ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales

PROMOTION 2000-2002

Date du Jury : ***4-5 mars 2002***

LA COMMISSION DE SUIVI DE LA REFORME DE LA TARIFICATION DANS LE MORBIHAN: UN OUTIL DE PILOTAGE EFFICIENT

Pierre-Yves LENEN

Sommaire

INTRODUCTION

METHODOLOGIE

1 L'EFFICIENCE DE LA COMMISSION DE SUIVI EST ETROITEMENT DEPENDANTE DE SA COMPOSITION

1.1 LA CONSTITUTION DE LA COMMISSION DE SUIVI DANS LE MORBIHAN

1.1.1 la disparition d'une commission consultative tripartite non adaptée à la réforme de la tarification…

1.1.2 … qui se transforme en une commission de suivi de la réforme de la tarification avec une composition élargie.

1.1.3 justifications de la création de la commission de suivi

1.2 LA VOCATION DE LA COMMISSION DE SUIVI

1.2.1 un organe stratégique

1.2.2 un instrument appelé à se prononcer sur des problèmes transversaux

1.3 Une composition multipartite: un préalable indispensable pour une action efficiente

1.3.1 un souci de fédérer les intérêts plutôt que les bonnes volontés

1.3.2 la manifestation d'un nouveau mode de fonctionnement administratif

2 UNE PHASE DE DIAGNOSTIC INDISPENSABLE POUR ASSURER UN SUIVI EFFICIENT DE LA REFORME

2.1 INTERET ET JUSTIFICATION D'UNE PHASE DE DIAGNOSTIC APPROFONDIE

2.1.1 mener la réforme d'une façon intelligente

2.1.2 mener la réforme d'une façon pragmatique

2.2 LA CONSTITUTION D'UN TABLEAU DE BORD DEPARTEMENTAL : L'EXEMPLE DU MORBIHAN

2.2.1 les difficultés inhérentes à la constitution d'un tableau de bord exploitable
2.2.2 le tableau de bord du Morbihan
2.2.3 un diagnostic mis en perspective avec la situation de département voisin

3 L'OBJECTIF : UNE PLANIFICATION DU PASSAGE DES ETABLISSEMENTS DANS LA REFORME

3.1 VERS LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE PASSAGE DES ETABLISSEMENTS DANS LA REFORME DE LA TARIFICATION

3.1.1 Quelle acception donner au terme de « programme »?
3.1.2 l'établissement d'un programme de passage des établissements dans la réforme tenant compte des enseignements de la phase de diagnostic

3.2 VERS UN POSITIONNEMENT DE LA COMMISSION DE SUIVI EN PIVOT DE L'ENSEMBLE DES REFORMES DU SECTEUR PERSONNE AGEE

3.2.1 une commission qui se pose en espace de réflexion face aux contradictions de la réforme
3.2.2 une commission de suivi charnière de nombreuses réformes

Liste des sigles utilisés

APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
AGGIR	Autonomie- Gérontologie Groupe Iso- Ressource
ANGELE	Application Nationale de Gestion des Enveloppes Liées aux Etablissements
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso-Ressource (classés de 1 à 6)
GMP	GIR Moyen Pondéré
MARTHE	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification

INTRODUCTION

La vieillesse est un thème qui trouve actuellement une nouvelle jeunesse. Il n'y a là rien de paradoxal : plus la France vieillit, plus elle parle et plus elle se préoccupe de ses « vieux ». En effet, le thème de la vieillesse et des personnes âgées se situe actuellement à un carrefour d'enjeux socio-économiques pour notre pays. Cette position ingrate fait que dans nos sociétés, la vieillesse renvoie encore trop souvent à des représentations sociales négatives. Les personnes âgées sont ainsi au cœur du problème des retraites puisque à partir de 2005 il y aura de plus en plus de retraités et de moins en moins d'actifs pour financer leurs retraites). La médiatisation importante de ce problème, qui tend, parfois à dépeindre les futurs retraités comme un fardeau en puissance pour notre société, peut rendre facile le raccourci : plus de 60 ans = retraité = vieux. Cette équation simpliste ne rend pourtant pas compte de la diversité actuelle de ces populations. En effet, à la notion classique de troisième âge, utilisée pour parler des plus de 60 ans, l'allongement de la durée de vie a fini par ajouter la notion de quatrième âge pour parler de la population des plus de 85 ans qui est de plus en plus importante.

Cette tendance ne fait que suivre très logiquement l'augmentation du taux de vieillissement de la population française qui est devenue une caractéristique de notre évolution démographique dans la mesure où 20,5% de la population française a plus de 60 ans en 2000 et 3,5% a plus de 80 ans (on en prévoit 6,1% en 2020). Le Morbihan ne fait pas exception à ces observations, loin s'en faut. En effet, une observation déjà plusieurs fois faite par le passé conclut à un vieillissement important de la population de ce département. L'observation du schéma gérontologique montre que cette constatation mainte fois établie prend de l'ampleur au fur et à mesure que le temps passe. En effet, d'après les statistiques de l'INSEE, la part des plus de 60 ans devrait passer de 23,4% de la population départementale en 2000, à 31,3% en 2020. De même, la part des personnes de plus de 80 ans dans le Morbihan, qui était restée à peu près stable entre 1990 et 2000, connaît une forte croissance depuis cette date et devrait passer de 3,6% de la population en 2000 à 6,7% en 2020. Ce constat rend de plus en plus nécessaire une analyse des besoins réels des établissements en fonction de la situation de la population accueillie.

La prise en charge de cette nouvelle classe d'âge est également devenue un enjeu de société important dans la mesure où le vieillissement de ces personnes s'accompagne très

souvent d'un déclin. Dès lors les pouvoirs publics ont tenté d'apporter des réponses variées qui tournent autour de deux axes : la prise en charge à domicile qui doit être le mode de prise en charge préférentiel faisant l'objet de nombreuses mesures d'aide, et le passage en établissement quand la première solution n'est plus acceptable du fait de la perte d'autonomie de la personne et/ou des facteurs environnementaux qui ne permettent plus ce maintien à domicile (isolement,…). En effet, il arrive toujours un moment où ces personnes ne peuvent plus rester chez elles du fait de la surveillance qu'elles exigent qui les rendent dépendantes. C'est cette dépendance qui tend à devenir la véritable vieillesse, celle qui renvoie à des représentations sociales si négatives par l'image qu'elle projette à chacun de la fin de son existence. Ainsi, l'âge d'entrée en établissement n'a cessé d'augmenter du fait de la volonté des gens de rester le plus longtemps possible chez eux : fin 1998, il atteignait 79 ans en moyenne pour les hommes et 84 ans pour les femmes[1] (près des trois quarts des personnes hébergées sont des femmes).

Après quelques expériences, qui ont vu notamment la naissance de la grille AGGIR qui mesure le degré de dépendance en six catégories, l'année 1997 a marqué un premier tournant en instituant la PSD par une loi du 24 janvier. Pour si imparfaite qu'elle soit, la loi du 24 janvier 1997 a le mérite d'essayer de poser une politique globale de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elle donne également la première vraie définition juridique de la dépendance en la considérant « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Cette prise de conscience collective du problème du vieillissement a conduit naturellement à s'interroger sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement. En effet, avec l'augmentation de la longévité, on a assisté parallèlement à un accroissement des exigences de confort et de qualité de prise en charge qui s'explique par une amélioration continue du niveau de vie. Cette tendance ne fera d'ailleurs que s'accroître avec les nouvelles générations qui arriveront dans les établissements. Il est dès lors indispensable que ceux-ci s'adaptent pour garantir à leurs résidants des conditions de vie respectant leurs droits et leur dignité.

