorités de tarification ne tiennent compte que des rémunérations des personnels telles qu'elles résultent des dispositions de la convention collective ou de l'accord d'établissement ayant reçu l'agrément prévu par l'article L.313-12 du code de l'Action Sociale et des Familles. »

Cet article prévoit en effet que les conventions ou accords agréés par le Ministre compétent s'imposent aux autorités de tarification.

-le 2^{ème} alinéa dispose que lorsque l'établissement n'applique pas de convention collective ou d'accord d'établissement agréés, les rémunérations de ces personnels ne sont prises en compte que dans la limite de celles applicables aux catégories similaires des personnels de la fonction publique hospitalières ou, à défaut, des organismes publics analogues possédant les mêmes qualifications et la même ancienneté.

L'article 51 du décret 99-137 prévoit que les établissements privés communiquent aux autorités de tarification et à la CRAM tous les documents nécessaires à ces dernières pour calculer les tarifs prévisionnels, les prix de revient de l'année précédente et leur permettre de contrôler l'effectivité et la qualité des services financés par l'Assurance Maladie et le département.

Pour ce faire, ils doivent fournir à la DDASS et au Président du Conseil Général avant le 30 avril un compte d'emploi et un rapport relatif à l'utilisation des financements accordés par le département (PSD puis APA) et par l'Assurance Maladie (soins) pour l'exercice précédent. En cas d'affectation ne correspondant pas à ce qui était prévu, les établissements devraient opérer des reversements.

Le décret 99-317 étend aux établissements privés commerciaux partiellement ou totalement habilités l'applicabilité des articles 9 et 19 relatifs notamment à la présentation du budget et du tableau des effectifs. Ceci concerne uniquement en Vendée la maison de retraite d'ANTIGNY qui, du fait de son habilitation partielle, doit rendre des comptes au Conseil Général sur le tarif hébergement.

Les nouvelles dispositions budgétaires et comptables vont s'appliquer aux établissements de tous statuts dès le moment où ils auront signé la convention tripartite qui les liera au Préfet (DDASS) et au Président du Conseil Général.

En Vendée, les autorités de tarification ont mis en place un certain nombre d'instances qui leur permettent de travailler efficacement en concertation.

2.2 Un travail partenarial DDASS-DSF pour la mise en œuvre de la Réforme en Vendée

2.2.1 L'élaboration de méthodes et la création d'instances pour assurer le suivi du conventionnement

Dès l'automne 1999, a été constitué un comité de pilotage auquel participaient :

- la DDASS,
- le Conseil Général,
- la DRASS,
- la CRAM,
- la CPAM,
- la MSA.

Pour effectuer un travail d'évaluation des établissements et de réflexion sur les exigences de qualité, deux commissions ont été mises en place :

- une commission évaluation constituée d'administratifs chargée d'opérer un classement des établissements vendéens en tenant compte du niveau de dépendance et des dotations en moyens financiers et en personnel,
- une commission qualité constituée de médecins et de représentants des établissements chargée de travailler sur le cahier d'auto-évaluation et d'élaborer un canevas de convention tripartite. Ce dernier constituera le pivot de la négociation reprenant les grands thèmes définis au cahier des charges.

Les premiers résultats des travaux ont été présentés aux directeurs d'établissements le 23 novembre 2000.

Une forte implication du comité de pilotage et une bonne collaboration de la DDASS et du Conseil Général ont permis d'aboutir à un état des lieux exhaustif de la situation et des besoins des établissements.

Les données recensées donnent une valeur nette du point dépendance et une valeur nette du point soins. Leur classement de la valeur du point soins la plus basse à la valeur la plus haute a permis au comité de pilotage de déterminer une liste d'établissements dont l'entrée dans la réforme de la tarification était souhaitable.

Pour affiner la liste des établissements à retenir dans un premier temps, trois critères ont été retenus :

- être candidat,
- avoir un GMP supérieur à 500,
- être doté potentiellement d'un médecin coordonnateur.

Une liste de 12 établissements de tailles et de statuts juridiques divers a été arrêtée. L'un de ces établissements est une maison de retraite privée à but lucratif qui présente ainsi que nous l'avons vu précédemment la particularité unique dans le département, d'être partiellement médicalisée et partiellement habilitée à l'aide sociale.

Le comité de pilotage et la commission qualité ont défini le contenu du dossier préparatoire de demande d'entrée dans la réforme et le canevas de convention tripartite. Puis des équipes de conventionnement comprenant deux administratifs de la DDASS, deux administratifs du Conseil Général et deux médecins (issus du Conseil Général, de la CPAM ou de la MSA) ont été constituées.

Cette procédure est particulièrement lourde puisqu'elle nécessite la tenue de quatre ou cinq réunions d'équipes de six personnes, voire davantage si la négociation n'aboutit pas la première fois. A cet égard, il y a lieu de relever que cette même procédure sera difficilement applicable pour tous les établissements, compte tenu de la nécessité de conventionner les 142 établissements de Vendée avant la fin de l'année 2003.

Les services instructeurs DDASS et DSF se sont dotés d'un guide méthodologique composé de trois parties :

1. Rappel du code de la procédure, des recommandations du cahier des charges.
2. Etude du dossier et enquête sur place.
3. Le conventionnement :
 - plan de travaux et équipements,
 - plan de recrutement,
 - tableau récapitulatif des objectifs généraux.

Dès que le dossier est complet, l'équipe se réunit et fait une lecture commune qui permet d'arrêter une première approche du dossier et de préparer la visite sur place.