[1] Morniche P. les personnes dépendantes en institution, INSEE Première, août 1999, n°669

La loi du 24 janvier[2] a donc, partant de ce constat, affirmé la nécessité d'améliorer la qualité d'accueil en établissement et posé les bases de la réforme de la tarification dans son titre V. Il faudra cependant attendre les décrets d'avril 1999[3] pour que la réforme de la tarification soit réellement engagée. Cette réforme est une réforme globale visant autant à améliorer la qualité d'accueil en établissement qu'à réformer un système budgétaire jugé archaïque par la mission MARTHE.

Elle a pour objectif de promouvoir une amélioration de la qualité dans les établissements pour personnes âgées en refondant l'ensemble de leur structure de financement. Le but est de leur donner les moyens d'atteindre ces objectifs qualité qui sont fixés dans une convention tripartite signée entre l'établissement, le Conseil Général et l'Etat, qui intervient en tant qu'autorité de tarification engageant le payeur, l'Assurance Maladie. Les moyens de l'établissement sont calculés, pour la partie soin, en fonction d'un indice de dépendance moyenne propre à l'établissement, appelé GMP, et qui s'obtient en faisant la moyenne du total de point GIR mesurant la dépendance de chaque résidant[4]. Ce GIR moyen pondéré sert à calculer la dotation minimale de convergence (ou DOMINIC) qui inclut les moyens de fonctionnement de l'établissement, pour la partie soin, ainsi que la prise en charge des dépenses de soins de ville. Le financement de la structure étant partagé en trois sections, au lieu de deux précédemment (hébergement et soins), l'établissement fixe également deux tarifs : dépendance et hébergement. A compter du premier janvier 2001, le Conseil Général doit prendre en charge la dépendance au titre de l'APA (prise en charge diminuée d'une participation du bénéficiaire) alors qu'il ne prend en charge le tarif hébergement, au titre de l'aide sociale, que si les ressources de la personne hébergée ne lui permettent pas de le prendre en charge seule. Le fait de faire varier les différents tarifs en fonction du degré de dépendance de la personne accueillie permet d'affranchir le

[2] Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote d'une 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.

[3] Décrets n°99-316 et 99-317 d'application de la loi du 24 janvier 1997.

[4] Au classement en six groupes dans la grille AGGIR correspond, pour chaque groupe, un total de points.

financement de l'établissement de la nature juridique du lit proposé, à l'inverse de ce qui se faisait auparavant[5].

La réforme de la tarification constitue donc un chantier d'une ampleur considérable. En effet, le nombre d'établissements concernés par cette réforme fait que la charge de travail est assez pharaonique pour des services déconcentrés aux moyens en personnel limités. Afin de faciliter et de structurer ce travail, certains départements, comme la Charente Maritime par exemple, ont mis en place des structures légères réunissant l'ensemble des partenaires concernés par la réforme de la tarification et se posant en structure d'aide et de conseil susceptible d'aplanir certaines difficultés rencontrées par les parties en présence lors des négociations des conventions tripartites. Conscient de l'apport potentiel de ces instruments, le ministère a décidé, avec une circulaire de janvier 2001 de généraliser cette expérience en laissant toutefois une grande latitude dans la mise en œuvre aux services déconcentrés. Pour autant, cet instrument très souple dans son mode de fonctionnement n'est utile et efficace que si l'on s'en sert et si on lui donne les moyens de fonctionner. La DDASS du Morbihan a ainsi pris le parti de s'impliquer dans la mise en place d'une commission de suivi de la réforme de la tarification afin d'organiser la montée en charge de celle-ci d'une façon optimale dans le but de compenser des moyens en personnel insuffisants au vu de la charge de travail.

Cet exemple de mise en place d'une commission de suivi de la réforme de la tarification montre qu'un fonctionnement optimal de cet instrument est étroitement lié à sa composition qui ne doit oublier aucune catégorie d'acteur impliquée dans ce défi (première partie). Néanmoins, il prouve également que, pour peu qu'on lui donne un outil de diagnostic performant (seconde partie), la commission de suivi peut être un outil efficace de planification de la réforme (troisième partie).

[5] Le financement variait selon qu'il s'agissait d'un lit de long séjour, de section de cure médicale ou de soin courant au niveau des lits médicalisés. En l'absence de ce type de lits médicalisés, il n'y avait pas de financement de la part de l'Assurance Maladie.

METHODOLOGIE

1 -La problématique

La perspective de faire rentrer l'ensemble des établissements du département dans la réforme de la tarification constitue un enjeu majeur de la gestion du secteur personne âgée pour l'ensemble des services déconcentrés. La DDASS du Morbihan ne fait pas exception à cette règle et s'est lancée activement dans la constitution et l'animation d'une commission de suivi de la réforme de la tarification destinée à être un outil d'aide à la décision dans la conduite de cette réforme afin d'optimiser et de compenser des moyens limités en personnel.

L'objectif est double : d'une part, il consiste en un état des lieux qualitatif et financier, le plus exhaustif possible, de la situation des établissements du département concernés par la réforme afin de déterminer quels sont leurs besoins. D'autre part, l'objectif est de tirer les conséquences de cet état des lieux afin de réaliser une sorte de planification du passage des établissements dans la réforme de la tarification. Le but est de faire profiter les établissements qui ont les manques les plus criants des bénéfices potentiels de la réforme de la tarification.

2 -Objectifs de la démarche

L'intérêt est de mener une réflexion sur les modalités de mise en œuvre d'une réforme qui s'apparente plus, par son ampleur, à une véritable refonte du secteur personnes âgées. Cette ambition passe inévitablement par une charge de travail considérable pour les services censés conduire cette réforme au risque d'emboliser totalement l'activité des personnes concernées. La constitution d'outils de ce type a donc pour objectif affiché de faire gagner du temps : gagner du temps en favorisant une connaissance affinée de la situation et gagner du temps par la détermination d'orientations générales qui ne sont jamais superflues face au nombre important d'établissements.

3 -Les outils méthodologiques

En premier lieu, l'élaboration d'une base documentaire a été indispensable, tant pour percevoir les tenants et aboutissants d'une réforme ambitieuse et complexe que pour trouver certaines données démographiques. Ainsi, les données statistiques ont été recueillies auprès de l'INSEE alors que les données juridiques et générales ont été obtenues auprès de la DDASS du Morbihan ainsi qu'auprès de la Banque de Données de Santé Publique à l'ENSP.

Outre cette recherche en données générales, ce mémoire a été l'occasion de rechercher certaines données budgétaires indispensables pour la réalisation de l'état des lieux des établissements pour personnes âgées du département.

Néanmoins, certaines données nécessaires à cet état des lieux ont été obtenues par des questionnaires envoyés aux établissements afin de remplir le logiciel ANGELE dont les données ont été remontées au ministère afin d'opérer des projections financières sur l'impact de la réforme.

Enfin des rencontres avec des responsables d'établissements ont eu lieu tant à la DDASS que sur site et ont permis de mieux saisir les incertitudes et les réticences des gestionnaires d'établissements à l'égard de cette réforme.

1. L'EFFICIENCE DE LA COMMISSION DE SUIVI EST ETROITEMENT DEPENDANTE DE SA COMPOSITION

Face à la difficulté de mise en œuvre de la réforme de la tarification et à la lenteur de son amorçage, il a paru nécessaire de mettre en place une place un organe ayant pour tâche de "mettre de l'huile dans les rouages" et de favoriser le lancement d'une dynamique dans la montée en régime de la réforme. Or, pour cela, il s'avère indispensable d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés.

1.1 LA CONSTITUTION DE LA COMMISSION DE SUIVI DANS LE MORBIHAN

La mise en place de cette commission a été classique et s'est faite en accord avec les dispositions de la circulaire du 26 janvier 2001[6] préconisant la création de ces commissions. Cette circulaire a entériné des pratiques mises en place dans certains départements de structures de ce type et a organisé ces créations en laissant une marge de manœuvre aux services déconcentrés dans la composition de ces commissions.

1.1.1 La disparition d'une commission consultative tripartite non adaptée à la réforme de la tarification…

La structure de la commission de suivi de la réforme de la tarification est assez proche de celle d'un autre organe : La commission consultative tripartite, même si cette dernière ne comptait pas dans ses rangs de représentants du Conseil Général à la différence de la commission de suivi.

[6] Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS/1A/2001/58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Cette commission consultative tripartite (qui réunissait trois représentants de l'Etat, des établissements et de l'Assurance Maladie) ne s'est réunie qu'une fois dans le département depuis 1985, le 5 avril 2001. Régie par un décret[7] pris en application de la loi 78-11 du 4 janvier 1978, elle avait pour vocation de se prononcer sur un éventuel déplafonnement du prix de journée soin, pris en charge par l'Assurance Maladie, pour un établissement devant faire face à des difficultés particulières. Cette règle particulière avait été instituée dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. En effet, avant la réforme de la tarification, le prix de journée servant pour le calcul de la dotation soin de l'établissement était fixé dans la limite du prix de journée plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale. Pourtant, dans les faits, on utilisait plutôt des courriers entre l'autorité de tarification (le Préfet de département) et le payeur (la CRAM) avant de pouvoir déplafonner. Avec la réforme de la tarification, cette commission perd beaucoup de son utilité et de sa raison d'être, puisque les moyens de l'établissement sont fixés par voie contractuelle et l'attribution des moyens aux établissements est donc fonction des résultats de la négociation. Si, dans un premier temps, la circulaire de janvier 2001, qui institue les commissions de suivi lui conserve son pouvoir de déplafonnement jusqu'à ce que la réforme de la tarification soit menée à son terme (ce pouvoir peut notamment avoir à s'exercer pour les demandes de déplafonnement relatives aux établissements qui bénéficient de l'attribution d'un effet mécanique[8], avant signature de la convention), le décret du 4 mai 2001[9] finit par le supprimer: Le Préfet de département peut maintenant déplafonner seul, sous réserve d'un avis de la CRAM.

1.1.2 … qui se transforme en une commission de suivi de la réforme de la tarification avec une composition élargie.

La commission de suivi de la réforme de la tarification s'est donc construite, dans le Morbihan, sur les ruines de la commission consultative tripartite dont la première, et la seule,

---

[7] Décret n°78-478 du 29 mars 1978.

[8] L'effet mécanique apparaît lorsque le total des charges de la section soins calculé selon les nouvelles imputations est supérieur au produit des forfaits. C'est l'inverse pour le clapet anti-retour qui constitue un « trop perçu » en crédit d'Assurance Maladie au regard des nouvelles règles de répartition des charges alors que l'effet mécanique représente le montant de crédits supplémentaires à allouer à l'établissement pour porter sa dotation au niveau requis par les nouvelles règles de tarification.

[9] Décret n°2001-388 du 4 mai 2001.

réunion s'est déroulée le 5 avril 2001, soit un mois avant la première réunion de la commission de suivi, le 15 juin 2001 au sujet d'une demande de déplafonnement nécessaire pour autoriser le versement par l'Assurance Maladie de l'effet mécanique pour un établissement signataire d'une convention tripartite.

L'examen de leur composition respective montre bien que l'une est à l'origine de l'autre. Cependant, la transformation de la commission tripartite a eu pour conséquence première une ouverture sur de nouveaux partenaires afin d'assurer une meilleure représentation de l'ensemble des acteurs concernés par la réforme. Ainsi, la circulaire fixe une composition minimale de la commission de suivi qui doit comprendre deux représentants de l'Etat, deux représentants du département, deux représentants de l'Assurance Maladie mais également six responsables d'établissements, contre trois dans la commission consultative tripartite, afin d'instaurer une certaine parité susceptible de favoriser le dialogue: on souhaite par-là exploiter les compétences des établissements et recueillir leur avis sur la mise en place de la réforme. Leur nombre élevé s'explique par le fait que ces six responsables doivent représenter tous les types de structures accueillant des personnes âgées dépendantes (établissements de santé, établissements médico-sociaux publics autonomes ou communaux, établissements à but non lucratif, établissements commerciaux).

Cette composition fixée par la circulaire est une composition type mais non rigide: il est possible d'ouvrir encore la composition de la commission soit à des personnes particulièrement qualifiées, soit à d'autres représentants d'établissements pour " tenir compte de la représentation particulièrement nombreuse d'une catégorie d'établissement dans le département ". Ainsi, on compte dans le Morbihan deux représentants des établissements publics autonomes. Pour autant, la composition de la commission de suivi du Morbihan se caractérise également par une non-représentation des foyers logements qui ne sont pourtant pas exclus dans les textes réglementant la réforme de la tarification. En fait, il faut principalement voir là un choix politique qui s'explique par la situation particulière du Morbihan qui compte près de 150 foyers logements. Or, le choix a été fait de favoriser le passage dans la réforme de plus gros établissements accueillant des personnes plus dépendantes. Ce postulat s'est trouvé renforcé par l'attitude des foyers logements qui, dans leur majorité, ne s'estimaient pas concernés par cette réforme. En fait, il a fallu attendre la montée en charge de l'APA pour que les foyers logements se lancent d'une manière plus volontariste dans les formalités exigées pour un conventionnement[10].

[10] cf. supra p.40

A noter que, alors que la commission consultative tripartite était présidée par le seul Préfet, la commission de suivi est co-présidée par le Préfet et le président du Conseil Général : Alors que la première ne concernait que les tarificateurs et financeurs de la partie soin, la seconde concerne tous les tarificateurs puisque l'on appréhende les ressources de la structure d'une façon globale.

1.1.3 Justifications de la création de la commission de suivi

Ces justifications tiennent moins à la caducité puis à la suppression de la commission consultative tripartite qu'à l'intérêt de disposer d'une commission de suivi susceptible de se positionner en organe stratégique de la mise en place de la réforme.

Comme on l'a vu, la commission tripartite avait pour vocation de se prononcer sur un éventuel déplafonnement du prix de journée mais une mise en place tardive et des habitudes de travail locales bien établies ont vidé de tout sens l'existence même de cette commission[11]. En effet, si cette commission n'était pas utilisée, c'est principalement parce que les mesures de déplafonnement n'étaient jamais nécessaires car le budget hébergement venait compenser l'insuffisance du budget soin dans la mesure où il était défini "par défaut" en fonction du montant du budget soins et du montant des charges brutes de l'établissement. Ainsi, le Conseil Général supportait parfois de façon indue des charges relevant de l'Assurance Maladie.

De même, le fait de passer à une détermination conventionnelle des moyens des établissements rend caduc le concept d'"autorisation" de dépassements : il n'est plus nécessaire d'autoriser puisque la convention, pour être acceptée par tous, doit tenir compte des contraintes de chacun (et pour les financeurs, cette contrainte réside principalement dans le respect de l'enveloppe budgétaire). Cette fonction de la commission consultative tripartite n'était donc pas adaptée au cadre de la réforme de la tarification.