La connaissance de l'établissement est souvent imparfaite et très parcellaire. Les médecins ont une vision souvent exacte de la dépendance mais les administratifs ne connaissent parfois la structure qu'au travers de documents budgétaires, ou au mieux, du fait de leur présence lors des visites de conformité et de sécurité. Ceci est encore plus vrai pour les établissements privés que le Conseil Général avait à connaître au moment de leur création mais ne revoyait plus après et que la DDASS ne connaissait qu'en cas de plaintes.

La visite de l'établissement doit permettre d'apprécier les espaces privatifs, collectifs, de soins, l'avancement des projets de vie, de soins, et de mesurer les besoins en termes d'effectifs, de formations et d'investissements. La visite est aussi l'occasion pour les médecins du Conseil Général et de l'Assurance Maladie de rencontrer le personnel soignant et de valider le GMP.

Le travail d'instruction et la visite de l'établissement par une équipe pluridisciplinaire constituent donc une richesse essentielle pour le bon déroulement de la négociation. Postérieurement à la visite, une réunion de synthèse est tenue entre la DSF et la DDASS au terme de laquelle une stratégie à l'égard de l'établissement est arrêtée.

C'est au cours de cette réunion que sont évaluées les conséquences financières des moyens susceptibles d'être octroyés à l'établissement. En effet, toute décision de financement de personnel engage la DSF et la DDASS.

Ainsi, lorsque la DDASS accorde un poste d'aide-soignant supplémentaire, qu'elle finance à 70 %, l'accord de la DSF est nécessaire puisque 30 % des charges de ce poste seront imputées sur la dépendance, laquelle sera indirectement financée par le Conseil Général (APA).

Il convient en outre de mesurer les conséquences des décisions prises par rapport aux autres établissements du département. Chaque attribution complémentaire de financement sera immédiatement connue et pourra faire l'objet de pressions de la part des élus ou des responsables de structures. Il importe donc, sans avoir à fixer de règles strictes sur les quotas de personnel, de rechercher équité et cohérence dans cette première phase de conventionnement.

Après la réunion de synthèse, un courrier commun Conseil Général / DDASS est adressé à l'établissement contenant les propositions qui seront discutées au cours de la réunion de négociation. C'est à ce moment que l'établissement fait savoir s'il accepte ou non les propositions des autorités de tarification. Dans l'hypothèse où il accepte, la convention est validée. Sinon, la négociation reprend. Après accord, le dossier est soumis au CROSS et à la Commission Permanente du Conseil Général.

Depuis la parution des décrets sur l'APA, le passage en CROSS n'est plus obligatoire pour les établissements déjà médicalisés. Il semble également que le passage devant la Commission Permanente ait été abandonné en Vendée.

La méthode contractuelle bouleverse les habitudes de travail du secteur médico-social.

Avant la réforme, le secteur était organisé à l'intérieur d'un cadre juridique au sein duquel les établissements ne pouvaient pas discuter les mesures qui leur étaient appliquées

Les établissements ont désormais le pouvoir de négocier même si le contrat de droit public que constitue la convention tripartite, laisse à l'Administration ses prérogatives de puissance publique. En effet, tout ce qui concerne la création, l'extension et les transformations relève toujours d'une décision unilatérale.

En outre, dans la mesure où il souhaite accueillir des personnes âgées dépendantes, un directeur d'établissement n'a pas le choix ; il doit signer la convention.

L'établissement ne sera donc pas à armes égales avec ses autorités de tarification. On peut également se demander si ces dernières se situent au même niveau dans le processus de conventionnement.

2.2.2. Un partenariat DASS/DSF bien vécu comme condition de la réussite du conventionnement

Dans la première partie de ce mémoire, il était fait mention d'un texte de D. Argoud, lequel décrivait la nature des relations entre les services de l'Etat et ceux du Département comme relativement conflictuelles en Vendée. Ce texte date de 1998 . Or il faut bien admettre que la situation a fortement évolué au cours de ces dernières années et que le travail des équipes techniques, en place depuis peu, s'effectue actuellement dans d'excellentes conditions.

Préalablement à la mise en œuvre de la réforme de la tarification, les services du département avaient des prérogatives bien définies sur les questions d'hébergement et les services de la DDASS se limitaient globalement aux problèmes des soins, pour les établissements médicalisés, et de la sécurité des personnes.

Les deux administrations avaient des contacts séparés avec les établissements (concernant le secteur lucratif, il convient davantage de parler d'absence de contacts).

La réforme de la tarification change radicalement la donne ; les services de l'Etat doivent travailler quotidiennement avec ceux du département. Le conventionnement induit une nécessaire coordination des deux autorités. Les visites de conventionnement sont l'occasion pour les directeurs d'établissements d'avoir face à eux, simultanément pour la première fois, leurs deux autorités de tarification. Cette nouveauté a largement été soulignée et appréciée au cours de toutes les visites de conventionnement.

Ce travail en binôme de la DDASS et du Conseil Général n'est pas sans poser quelques questions sur la nature et l'étendue des champs de compétence des uns et des autres.

A priori, lors de la visite de conventionnement, les agents de la DDASS ont vocation à se préoccuper de tout ce qui concerne le soin pour lequel ils sont autorité de tarification.

Mais si l'on tient compte des prérogatives du Préfet en matière d'ordre public, tout ce qui peut compromettre le bien-être, la sécurité et la santé des personnes doit également faire l'objet de leur attention. Les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement doivent donc être examinées par les agents de la DDASS aussi bien que par les agents du Conseil Général, autorité de tarification de l'hébergement (sauf pour les lucratifs) et de la dépendance.