D'autre part, la commission consultative tripartite n'avait pas vocation à se prononcer sur les orientations générales de l'action médico-sociale et sanitaire en faveur des personnes âgées dans le département. Son champs de compétences était exclusivement limité à un rôle de consultant financier sur l'opportunité du dépassement. Pour résumer, on peut dire

[11] cf infra p.8

que la première était un organe de régulation financière alors que la commission de suivi se pose davantage comme une structure d'information et d'orientation stratégique. La commission de suivi de la réforme de la tarification, telle qu'elle a été pensée dans la circulaire du 26 janvier 2001, a en effet pour but de dépasser ce rôle financier qui n'est plus d'actualité au profit d'un rôle de moteur en matière de pilotage stratégique d'une réforme de la tarification qui s'apparente plus par son ampleur et son ambition à une rénovation en profondeur du secteur personne âgée qui transcenderait les frontières entre les secteurs sanitaire et médico-sociaux.

1.2 LA VOCATION DE LA COMMISSION DE SUIVI

La composition très diverse de la commission de suivi de la réforme s'explique par sa vocation qui est de constituer un organe stratégique capable de réfléchir aux problèmes qui peuvent se poser dans un domaine marqué par la diversité des acteurs.

1.2.1 Un organe stratégique

Un aspect fondamental de la commission de suivi de la réforme est de constituer un mode de coordination fonctionnel et stratégique dans le secteur gérontologique.

On peut ainsi considérer cet instrument comme l'ébauche d'un réseau, dont il serait la tête, et ayant pour but de faciliter la montée en puissance de l'ensemble des réformes que connaît aujourd'hui le secteur personne âgée qui vont de la réforme de la tarification à la mise en place de l'APA en passant par le chantier sensible de l'ARTT. En effet, si on définit un réseau comme *un ensemble de moyens humains et matériels organisés dans une aire géographique déterminée pour atteindre des objectifs communs*, la définition du réseau dépeint précisément ce que l'on est en droit d'attendre, en terme de valeur ajoutée de la part de la commission de suivi. Il s'agit là d'une définition très "fonctionnaliste" mais qui constitue sans doute un postulat de base pour organiser un travail en commun des différents acteurs au sein de cet organe.

Les caractéristiques d'une commission de suivi dynamique reposent donc sur une organisation fondée sur la complémentarité, sur une approche globale et évolutive des

situations et des questions à traiter. Le suivi ne réside donc pas dans une analyse détaillée établissement par établissement, mais plutôt dans une mise en commun des problèmes qui se posent aux différents acteurs dans le chemin qui mène à la signature des conventions tripartites. Ce mode de fonctionnement a donc l'intérêt de permettre une remontée rapide des difficultés vers les décideurs dont la tâche sera moins, alors, de régler un cas particulier que de se prononcer sur un problème pouvant potentiellement concerner plusieurs établissements par l'examen des différents points de vue des partenaires en présence. Pour cela, la fréquence des réunions constitue un point fondamental : celles-ci ne doivent pas être trop nombreuses afin de ne pas ralentir l'activité des négociateurs, ni trop espacées (la commission de suivi devient alors un organe creux sans réel rôle prospectif et constitue simplement une sorte d'instance d'information pour les représentants des associations d'établissements) afin de pouvoir faire le point régulièrement. Ainsi, depuis sa création en juin 2001, la commission de suivi s'est déjà réuni deux fois : cela lui a permis de se lancer d'ores et déjà dans un plan de programmation dont le but avoué est d'organiser le passage des établissements dans la réforme.

1.2.2 Un instrument appelé à se prononcer sur des problèmes transversaux

La circulaire du 26 janvier 2001 a pensé les commissions de suivi comme un lieu de concertation qui est régulièrement informé de l'état d'avancement des travaux car les membres peuvent être saisis par l'un ou l'autre des co-présidents sur tout sujet particulier concernant l'application de la réforme dans le département. Pour cela, elles doivent avoir une connaissance des synthèses et projections financières afin de pouvoir apprécier les conditions d'application des règles de tarification et de convergence tarifaire et leurs conséquences sur les budgets des établissements.

La commission se positionne comme une interface entre partenaires qui doit permettre d'harmoniser le dialogue et les points de vue en vue de dégager des lignes directrices admises par tous notamment pour des problèmes qui se poseraient à plusieurs types d'acteurs. C'est notamment le cas pour la détermination des budgets soins. Ceux ci doivent inclure les dépenses de soins de ville[12] dans la nouvelle tarification et leur estimation peut

[12] Il s'agit du montant des dépenses de l'Assurance Maladie au titre de la consommation des soins des résidants de l'établissement hors forfait (consultation de médecins, paramédicaux et achats de

constituer une pomme de discorde importante entre les négociateurs, qu'il s'agisse des établissements ou de leur financeur. En effet, un des principaux problèmes de la réforme tient au fait que la DOMINIC+35% qui constitue théoriquement un maximum de dotation soin pour l'établissement est souvent à peine suffisante pour couvrir, à moyen constant en personnel notamment, l'ensemble des charges brutes afférentes à la section soin si l'on tient compte de la prise en charge par l'établissement des dépenses de soins de ville. La question du dépassement ou non de la DOMINIC+35%, et suivant quelles modalités, constitue donc un enjeu important pour les différents partenaires, qu'il s'agisse des représentants d'établissement, qui ne veulent pas faire les frais de la politique de maîtrise des dépenses de santé (qu'on leur demande en fait d'assumer à la place de l'Assurance Maladie), ou de la CRAM mais aussi des conseils généraux qui ont peur de devoir prendre en charge certaines dépenses relevant de l'Assurance Maladie en cas de dotation soin insuffisante, comme cela pouvait déjà arriver avant la réforme[13]. Ce souci se pose bien sûr pour le Morbihan mais également pour tous les départements bretons et plus généralement pour l'ensemble des départements français. Cela justifie l'article de la circulaire du 26 janvier 2001 qui prône, au-delà de la participation de la CRAM à la nouvelle commission, une étroite collaboration locale entre les autorités tarifaires de l'Etat et les responsables de caisses afin d'harmoniser les politiques en matière de mise en œuvre de la réforme tarifaire. La volonté sous-jacente de la mission MARTHE était, avec la généralisation des commissions de suivi, de créer les conditions nécessaires à cette collaboration par la mise en place d'un dialogue entre les partenaires représentés.

1.3 UNE COMPOSITION MULTIPARTITE: UN PREALABLE INDISPENSABLE POUR UNE ACTION EFFICIENTE

Le fait que la commission de suivi se caractérise, telle qu'elle a été décrite dans la circulaire du 26 janvier 2001, par une composition multipartite, et non plus tripartite comme l'était l'ancienne commission consultative tripartite, n'est pas anodin et ne relève en aucun cas d'une quelconque symbolique. Cela relève plutôt d'une philosophie selon laquelle cette ouverture la plus large et représentative possible est garante d'une implication accrue de

---

médicaments principalement). Tout ou partie de ce montant est à intégrer dans la dotation soin de l'établissement suivant l'option tarifaire, globale ou partielle, choisie.

[13] Cf infra p.10

tous les acteurs et de la promotion d'un nouveau mode d'organisation et de fonctionnement administratif.

1.3.1 un souci de fédérer les intérêts plutôt que les bonnes volontés

La formule de ce titre est peut-être un peu cynique mais elle exprime cependant bien un enjeu majeur de la réforme de la tarification aujourd'hui. En effet, cette réforme, depuis qu'elle a été initiée, a pris un retard considérable qui s'est manifesté par un allongement continuel du calendrier de mise en œuvre et ce du fait des réticences, voir des résistances, de nombreux établissements.

1.3.1.1 dépasser le scepticisme des établissements…

Ce retard chronique s'explique en grande partie par la méfiance des établissements, principaux destinataires d'une réforme que nombre d'entre eux ont vivement critiquée, voir même rejetée (principalement à cause de sa complexité et d'une enveloppe financière insuffisante), et dont ils ne sont pas toujours persuadés qu'elle augmentera leurs moyens après prise en charge des dépenses de soins de ville. Ils sont ainsi très attentifs à la façon dont se déroulent les premières conventions dans un département. Par ailleurs, la conduite de la réforme dans leur établissement représente une charge de travail considérable pour des équipes administratives qui sont déjà souvent réduites et à peine suffisantes pour la gestion administrative quotidienne de la structure (c'est surtout vrai pour les établissements qui ne sont pas sous gestion hospitalière). Il est donc fondamental de bien faire comprendre aux directeurs l'intérêt potentiel pour leur établissement à s'engager dans la voie de la réforme de la tarification, et ce malgré l'ampleur du chantier.

A cet égard, l'ouverture de la commission de suivi à six responsables d'établissement est tout autant un moyen de faire "remonter" les difficultés éventuelles que de faire "redescendre" l'information sur les bénéfices potentiels pour les établissements. Il s'agit là d'un point crucial dans la mesure où la mission MARTHE a fixé aux services déconcentrés l'objectif de passer convention avec 50% des établissements représentant plus de 70% des

lits du département avant fin juin 2002[14]. Cet objectif constitue un énorme défi si l'on considère qu'en décembre 2001,on ne dénombrait qu'une soixantaine de conventions tripartite signées au niveau national (dont trois pour le Morbihan). La commission peut donc constituer un moyen de développer la bonne volonté des établissements en favorisant une information vers les structures pour personnes âgées dépendante, par l'intermédiaire des représentants d'établissements, sur l'intérêt à passer rapidement dans la réforme afin de bénéficier au plus tôt des crédits alloués à ce chantier. Enfin, la commission de suivi peut-être un organe d'information en direction des établissements, qui se posent de nombreuses questions tant au sujet de la réforme de la tarification qu'au sujet de l'APA ou de l'ARTT, ce qui ne peut jouer qu'un rôle "facilitateur" pour un accroissement du rythme de passage dans la nouvelle tarification.

1.3.1.2 …dans le respect des équilibres financiers en jeu

Par ailleurs, la commission de suivi de la réforme constitue également un outil important pour mener la réforme et la conduire à son terme dans le respect des grands équilibres. Ce point intéresse davantage les financeurs (Assurance Maladie et Conseil Général) et les tarificateurs (Etat et Conseil Général). Si l'on voulait résumer la "réforme idéale", ce serait celle qui financerait l'amélioration de la qualité dans les EHPAD sans hypothéquer l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie ni provoquer de déport de charges sur l'usager (susceptible d'être pris en charge par le Conseil Général au titre de l'aide social[15]) tout en respectant la séparation des pouvoirs entre l'Etat et les conseils généraux. En effet, la réforme de la tarification des EHPAD se caractérise par un souci de calculer les moyens des établissements d'une façon globale et sans considérer uniquement le budget soin, comme le faisait la commission consultative tripartite. A cet égard, par la mise en commun des synthèses financières préconisées dans la circulaire de janvier 2001, la commission de suivi constitue indéniablement un lieu où les décideurs financiers peuvent se

[14] En tout état de cause, la réforme doit avoir été conduit à son terme avant le 01/01/2004 alors qu'elle devait initialement être achevée fin 2001.

[15] En effet, si les moyens de l'usager ne lui permettent pas de prendre en charge son hébergement (l'APA ne prenant en charge que la partie dépendance), c'est l'aide sociale départementale qui viendra financer son hébergement et acquittant ainsi une double participation (hébergement+dépendance)

mettre d'accord sur une politique globale la plus à même d'assurer le respect de ces équilibres.

1.3.2 la manifestation d'un nouveau mode de fonctionnement administratif

L'existence des commissions de réforme est la manifestation d'une véritable transformation des pratiques professionnelles des autorités de contrôle inhérente à une modernisation des procédures d'allocation des ressources. Chacun des acteurs a été obligé de réfléchir sur la nature des relations à entretenir avec les différents partenaires. C'est là la principale limite à la montée en charge de la réforme de la tarification.

1.3.2.1 la symbolisation d'un passage d'une logique de contrôle à une logique de conseil

La commission de suivi manifeste, dès sa composition, le souci d'instaurer un dialogue entre les établissements, qui sont les plus représentés en nombre au sein de cet organe, et les autorités administratives ayant pour tâche de mener la réforme à son terme. La DDASS se doit à cet égard d'être un acteur de premier plan car elle a, à travers sa participation à la commission de suivi, l'occasion de développer une action de nature pédagogique susceptible de sensibiliser l'ensemble des établissements au contenu des textes et aux bénéfices attendus de la réforme notamment en terme de qualité pour le résident. Il ne s'agit pas, loin s'en faut, d'un aspect annexe du rôle des commissions de suivi dans la mesure où les établissements, même s'ils sont contraints par un calendrier, sont libres de choisir le moment qui leur convient le mieux pour rentrer dans la réforme : La DDASS ne peut imposer à un établissement de se lancer, toute affaire cessante; dans la constitution du dossier de conventionnement.

Dès lors, la commission de suivi peut permettre aux services déconcentrés, par une animation dynamique du travail de ces commissions, de jouer un rôle incitateur (en favorisant l'information des établissements) et facilitateur (par un souci de conseiller les établissements au mieux sur la manière de mener la procédure de la façon la plus efficace et la plus simple possible). La commission est le lieu qui peut permettre aux services de l'Etat et du département de convaincre en mettant en œuvre une stratégie d'information et

d'explication vers les destinataires de la réforme afin de diffuser le message que l'atteinte des objectifs passe par un partenariat Etat-Assurance Maladie-Conseil Général-Etablissements.

La DDASS se doit donc de se poser en promoteur d'une réforme qui l'oblige à faire œuvre de pédagogie auprès des structures afin de dépasser leur scepticisme, voir leur méfiance, vis à vis de textes qu'elles continuent de critiquer dans leur majorité. Le positionnement de la DDASS s'en trouve profondément changé puisque l'exercice de sa mission de tarification se voit supplanté par un rôle de négociateur où la tâche principale consiste en une mission d'expertise technique et d'explication. Dans ce cadre, l'enjeu principal consiste à faire passer l'idée que la réforme se caractérise moins comme une source de complexité que comme une mise en conformité de la structure budgétaire avec la réalité des activités réalisées, préalable indispensable à un engagement accrue de l'Assurance Maladie, que les partenaires en présence vont mener ensemble. La participation à la commission de suivi et l'animation des travaux de celle-ci doit donc impérativement symboliser, au niveau local, cette évolution de la façon de travailler de celle que les établissements continuent toujours d'appeler "la tutelle".

1.3.2.2 le rôle moteur du binôme Etat- Conseil Général

L'efficience ce la commission de suivi est avant tout tributaire de l'engagement et du fonctionnement du binôme constitué par les services déconcentrés de l'Etat et des services sociaux et médico-sociaux du département. En effet, ce sont eux qui impulsent la réforme. L'importance de ce travail en binôme a été soulignée dès le début de la réforme de la tarification avec une circulaire du 14 octobre 1999[16] qui considérait déjà que "l'une des conditions essentielles de la réussite de cette réforme réside dans la capacité des deux autorités concernées à se coordonner étroitement (…) sur la base d'objectifs définis en commun et en utilisant des modes d'organisation transparents et connus des établissements concernés". Si globalement ce point ne semble pas poser de problèmes au quotidien, il convient toutefois de signaler que cette démarche ne va pas toujours de soi et on peut

[16] Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n°99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campane budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux EHPAD et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

parfois trouver, ponctuellement, des résistances sur des questions précises. On peut ainsi signaler le cas du Morbihan où, malgré une collaboration étroite et totale entre la DDASS et les services du Conseil Général, ceux-ci ont refusé de valider les résultats de l'opération sincérité des comptes (consistant en une clarification de l'affectation des charges dans les établissements publics de santé gérant un établissement pour personne âgée) menée dans le cadre de la circulaire du 21 juin 2001[17] par les services de l'Etat et ont diligenté un audit sur les établissements concernés qui doit être réalisé par un cabinet privé.