Là réside peut-être la grande nouveauté de ce travail partenarial ; les champs de compétence s'entremêlent, les attitudes ne sont pas figées et il existe une part de liberté dans la mise en œuvre de cette réforme qui permet aux acteurs de fixer localement les règles du jeu. C'est d'ailleurs ce regard croisé des institutions qui permet d'enrichir les constats effectués, de bâtir des diagnostics plus solides et d'élaborer des solutions adéquates.

En écho à ce questionnement sur la limite des champs de compétence, on constate qu'aux termes de l'article 18 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999, le Président du Conseil Général émet un avis sur les tarifs soins, et réciproquement le Préfet (DDASS) donne son avis sur les tarifs dépendance.

La coopération entre les services de l'Etat et ceux du Département comporte toutefois des limites tenant aux enjeux différents pour chacun des deux partenaires. Même si, à terme, c'est l'intérêt de l'usager qui doit être recherché et privilégié, il n'en demeure pas moins que les deux administrations n'ont pas forcément les mêmes moyens à y consacrer.

Les DDASS ont été encouragées à conventionner le plus rapidement possible un grand nombre d'établissements et, à cet effet, des crédits importants ont été mis à leur disposition. Les Conseils Généraux pour lesquels la mise en œuvre de l'APA représente un coût très élevé, paraissent moins enclins à créer de multiples postes.

Pour ce qui concerne la Vendée, l'absence de médicalisation de nombreux établissements et notamment des Maisons de retraite privées, conduit les services de la DDASS à financer une grande quantité de nouveaux postes d'IDE et d'AS-AMP.

Or s'il est vrai que l'Assurance Maladie finance intégralement le tarif SOINS, partiel ou global (la réforme de 1999 ayant supprimé la participation des usagers), le département doit verser, pour sa part, à compter de janvier 2002, la prestation d'autonomie qui aidera les personnes âgées à s'acquitter du tarif dépendance, voire l'Aide Sociale pour atténuer le tarif hébergement des résidents impécunieux.

Il est donc primordial pour le Conseil Général que les agents intervenant sur le soin, initialement rémunérés sur l'hébergement, ce qui était le cas dans la plupart des établissements non médicalisés, soient transférés sur la section tarifaire SOINS dans la mesure où leur qualification le permet.

Pour limiter le coût de la Réforme, le Conseil Général pourrait être tenté de procéder à des redéploiements de personnel et de restreindre le plus possible les embauches, le risque étant alors de ne pas fournir aux établissements les moyens suffisants pour améliorer les prestations offertes aux personnes âgées et se fixer des objectifs ambitieux en matière de qualité.

La mise en œuvre d'objectifs au moyen d'une convention tripartite modifie radicalement les pratiques, induit un engagement fort des institutionnels et permet en définitive aux services de l'Etat de mieux affirmer leur légitimité sur le secteur des personnes âgées et sur tout ce qui concerne la prise en charge du soin.

L'ampleur des moyens financiers alloués dans le cadre de la réforme EHPAD contribue, concomitamment au travail en profondeur effectué sur le terrain, à restaurer l'image de la DDASS, partenaire incontournable dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

D'ailleurs les établissements, et particulièrement les établissements commerciaux non médicalisés, ont bien conscience de ce que les moyens nouveaux proviendront pour l'essentiel de l'Assurance Maladie. Malgré cela, il semble encore que les responsables d'établissements, en cas de problèmes, s'adressent volontiers en priorité au Conseil Général, partenaire souvent mieux identifié que la DDASS, jusqu'à présent.

2.2.3 Le partenariat se prolongera dans les missions d'évaluation de la qualité

Ainsi que cela a été précisé ci-dessus, les relations entre les établissements et leurs autorités de tarification connaissent, avec l'entrée dans la réforme, une modification substantielle. La simple négociation budgétaire annuelle laisse la place à une véritable étude de fond de l'activité existante et prévisionnelle d'un établissement sur cinq ans. Le volet qualité de la convention constitue l'instrument de cette mutation que certains ont qualifiée de révolutionnaire.

La convention tripartite définit les conditions de fonctionnement des établissements tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil.

La convention doit respecter un cahier des charges qui s'attache à préciser les contours d'une démarche d'assurance qualité et promouvoir une évaluation du dispositif conventionnel.

Les recommandations contenues dans le cahier des charges doivent devenir pour les établissements des objectifs susceptibles de justifier l'attribution de financements supplémentaires. Ces recommandations concernent :

- ◆ la qualité de vie des résidents (projet institutionnel, qualité des espaces privés, collectifs et de ceux réservés aux soins, accessibilité et sécurité des locaux ...) ;
- ◆ la qualité des relations avec les familles et l'entourage des résidents ;
- ◆ la qualité des personnels exerçant dans l'établissement ;
- ◆ l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

La qualité des prises en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui les assurent, dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transparence du fonctionnement de chaque institution clairement défini dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

La qualité s'apprécie au regard de la satisfaction des résidents et de leurs familles, par rapport à l'habitat, la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité ou de solitude, et à la qualité d'ensemble de la vie sociale et des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré minimal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

Dans leur grande majorité les établissements ont eu des difficultés à appréhender le concept de qualité, d'une part parce que cette démarche est particulièrement novatrice et d'autre part parce que tous avaient le sentiment de « faire de la qualité » depuis longtemps.

Les établissements commerciaux semblent à cet égard avoir une longueur d'avance dans la connaissance de ce type de démarche, voire dans sa mise en œuvre.

Les groupes gestionnaires de maisons de retraite ont en effet déjà mis en place de nombreuses actions de certifications, ou formalisé des protocoles contenant des exigences

parfois supérieures à celles qui sont préconisées dans l'ensemble des établissements, à l'occasion des conventionnements.