Il est donc incontestable que les deux institutions doivent nouer des relations toujours plus étroites dans la mesure où elles ne se situent plus dans un cadre de gestion parallèle du secteur personne âgée mais bien dans un système de gestion conjointe où les moyens des établissements sont calculés de façon globale. C'est d'ailleurs pour cela que les représentants de l'Etat et du Conseil Général discutent conjointement avec l'établissement lors des réunions de préparation de la convention. Cette coopération se développe énormément sur le terrain et la préparation des réunions de la commission de suivi est toujours un bon moyen de vérifier son effectivité puisque les deux autorités doivent présenter une position commune par rapport aux établissements. En effet, comment tendre vers une concordance de vue minimale avec les établissements si les autorités de tarification ne sont pas au préalable d'accord entre elles?

Ce dialogue et cette interaction que la commission de suivi doit permettre d'assurer interviennent cependant à un niveau macro économique sur une situation globale du département et non sur le cas précis d'un établissement identifié. Dès lors, la commission de suivi doit, pour fonctionner efficacement, s'appuyer sur un diagnostic général de la situation des établissements du département concerné. En effet, il ne suffit pas de créer des structures de pilotage pour un faire des instruments efficaces: Encore faut-il lui donner des outils.

[17] Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/2001/276 du 21 juin 2001 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé (unités de soins de longue durée et maisons de retraite à gestion hospitalière.

2. UNE PHASE DE DIAGNOSTIC INDISPENSABLE POUR ASSURER UN SUIVI EFFICIENT DE LA REFORME

La commission de suivi ne peut fonctionner dans l'abstrait : elle doit travailler sur une base, une sorte de photographie d'une situation générale. Il est donc indispensable pour qu'elle puisse fonctionner de produire un diagnostic sur les caractéristiques des établissements du département. Le diagnostic doit, pour être utilisable, faire la synthèse des situations actuelles et réaliser une projection, au moins sommaire, des incidences financières des nouvelles règles de tarification.

Par ailleurs, la réforme tend vers un objectif qualité très clair. Or instaurer une qualité optimale dans un département passe par le développement d'un niveau global de prise en charge homogène dans les établissements. Dès lors, des indicateurs doivent permettre d'isoler les établissements dont les besoins sont les plus forts afin de les faire bénéficier au plus vite des avantages de la réforme.

2.1 INTERETS ET JUSTIFICATIONS D'UNE PHASE DE DIAGNOSTIC APPROFONDIE

L'intérêt de ce type de structure, résolument fonctionnel est d'appréhender la montée en puissance de la réforme de la tarification sous un angle concret et pratique.

2.1.1 Mener la réforme d'une façon intelligente

Le diagnostic doit constituer un fil directeur éclairant pour la commission de suivi. Ainsi, celle ci, dès sa première réunion en date du 15 juin 2001, a souligné sa volonté de ne pas mener la réforme de la tarification d'une façon aveugle et anarchique. En effet, le but de cette réforme est d'améliorer la qualité de l'accueil des personnes âgées en établissement mais cet objectif doit être atteint de façon rationnelle sur l'ensemble du département. Dès lors, la réalisation d'un diagnostic décrivant la situation existante dans le département est certes incontournable mais il doit tout autant intégrer des éléments de prévision permettant d'anticiper le déroulement de la conduite de la réforme, voir de le programmer.

Il s'agit là d'un point crucial à l'heure où des interrogations commencent à se faire jour sur la question de savoir si l'enveloppe financière consacrée à la mise en œuvre de la réforme de la tarification sera suffisante. Dans ce contexte, il apparaît encore plus vital que les premières conventions ne figent pas les disparités existantes et que les conventionnements soient planifiés de façon à ce que les établissements les moins dotés bénéficient au plus tôt de ces financements afin de combler rapidement leur retard. Dès lors, le diagnostic doit aider à mettre clairement en lumière ces établissements notamment en permettant de comparer rapidement leurs moyens afin d'harmoniser petit à petit le niveau de prise en charge sur le département.

Ces considérations financières imposent une ligne directrice au diagnostic en question: il doit permettre d'illustrer les conséquences, en terme de modifications de la structure budgétaire, des nouvelles règles d'imputation des charges et même temps d'opérer une projection de ce que pourra être la dotation soin de l'établissement avec l'application des règles de convergence tarifaire. C'est un point incontournable pour arriver à faire en sorte que les établissements jugent cette réforme moins complexe qu'elle en a l'air.

2.1.2 Mener la réforme d'une façon pragmatique

D'une façon générale, les directeurs de structure pour personnes âgées sont très soucieux des exigences qui leur seront soumises par les autorités de tarification lors des procédures de conventionnement et ils craignent notamment que leur soit demandé, dans la convention, des "engagements qualité" excessifs en regard des moyens supplémentaires qui leur seraient alloués. De fait, s'ils se sentent en parfaite adéquation avec la réforme, dans son souci de tendre vers un objectif qualité, ils sont également très désireux que ces objectifs qualité qui leur seront assignés soient réalistes. Ainsi à la réunion de la commission de suivi du 15 juin 2001, les directeurs ont été très attachés à ce que, concernant le problème des critères à prendre en compte dans la conduite de la réforme, soit adoptée une démarche pragmatique. En effet, si un diagnostic de la situation départementale ne peut se faire que par rapport à des critères objectifs, encore faut-il que ces critères reflètent effectivement la situation que vivent les établissements: Le diagnostic ne sera un bon diagnostic que si, objectivement, il fait apparaître leurs difficultés et si, subjectivement, les établissements le perçoivent comme tel.

Réussir ce diagnostic signifie donc trouver des critères acceptés par tous car la réforme ne pourra être menée à son terme que si elle suscite une adhésion globale. Fort de ce constat, la commission de suivi du 15 juin 2001 a donc décidé de réaliser un diagnostic fondé sur un état des lieux de la situation des établissements en essayant de produire un résultat qui soit à la fois exhaustif et synthétique afin d'être rapidement et facilement exploitable. Ainsi, dès le 15 juin 2001, la commission de suivi s'est mise d'accord sur la nécessité de faire figurer un nombre d'indicateurs minimum dans un diagnostic prenant la forme d'un tableau de bord synthétique. A charge pour les services déconcentrés de le compléter avec d'autres indicateurs leur paraissant utiles pour piloter la réforme.

2.2 - LA CONSTITUTION D'UN DIAGNOSTIC DEPARTEMENTAL : L'EXEMPLE DU MORBIHAN

2.2.1 - Les difficultés inhérentes à la constitution d'un tableau de bord exploitable

La décision de créer un tableau de bord a été prise lors de la première réunion de la commission de suivi qui a souligné l'importance de critères susceptibles d'aider au pilotage de la réforme dans le département.

2.2.1.1 - de la création…

La commission de suivi de la réforme de la tarification du Morbihan s'est, dès sa première réunion, mise d'accord pour initier un état des lieux le plus exhaustif possible sur la situation des établissements dans le département. Le relevé des conclusions de cette première réunion précise que l'enjeu de cet état des lieux est de pouvoir émettre « des avis fondés sur des critères objectifs ». La commission a donc déterminé certains indicateurs qu'elle tenait à voir figurer et qui manifestent sa volonté de prendre en compte autant la situation quotidienne actuelle des établissements que certains éléments de projections financières permettant de mesurer l'impact budgétaire des règles de convergence tarifaire. Les critères listés lors de cette première réunion sont les suivants:

Capacité	Prendre en compte la quantité de personnes hébergées par l'établissement en indiquant la répartition des lits notamment en terme de lits de section de cure médicale et en lits de soins courants : La répartition de ces lits médicalisés sert à la détermination du budget soin.
GMP	Calculer le niveau de dépendance moyen des personnes accueillies au sein de l'établissement
Budget soin binaire	Ce budget soins est calculé en fonction des charges brutes à financer pour assurer le fonctionnement et l'encadrement des lits médicalisés. L'autorité de tarification fixe des prix de journée qui sont variables selon qu'il s'agit de lits de section de cure médicale ou de lits de soins courant
Budget hébergement binaire	Budget fixé par le Conseil Général et prenant en charge les dépenses de fonctionnement qui ne sont pas prises en charge au titre du budget soin
DOMINIC[18]	Calcul de la dotation minimale de convergence en fonction du nombre résidants et de l'option tarifaire (globale ou partielle) choisie, a priori, par l'établissement afin d'opérer une projection sur ce que pourra être la dotation soin de la structure après convention

Pour autant, si ces critères sont indispensables, ils sont insuffisants pour permettre d'illustrer la réalité quotidienne des établissements, notamment en terme de charge de travail pour le personnel, et les difficultés qu'ils rencontrent. Enfin ils ne permettent pas de mesurer les établissements entre eux ni d'élaborer quelque planification que ce soit pour conduire la réforme dans le département dans la mesure où il s'agit d'indicateurs très globaux n'illustrant pas les besoins éventuels des établissements. Un tableau de bord à cinq items ne pouvant retranscrire la réalité de l'activité et des moyens des établissements, il a été décidé de partir des critères définis par la commission de suivi mais de les détailler en fonction de questions qui ne pouvaient manquer d'être soulevées à l'occasion des discussions précédant le conventionnement.

[18] Il s'agit de la dotation minimum à laquelle peut prétendre tout établissement à l'occasion de la convention tripartite. Son calcul tient compte de la dépendance des résidants à travers une évaluation du GMP qui est augmentée de 800 points GIR pour les établissements de type long séjour et de 300 points pour tous les autres types d'établissements.

2.2.1.2 - …à l'évolution d'un tableau de bord départemental

Cette démarche qui consiste à compléter et à faire évoluer les critères définis par la commission de suivi avait pour but de permettre d'affiner les données disponibles sur un établissement afin de mesurer si une autre structure, se présentant au même moment pour un conventionnement, ne devrait pas être considérée comme devant passer prioritairement dans la réforme au regard de l'urgence de sa situation.

Ainsi, des données relatives au GMP et à la capacité de l'établissement doivent être affinées afin d'avoir une vue plus complète de la situation des personnes hébergées. Pour cela, il a été choisi de faire figurer le détail de la répartition des personnes dans les différents groupes iso-ressources et non pas le seul GMP. Ce détail peut être important pour expliquer, par exemple, le fait qu'une maison de retraite ait un GMP proche d'un établissement de type long séjour : On peut ainsi quantifier le pourcentage de personnes classées en GIR 1 et 2 qui sont les plus dépendant et font grimper le niveau de GMP. En outre, parallèlement à la mesure de la dépendance, il est indispensable de mesurer le niveau d'encadrement en personnel au lit du malade : il s'agit d'un point fondamental dans le cadre d'une réforme qui a pour objectif avoué de tendre vers une amélioration de la qualité dans ces structures. Dès lors, il a été décidé de mesurer pour chaque établissement les ratios d'encadrement pour trois catégories de personnel et de calculer le ratio d'encadrement global au lit du malade. Ce point constitue un élément important pour déterminer quel établissement doit bénéficier en priorité de l'enveloppe financière allouée à la réforme de la tarification quand on sait que les établissements les moins dotés sont aussi ceux qui ont les taux d'absentéisme en personnel les plus élevés en raison de l'usure du personnel liée à la surcharge de travail qui en résulte pour eux.

Par ailleurs, outre ces données relatives aux conditions d'exercices de l'établissement, il a été décidé de compléter les données financières afin de pouvoir comparer économiquement les établissements sur une base plus fine que celle du seul montant de leur dotation soin. Ainsi il a été procédé à un calcul des coûts moyens à la place par établissement au regard des moyens reçus dans le cadre des budgets présentés en binaire. Ce premier élément de comparaison a été complété par un calcul du coût du « point GIR soin » ainsi que du coût du « point GIR hébergement »[19]. Ces ratios permettent de mesurer

[19] On divise le coût moyen d'un résident par le nombre de point GIR du GMP.

une valeur-référence susceptible de donner lieu à une comparaison des établissements sur une base commune. Ainsi, les établissements les mieux équipés ont forcement des coûts plus élevés du fait de charges plus importantes à supporter. Par ailleurs, l'observation montre qu'un établissement qui se caractérise par un faible coût du point GIR soin est sans doute un établissement qui souffre d'un manque de personnel (dans la mesure où la prise en charge de la masse salariale des personnels soignants constitue sans doute la plus grosse partie de la dotation soin).

Enfin, si faire figurer les montants des dotations soins et hébergement dans le tableau de bord est indispensable pour avoir une idée précise des moyens des établissements en tarification binaire, l'étude portant sur les établissements du département ne peut faire l'économie d'une transposition d'un budget binaire dans une structure ternaire. Il s'agit là d'un point fondamental pour mesurer l'impact sur la structure de ce budget de la tarification ternaire et pour mesurer son évolution par rapport à la tarification binaire. Bien évidemment, il convient d'effectuer cette transposition à partir d'un budget déjà approuvé par les autorités de tarification afin de mesurer les évolutions par rapport à une base fixe. Le parti a été pris dans le Morbihan de partir du budget approuvé 2001 plutôt que des comptes administratifs 2000[20]comme l'avaient demandé les représentants de l'Assurance Maladie lors de la première réunion de la commission de suivi. Cette transposition constitue un élément incontournable pour le tableau de bord dans la mesure où il permet de déterminer l' « effet mécanique » ou le « clapet anti-retour » variante d'enveloppe qui résulte du passage des anciennes règles de calcul aux nouvelles. Or les établissements qui bénéficient d'un effet mécanique sont ceux qui sont considérés par le ministère comme devant passer prioritairement dans la réforme afin qu'ils puissent bénéficier au plus tôt de cet effet mécanique. On peut également citer un autre intérêt qui est de pousser l'ensemble des établissements à commencer à se familiariser avec les budgets en structure ternaire.

Outre cette transposition du budget binaire 2001 selon la nouvelle structure tarifaire, le tableau de bord doit indiquer le montant de la DOMINIC, qui constitue un minimum de dotation pour l'établissement calculé en fonction de sa capacité et de son niveau de dépendance moyen, mais également le montant de la DOMINIC+35% qui constitue, à

[20] Ceci s'explique par le fait que les établissements ont déjà été sollicités en septembre 2001 dans le cadre de l'application informatique ANGELE pour présenter leur budget approuvé 2001 en trois sections d'imputation tarifaire. Il a donc paru opportun de partir de ce travail demandé par l'administration centrale pour ne pas surcharger les établissements.

l'inverse, un maximum de dotation soin (sauf « pathologies particulièrement lourdes et coûteuses »)[21] incluant les dépenses de soins de villes afférentes au tarif[22] choisi par l'établissement. A ce sujet, ces dépenses ont fait l'objet d'une estimation de la part de la CPAM du Morbihan afin de pouvoir mesurer ce qui reste réellement à l'établissement après leur prise en charge.

2.2.2 - Le tableau de bord du Morbihan

Le tableau de bord qui a été réalisé dans le Morbihan a pu se faire de façon relativement rapide à la faveur de circonstances favorables, notamment grâce au recueil d'informations nécessaires pour l'application informatique ANGELE[23] qui a été le point de départ d'une analyse plus approfondie des chiffres clés des établissements du département.