Il est difficile de juger si ces protocoles parfois complexes, trop détaillés, sont réellement appliqués. Mais il est intéressant de relever que malgré leur souci de rentabilité, les établissements commerciaux se sont engagés dans la mise en place de procédures visant à l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées.

La question s'est posée de savoir si la qualité était identique dans les établissements privés et publics. Dans la mesure où les prix de journée sont en règle générale largement supérieurs dans le secteur privé (cela se vérifie pour quatre des cinq établissements vendéens), il était en effet permis de se demander si un supplément de qualité était proposé aux résidents.

Là encore il paraît difficile de généraliser ; il semble en effet que les établissements le plus récemment construits bénéficient d'une qualité de conception architecturale supérieure à bien des établissements publics. Il est visible que les problèmes de dépendance ont fait l'objet d'une réflexion en amont ; les bâtiments sont de plain-pied, souvent disposés en étoile, les locaux sont très fonctionnels, des espaces ont été aménagés pour les personnes désorientées, des parcours sécurisés leur permettent de se promener dans les jardins.

Les structures commerciales dont les programmes immobiliers sont définis de façon assez uniforme par les groupes financiers, ont parfois tendance à proposer des chambres déjà meublées qui laissent peu de place à l'initiative des résidents pour les installer avec leurs meubles et suivant leur goût.

S'agissant des prestations de restauration, il paraît très difficile de porter une appréciation définitive sur leur niveau de qualité à partir de simples impressions.

En ce qui concerne le volume de personnel mis à disposition des résidents, rien n'indique qu'il soit supérieur dans le secteur à but lucratif.

Les établissements commerciaux ne bénéficiant pas des forfaits soins de l'Assurance Maladie ne disposaient que de peu de personnel soignant, mais faisaient massivement appel aux praticiens et infirmiers libéraux dont les actes et prescriptions étaient intégralement remboursés aux résidents.

A. VILLEZ (revue AUTREMENT) estime qu'il y avait quelque chose de choquant dans ce droit de tirage illimité alors que les établissements publics et privés à but non lucratif avaient les pires difficultés pour obtenir les forfaits soins leur permettant l'embauche de personnel soignant.

De même, il y a quelques années, les Conseils Généraux hésitaient à habilitier des établissements à l'Aide Sociale alors que de nombreuses allocations compensatrices pour tierce personne étaient versées à des personnes résidant dans des établissements commerciaux.

La médicalisation des structures avec le recrutement d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers et aides soignants supplémentaires, va mettre un terme à ces inégalités entre structures, nées de leur différence de statut juridique.

Les effectifs des trois sections tarifaires deviendront comparables entre établissements. L'exigence de qualité devra, dès lors, être la même dans tous les EHPAD, de statut public ou privé.

Les DDASS et les Conseils Généraux seront les garants, par le biais de l'évaluation, de l'engagement des établissements dans la démarche d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux résidents.

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent s'engager dans une démarche d'auto-évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'institution. Cette évaluation doit concourir à la satisfaction des résidents et de leurs familles ainsi qu'à celle du personnel, en assurant aux usagers l'autonomie sociale physique et psychique la plus importante possible.

Dans cet objectif, chaque institution doit proposer dans un rapport formalisé prenant en compte ses spécificités, les modalités de cette évaluation servant de base au renouvellement de la convention tripartite. Le cahier des charges recommande des outils et des indicateurs. Ces derniers, regroupés par thèmes (vie dans l'Institution, état de santé des

résidents), ont pour objet d'aider à apprécier les différents éléments concourant à la qualité de la prise en charge.

Il ne s'agit pas en l'occurrence de normes rigides, mais plutôt de références de bonnes pratiques, les concepteurs de la réforme ayant décidé de laisser la plus grande marge de manœuvre possible aux co-contractants.

Les DDASS et les Conseils Généraux devront vérifier que les établissements apportent bien aux usagers toutes les réponses nécessaires au regard des exigences de qualité requises par les textes, en tenant compte, toutefois, de la diversité des situations, de l'histoire des établissements.

L'approche de l'établissement auparavant quasiment limitée au seul aspect budgétaire, voire inexistante pour le secteur commercial, s'étend désormais à toutes les activités de l'établissement.

L'évaluation est un contrôle d'efficacité, elle a pour but de vérifier que les établissements conventionnés délivrent bien des prestations qui apportent une réelle amélioration de la vie des résidents, que les engagements en termes de qualité ont été respectés.

L'évaluation s'appuie sur des critères objectifs tels que niveau de qualification des personnels, normes de sécurité, etc ... et sur des critères plus subjectifs parfois difficiles à contrôler (ex : respect des personnes ...).

Bien qu'il soit encore trop tôt pour appréhender de façon très précise les modalités pratiques de l'évaluation, il apparaît que celle-ci sera l'une des missions nouvelles des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et qu'elle prolongera le partenariat avec le Conseil Général au-delà de la première phase de conventionnement.

Les IASS auront également à jouer un rôle de conseillers et d'animateurs auprès des EHPAD, instaurant avec les établissements un véritable partenariat autour d'objectifs communs.

Toutefois il ne faut pas oublier le rôle d'inspection qui devrait connaître un nouvel essor à l'occasion de la rénovation de la Loi de 1975.

L'article 52 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 précise d'ailleurs que sans préjudice de l'exercice des pouvoirs généraux de contrôle confiés au préfet et au président du conseil général, le préfet peut, à son initiative ou à la demande de la CRAM ou de la caisse chargée du versement de la dotation globale, soumettre tout établissement (public ou privé)

connaissant des difficultés de fonctionnement ou de gestion, à l'examen d'une mission d'enquête.

Selon Madame Bonnet-Galzy (Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales) : « La modernisation de l'action de l'Etat sur le terrain passe par la qualité de la collaboration administrative au service de l'utilisateur et par le contrôle de la qualité de sa prise en charge. Les fonctions d'inspection du premier degré sont garantes d'une meilleure qualité de prise en charge de l'utilisateur par l'exercice d'un contrôle permanent, structuré, interdisciplinaire et coordonné au niveau local, capable à la fois de conseils, de mises en garde, voire d'alerte »

3 - PROPOSITIONS

Les entretiens avec les responsables d'établissements et le suivi de toutes les étapes du conventionnement de plusieurs établissements m'ont permis de déceler un certain nombre de difficultés survenant dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD.

Certaines sont d'ordre général et concernent les textes, d'autres ont trait à la collaboration entre administrations, ou aux modalités pratiques de mise en place de la réforme, d'autres enfin ont été mises en relief par la simple observation de la vie dans les institutions

Il convient d'examiner ces difficultés et d'envisager des mesures permettant de les résoudre.

3-1 Le récapitulatif des lois, décrets, arrêtés et circulaires parus depuis le mois d'avril 1999, contenu dans la bibliographie en fin de document, atteste de l'ampleur des dispositions de la réforme. Certains de ces textes manquent parfois de clarté.

A titre d'exemple, l'article 50 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 modifié, prévoit l'applicabilité aux établissements privés à but lucratif non habilités au titre de l'aide sociale, des dispositions de certains de ces articles parmi lesquels les 17, 18, 22, 24, 26 et 27.

Or, ces derniers contiennent des dispositions relatives aux tarifs hébergement qui ne concernent pas les établissements commerciaux, dans la mesure où ceux-ci ont toute liberté pour les fixer. L'article 1^{er} du décret 99-317 précise bien que les EHPAD relèvent, en tout ou partie, des dispositions dudit décret, mais il subsiste une ambiguïté dans la compréhension du texte.

Les professionnels qui ont à mettre en œuvre la réforme, s'accordent pour la trouver complexe, voire confuse, et sont unanimes pour demander des instructions plus claires. La réforme est, a fortiori, particulièrement obscure pour la grande majorité des usagers et de leurs familles.

Il appartient aux agents des DDASS et des Conseils Généraux de venir en aide aux établissements pour leur permettre d'expliciter aux usagers les effets de cette réforme.

A défaut de se déplacer dans les établissements, les administrations pourraient réaliser des plaquettes exposant, de la manière la plus simple possible, les divers aspects de cette réforme.

---ooOoo---

3-2 Le conventionnement tel qu'il a été conçu à la DDASS de Vendée est un travail en profondeur consistant en une remise à plat de la situation des 142 établissements du département.

Pour chaque établissement, c'est au minimum trois ou quatre réunions de 3 heures et une visite de 8 heures qui mobilisent 6 agents (2 agents de la DDASS, 2 agents de la DSF, 1 médecin de la DSF et 1 médecin de l'assurance maladie). Lorsque la négociation n'aboutit pas de suite, et c'est souvent le cas, il faut prévoir des réunions supplémentaires.

A ce temps, il faut ajouter le travail effectué en interne par chacune des administrations sur le dossier : examen des pièces, préparation des réunions, vérification de la convention, courriers (navettes), ainsi que le téléphone et la frappe, soit au moins 150 heures par dossier.

Le conventionnement des 142 établissements vendéens devant être réalisé avant le 31 décembre 2003, il est évident que le travail ne pourra être effectué dans les mêmes conditions, dans les mois à venir. Il convient donc de repenser la coopération entre DDASS et DSF, d'alléger les équipes et de diminuer les temps de réunions. Les équipes étant désormais rôdées, certaines interrogations de départ étant levées, des gains de temps sont possibles.

La composition des équipes de conventionnement pourrait être allégée lorsqu'il s'agit d'établissements dont le dossier paraît ne pas devoir poser de problèmes. La réunion de concertation avant visite pourrait n'être tenue qu'avec un administratif de la DDASS, un du Conseil Général et un médecin (Conseil Général ou assurance maladie).

La visite de la structure est un temps fort qui ne saurait être réduit ; la connaissance des locaux est indispensable pour pouvoir porter un regard global sur l'établissement. Mais lorsque la matinée est consacrée à la visite, l'après-midi devrait être utilisée pour entendre les souhaits des responsables et poser les bases de la négociation. Cette dernière ferait alors l'objet d'une réunion moins longue, à laquelle les médecins ne seraient pas tenus d'assister.

La DDASS de Vendée a récemment embauché un agent contractuel de catégorie A pour venir en renfort de l'unité Personnes Agées. L'effectif reste cependant insuffisant comparé à celui que le Conseil Général affecte au conventionnement et au regard de la charge de travail.

L'allègement des équipes , une meilleure organisation des temps de réunion et un travail pédagogique mené auprès des établissements pour qu'ils présentent des dossiers mieux finalisés, devraient permettre d'envisager de mener à terme le travail de conventionnement, dans les délais impartis.

---ooOoo---

3-3 (a) Les établissements privés à but lucratif qui veulent continuer à accueillir des personnes âgées dépendantes vont devenir des EHPAD et de ce fait, vont être soumis aux mêmes contrôles des autorités de tarification (DDASS et DSF) que les établissements publics ou privés associatifs.

Leur particularité ne réside plus que dans le fait que le tarif hébergement est librement négocié à l'entrée du résident dans l'établissement, puis encadré et surveillé par la DDCCRF.

A ce jour, il n'existe pas en Vendée de coordination entre administrations et aucune stratégie n'est définie, par les unes ou par les autres, sur la place à accorder aux établissements commerciaux. Il y a lieu de noter qu'il n'y a plus de schéma départemental gérontologique depuis 1995. Une réflexion commune pourrait être engagée sur le devenir de ces établissements.

Par ailleurs, l'évaluation de la mise en œuvre de la convention va être effectuée en partenariat par la DDASS et le Conseil Général ; la DDCCRF pourrait y être associée.

(b) Les établissements privés à but lucratif sont redevables de la TVA et de la taxe sur salaires. Ils estiment à cet égard être lésés par rapport aux établissements publics qui n'y sont pas soumis. Il est vrai que lorsque l'assurance maladie finance des postes supplémentaires de soignants, elle ne prévoit pas de dotation pour la taxe sur salaires. Toutefois, dans la mesure où les établissements privés n'entendent pas baisser outre mesure leur tarif hébergement, ils pourraient utiliser une partie du bénéfice des mesures nouvelles au règlement de ces taxes.

(c) Pour éviter la fuite prévisible du personnel vers le secteur public, le secteur commercial devra également revoir à la hausse les rémunérations du personnel soignant. La DDASS pourrait inciter les établissements commerciaux à s'aligner sur celles du secteur public.

---ooOoo---

3-4 Bien que le problème ne semble pas majeur en Vendée, comparé à ce qu'il est dans certains départements de la région parisienne ou du sud de la France, l'hébergement « clandestin » de personnes âgées doit rester une préoccupation des administrations.

Actuellement il n'existe qu'un embryon de concertation entre la DDASS et la DDCCRF à propos d'un établissement non déclaré, non autorisé, dont le fonctionnement paraît très proche de celui d'un établissement médico-social pour personnes âgées.

La DDASS est concernée au premier chef pour ce qui est du contrôle de la sécurité des personnes et la DDCCRF intervient pour vérifier la régularité des tarifs dans les structures privées ; mais le Conseil Général qui est compétent en matière d'autorisation de création d'établissement, devrait aussi être consulté.

Il paraîtrait donc intéressant d'associer DDASS, DDCCRF, DSF et éventuellement la CRAM, à une réflexion commune sur ce sujet.

Il serait également envisageable de faire réaliser par ces partenaires des inspections conjointes sur place dès qu'il y a suspicion d'ouverture d'une structure s'apparentant à un établissement pour personnes âgées.

---ooOoo---

3-5 Pour les établissements qui étaient peu ou n'étaient pas médicalisés, le premier bénéfice du conventionnement est l'apport significatif de personnel soignant (médecins coordonnateurs, infirmiers, aides soignants, aides médico-psychologiques).

La DDASS ayant compétence pour tout ce qui concerne la section tarifaire soins, c'est à elle qu'il appartient de déterminer le volume de personnel supplémentaire nécessaire pour que des soins de qualité puissent être prodigués dans l'établissement.

Or en Vendée, faute de temps, le médecin inspecteur départemental ne peut s'impliquer dans le travail de conventionnement (sauf au sein de la commission départementale de coordination médicale dans laquelle sa présence est expressément prévue). Ce sont donc des administratifs qui décident du niveau d'exigence souhaitable en matière de soins ou tout au moins de personnel soignant pour les établissements.

Les médecins du Conseil Général et de l'assurance maladie sont associés au conventionnement mais leurs interventions se limitent le plus souvent à la vérification du GIR moyen pondéré établi par l'équipe médico-sociale de la structure ; ils se prononcent relativement peu sur l'organisation des soins.

De toute évidence, un regard médical sur l'organisation des soins fait gravement défaut aux agents de la DDASS et est préjudiciable au conventionnement. Il serait donc souhaitable d'associer le médecin inspecteur départemental, sinon à la visite sur site, du moins à l'étude du projet de soins de chaque établissement.

---ooOoo---

3-6 Les contacts établis avec des agents de différentes DDASS ont démontré qu'il y avait peu de relations interdépartementales.

Les réunions régionales (commissions médico-sociales) ne permettent que très peu aux agents de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques en matière de conventionnement. Or il apparaît que tous butent sur les mêmes difficultés et que tous souhaitent des échanges. Il est certain que des comparaisons entre départements pourraient permettre de juger de l'efficacité de chaque politique départementale en faveur des personnes âgées, eu égard aux moyens alloués par les DDASS et les Conseils Généraux.

La tenue de réunions régionales mensuelles avec un ordre du jour listant l'ensemble des préoccupations des DDASS et/ou la mise en place de réseaux d'échanges d'informations seraient certainement profitables.

---ooOoo---

3-7 La réforme de la tarification en accélérant de façon significative la médicalisation des établissements place le médecin coordonnateur au cœur du dispositif d'organisation des soins.

Les auteurs de la réforme, soucieux de laisser une grande part de liberté aux acteurs locaux, n'ont pas voulu donner d'indications trop précises sur les missions dévolues aux médecins coordonnateurs, le volume requis de présence dans l'établissement, ni sur les modalités de son recrutement, de sa formation et de sa rémunération.

Or le risque est grand de voir s'installer des situations extrêmement diverses suivant les départements ou même suivant les établissements malgré la volonté d'homogénéisation des DDASS.

Le principe de la présence du médecin coordonnateur dans l'établissement a été posé comme un préalable obligatoire à tout conventionnement ; les établissements qui souhaitent entrer dans la réforme doivent donc trouver le plus rapidement possible un médecin qui accepte de jouer ce rôle. Un médecin qui, de préférence, ait « compétences et appétence pour la gériatrie » selon le mot de M. BRUNETIERE.

En fonction du nombre de résidents dans les maisons de retraite et de l'importance de leur dépendance, la présence du médecin pourra varier de une à trois vacations par semaine (de 3 h 30 à 10 h 30).

Plusieurs cas de figure sont envisageables ; ce peut être un médecin qui accepte de délaisser son activité libérale quelques heures par semaine, ou bien un praticien qui décide d'en faire son activité principale en intervenant dans plusieurs maisons de retraite.

Toutefois, dans la première hypothèse, il y a un risque réel de dérive. Les prestations du médecin pourraient, sur la durée, se réduire à un passage rapide dans l'établissement. D'aucuns pensent même que dans certains cas, le médecin sera seulement un prête-nom permettant à l'établissement d'obtenir son conventionnement.

De toute façons, le recrutement s'avère problématique dès le début des conventionnements et il est prévisible que les derniers établissements à entrer dans la réforme connaîtront les pires difficultés pour trouver un médecin coordonnateur.

Les textes imposent également au médecin d'être formé en gériatrie ou de s'engager à suivre une formation. Toutefois, à ce jour, peu d'indications ont été données sur les modalités de suivi de ces formations. En pratique, il apparaît que la plupart des médecins susceptibles de devenir coordonnateurs, n'ont pas reçu ce type de formation et qu'après un certain nombre d'années d'exercice professionnel, notamment auprès des personnes âgées, ils n'en voient pas forcément l'utilité.

Il y aura donc nécessité de préciser davantage le rôle exact du médecin au sein de l'établissement et d'envisager une évaluation de son action de coordonnateur, voire de contrôler l'effectivité de ses prestations. Il semble aussi nécessaire que des indications soient fournies sur les modalités de rémunération des médecins coordonnateurs afin d'éviter des disparités de traitement trop importantes entre départements, voire entre établissements.

3-8 Le recrutement d'IDE et d'AS/AMP va lui aussi poser de nombreux problèmes. En effet, la médicalisation des EHPAD va offrir des débouchés nouveaux à ces professions certainement très supérieurs à la demande actuelle.

Face à la pénurie prévisible de ces personnels, il conviendrait que les écoles de formation à ces professions envisagent d'accroître les promotions de façon significative.

---ooOoo---

3-9 La plupart des établissements vont voir leur effectif augmenter avec le conventionnement.

Ceci n'est pas sans poser de problèmes, notamment en matière de personnel soignant.

De nombreux établissements ne bénéficiant pas de forfaits de l'Assurance Maladie, fonctionnaient avec du personnel non qualifié, qui effectuait des tâches relevant normalement de la compétence d'un personnel diplômé.

Avec la réforme, dans un souci d'amélioration de la qualité, les soins ne pourront plus être assurés que par du personnel qualifié.

L'arrivée massive de personnel diplômé va provoquer des remous à l'intérieur des établissements en termes de gestion des ressources humaines.

Il sera difficile de faire admettre à des agents qui effectuaient certaines tâches auprès des résidents et jouaient un rôle d'aides-soignants depuis très longtemps, qu'ils doivent se limiter à des travaux d'entretien des locaux, ou alors, accepter de suivre des formations qualifiantes. Les responsables d'établissements ne sont sans doute pas suffisamment préparés à affronter les turbulences prévisibles au sein des équipes nouvellement étoffées. Une formation adaptée de management pourrait s'avérer utile.

---ooOoo---

3-10 L'impression qui domine lors de la visite des établissements, qu'ils soient privés ou publics, est celle d'un ennui généralisé. Si dans l'ensemble les prestations hôtelières et de soins paraissent le plus souvent assez bien organisées malgré le manque de moyens, il n'en va pas de même pour l'animation qui est la plupart du temps réduite à sa plus simple expression.

Les rares animations existantes sont plus souvent le fait de bonnes volontés parmi les agents de service que dues à des personnes réellement qualifiées dans ce domaine. Les responsables d'établissements développent souvent l'argument selon lequel le défaut d'animation provient du manque de motivation et de l'état de santé des résidents, mais ils reconnaissent tous des lacunes en la matière.

Le niveau d'animation dépend beaucoup de l'implication des bénévoles dans la structure, mais les établissements ne peuvent pas compter exclusivement sur ce type d'interventions. La formation et le recrutement de vrais professionnels de l'animation en maisons de retraite devraient être des axes à privilégier dans les années à venir.

---ooOoo---

3-11 De même, on ressent globalement un manque d'écoute des personnes âgées. Les agents de service ou le personnel soignant n'ont trop souvent que peu de temps à accorder à chaque résident. La présence de psychologues, plus souvent envisagée pour le soutien

des équipes que pour l'écoute des personnes âgées, semble pourtant une piste à privilégier pour améliorer la qualité de vie de ces dernières.

Les psychologues étant pris en charge à 100% sur la section tarifaire dépendance, il n'est pas certain, à ce jour, que les Conseils Généraux soient très enclins à accroître leur présence dans les établissements pour personnes âgées.

---ooOoo---

3-12 L'évaluation est réalisée par l'établissement lui-même à l'aide du guide d'auto-évaluation, puis par les autorités de tarification lors de la visite de la structure. L'appréciation portée sur le fonctionnement de l'établissement risque d'être viciée dans la mesure où tous les évaluateurs sont co-signataires de la convention tripartite.

A l'instar de ce qui est réalisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins (issue des ordonnances Juppé de 1996) dans les établissements sanitaires, il semblerait judicieux de faire réaliser l'évaluation des EHPAD par un organisme indépendant composé d'experts.

Le résultat de cette évaluation constituerait un document de référence pour tous les acteurs, non susceptible d'être remis en cause et qui faciliterait et objectiverait les conventionnements.

Délestés des tâches d'évaluation, les IASS, pourraient alors concentrer leur activité autour des fonctions d'animation et de conseil et des missions d'inspection

---ooOoo---

Bibliographie

Textes juridiques :

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

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

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.

Ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 relative à la partie législative du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Loi n° 2001-1085 du 20 juillet 2001 relative à l' Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Décret n° 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

Décrets n° 97-426 et 97-427 du 28 avril 1997 (PSD).

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° 2001-368 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 et n° 99-317.

Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 (APA).

Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 (APA).

Arrêté du 28 avril 1997 (PSD).

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

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

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

Arrêté du 4 mai 2001 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 (tarif journalier soins).

Arrêté du 4 mai 2001 relatif au calcul des reprises sur réserves de trésorerie.

Circulaire « FRANCESCHI » n° 82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées.

Circulaire ministérielle n° 292 du 21 octobre 1988 (contrôle des établissements au titre de l'ordre public).

Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999.

Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-369 du 25 juin 1999.

Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999.

Circulaire MARTHE/DGAS/DHOS/DSS n° 2000/475 du 15 septembre 2000.

Circulaire DGAS/5B/DGCP/GB/2000/570 du 21 novembre 2000 relative à la mise en œuvre de l'instruction budgétaire et comptable dans les EHPAD de statut public.

Circulaire MARTHE – DHOS F2/DGAS/DSS-1A n° 2001-58 du 26 janvier 2001 (campagne budgétaire).

Circulaire MARTHE DGAS 5B/DHOS F2/ n° 2001/241 du 29 mai 2001.

Circulaire CNAM du 26 juillet 2001 (réforme tarification EHPAD – Application du décret 2001-388 du 4 mai 2001).

Circulaire DHOS-F2/DSS-1A n° 2001-406 du 13 août 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Circulaire Cabinet du 24 septembre 2001.

Circulaire DHOS-F2/DSS-1A n° 2001-516 du 26 octobre 2001 (campagne budgétaire établissements pour personnes âgées).

Circulaire MARTHE DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A n° 2001/569 du 27 novembre 2001 (campagne budgétaire 2002).

ARTICLES DE PRESSE – REVUES SPECIALISEES

- | | |
|--------------|--|
| G. BRAMI | Les documents préparatoires au conventionnement des EHPAD
In Bulletin Juridique de la Santé Publique n° 36 – Janvier 2001 |
| G. BRAMI | Contenu et nature des recommandations de qualité incluses dans la convention tripartite de la réforme de la tarification.
In Bulletin juridique de la Santé Publique n° 38 – Mars 2001. |
| G. BRAMI | La réforme de la tarification. Pour qui ? Pour quoi ?
In Gestion Hospitalières – Mars 2001. |
| P. CHAMPVERT | « La tarification en établissement pour personnes âgées ».
Remarques prospectives ».
In Actualités et dossier en Santé Publique – n° 10 – Septembre 1997. |
| S. COURAULT | « La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes »
In Actualités Sociales Hebdomadaires – n° 2117 – 30 avril 1999. |
| J.M. LEVY | « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ? ».
In Revue de droit sanitaire et social – n° 34 – octobre/décembre 1998. |

N. MLEKUZ

« Une désapprobation générale ».

In Actualités Sociales Hebdomadaires – n° 2114 du 9 avril 1999

RAPPORTS

« Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie »

Paulette Guinchard-Kuntsler Rapport au Premier Ministre Sept. 99

« L'APA : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité »

J.P. Sueur Mai 2000

AUTRES DOCUMENTS

J. Clément

Prise en charge des personnes en EHPAD.

Le conventionnement. ENSP Avril 2001

J. Clément

Tarification EHPAD - Séminaire de formation pour les chefs d'établissements nouvellement nommés.

ENSP Avril 2001

JC. Delnatte

La réforme financière des EHPAD.

JP. Hardy

ENSP Mars 2000

CODERPA Loire-Atlantique

La PSD. La Réforme de la tarification.

Le Livre Noir de la PSD présenté par le Centre National de la Recherche sur les personnes âgées et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements. Paris Juin 1998.

Personnes Agées : Le Dossier Noir de la Dépendance Agence d'information « avis de recherche »

Le Marché du siècle in « Etre Vieux » Revue AUTREMENT oct.91

MEMOIRES D'ELEVES DE L'ENSP

Hugo GILARDI – IASS

Titre non communiqué

Gwendoline de GUENYVEAU
IASS

« Les conventions pluriannuelles : outils d'amélioration
de la qualité de vie des personnes accueillies en
établissements d'hébergement ».

Gérald NAULET – IASS

Attentes et inquiétudes des EHPAD face à la réforme de
la tarification : l'exemple de l'Orne.

Hélène TAILLANDIER – IASS

Titre non communiqué

OUVRAGES

D. ARGOUD

Politique de la vieillesse et décentralisation.
Les enjeux d'une mutation.
Pratiques du champ social – ERES – Avril 1998

R. VERCAUTEREN
M.C. VERCAUTEREN
J. CHAPELEAU

Construire le projet de vie en Maison de retraite.
Pratiques du champ social – ERES - 1993

R. VERCAUTEREN
J. CHAPELEAU

Evaluer la qualité de la vie en Maison de retraite.
Pratiques du champ social – ERES – Mars 1995

R. VERCAUTEREN
B. LABOTEL
F. JAHAN

Faire vivre le projet des établissements pour personnes
âgées.
Manuel des pratiques du projet de vie.
Pratiques du champ social – ERES – Octobre 1999