2.2.2.1 - Méthodologie

Le tableau de bord qui a été réalisé dans le Morbihan s'appuie en grande partie sur les données, remontées des établissements, destinées à être saisies sur le logiciel ANGELE en septembre 2001. Ce logiciel a été conçu pour pouvoir suivre la mise en œuvre de la réforme de la tarification et opérer une projection des moyens nécessaires à sa montée en puissance. Par ailleurs, le ministère doit s'appuyer sur les synthèses départementales calculées par ce logiciel pour procéder à la répartition annuelle de l'enveloppe d'Assurance Maladie dans les différentes régions. Malgré sa complexité, ce logiciel aura eu le mérite d'initier une collecte générale d'information auprès des établissements à un instant donné. C'est ce point de départ qui a été l'occasion, pour le Morbihan de commencer un tableau de

---

[21] Circulaire n° DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD.

[22] Le tarif global met à la charge de l'établissement toutes les dépenses d'Assurance Maladie alors que le tarif partiel prend surtout en charge l'ensemble des dépenses de médicaments et intervention de médecins libéraux dans l'établissement.

[23] Application informatique issue de la circulaire n° DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD.

bord de synthèse sur la situation des établissements du département. Cette enquête qui devait avoir lieu en début d'année 2001 devait se baser sur la transformation en budget ternaire du compte administratif 2000 mais, du fait de son retard, la mission MARTHE a demandé que les services déconcentrés partent sur la base du dernier budget approuvé 2001 afin que les projections faites avec les résultats de l'enquête soient les plus actuels possibles. Le logiciel de traitement de ces informations, ANGELE, devait être rempli pour chaque établissement du département à partir de ce budget binaire 2001 et sa transposition en ternaire. Le logiciel calculait lui-même le coût du point GIR soin et la DOMINIC ainsi que l'effet mécanique ou le clapet anti-retour. Il convient cependant de préciser que les données financières fournies par les établissements ne prennent en compte aucune mesure nouvelle afin que tous les établissements soient considérés sur la même base.

Par ailleurs, les données recueillies concernant les établissements hospitaliers tiennent compte de l'opération « sincérité des comptes », même si cette opération n'a pas été validée, dans le Morbihan, par le Conseil Général. Celui ci souhaite lancer un audit, (qui sera prochainement réalisé par un cabinet privé) sur ces établissements du fait de désaccords sur les résultats de cette opération et en particulier sur les montants des transferts de charge entre budget H et budget J. En effet, cette opération, lancée dans le cadre de la circulaire du 26 janvier 2001, avait pour but de mettre fin aux transferts de charges pouvant exister entre le budget général de l'hôpital et les budgets annexes (long séjour ou maison de retraite). Il s'agissait donc d'apprécier si l'établissement avait procédé à une évaluation correcte des charges pesant sur son budget annexe et dans le cas contraire, de procéder à des transferts entre budget principal et budget annexe pour que la vérité des coûts soit garantie. Cette opération constituait donc un préalable à toute opération de diagnostic en supprimant ces subventions croisées qui nuisaient à l'égalité de traitement entre établissements.

Enfin, il a été procédé à un recueil de données complémentaires auprès des établissements. En effet, si l'application informatique ANGELE demandait de compter le nombre d'aides-soignantes (et/ou d'AMP) par établissement, ce recensement était limité à cette catégorie de personnel[24]. Or celle-ci était insuffisante pour donner une information

[24] Le fait de ne demander que le nombre d'aides soignantes dans l'établissement s'explique par le fait que 70% de la masse salariale des aides soignantes est pris en charge par le budget soin (100% pour les infirmières). En effet, en dehors de cette catégorie de personnel, la clé de répartition « 70-30 » ne trouve à s'appliquer que pour les agents de services hospitaliers qui n'émargent pas au budget soin.

précise sur le niveau d'encadrement en personnel de l'établissement. Dès lors, tous les établissements du département ont été appelés afin de recueillir auprès d'eux les données concernant le nombre d'agents de services hospitaliers et d'infirmières au sein de l'établissement. Ces données ont permis de calculer le niveau d'encadrement global au lit du malade pour les établissements ayant répondu à l'enquête. Par ailleurs, ces données sont importantes pour avoir une idée sur l'activité réelle du personnel : En effet, un établissement qui se caractérise par un nombre anormalement élevé d'aides soignantes au regard de son total d'agents de service hospitalier peut laisser penser qu'une part du travail de ces derniers est effectué par des AS dont la masse salariale est pourtant beaucoup plus importante (à noter que l'inverse peut aussi être vrai, ce qui est moins grave financièrement mais l'est beaucoup plus en terme de sécurité). Il s'agit donc d'éléments qui peuvent donner lieu à discussion à l'occasion d'un éventuel conventionnement dans la mesure où la circulaire du 29 mai 2001 insiste sur le fait que les aides soignantes et AMP doivent être diplômées et exercer réellement la fonction d'aide soignante et d'AMP pour être pris en charge à 70% par le budget soin[25].

2.2.2.2 - L'analyse des données du tableau de bord du Morbihan

La constitution d'un tableau de bord n'est utile que si elle donne lieu à interprétation : cet instrument n'est que la matière brute d'un diagnostic qui doit analyser les caractéristiques des établissements afin de planifier la montée en charge de la réforme au mieux des intérêts de ceux-ci. La situation des établissements dans le Morbihan est très hétérogène selon la structure juridique de l'établissement et une analyse cohérente se doit avant tout d'appréhender leur situation en les classant dans des grands groupes homogènes pour pouvoir les comparer entre eux.

Un classement "naturel" se dégage qui consiste à observer la situation des établissements selon qu'il s'agit de maisons de retraite publiques autonomes, des établissements hospitaliers, de maisons de retraite privées ou de maisons de retraite gérées par un hôpital local.

---

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

- Concernant les établissements publics autonomes:

La capacité moyenne des maisons de retraite publiques autonomes est de 91 personnes autorisées (avec un taux d'occupation de 100% à peu près). Certains établissements peuvent parfois dépasser leur capacité d'hébergement. Ces établissements se caractérisent donc par une activité soutenue. Le niveau de médicalisation de ces établissements est proche de 100% qui se répartissent en 49 % de lits de soins courants et 48% de lits de sections de cure.

Le taux de dépendance moyen dans le Morbihan est assez élevé pour des établissements de type maison de retraite puisque le GMP moyen de ces structures est d'environ 624 et que plusieurs d'entre eux dépassent les 700. Cette dépendance moyenne élevée s'explique en grande partie par le fait que plus de 47% de la population accueillie est classé en GIR 1- 2et 32 % en GIR 3-4 pour 20% en GIR 5-6.

Le taux d'encadrement de ces établissements est assez hétérogène puisqu'il varie globalement entre 0.2 et 0,35 ETP au lit du malade, c'est à dire un niveau départemental moyen de 0,305 pour les établissements publics autonomes. Ce ratio est notablement insuffisant si l'on en croit une étude du Conseil Général d'Ille et vilaine qui considère qu'un taux d'encadrement de 0,352 au lit du malade est un niveau d'encadrement minimum satisfaisant pour assurer une bonne prise en charge de la personne âgée.

Les indicateurs financiers confirment ce sous-équipement global par un coût du point GIR soin sérieusement plus faible que les structures comparables du secteur hospitalier (56 francs contre 72[26]) pour une dépendance moyenne pourtant très proche (628 de GMP contre 631). Ce constat lié au coût du point GIR soin s'aggrave lors de la transposition du budget binaire en une structure ternaire[27]. Le rapport extrêmement bon marché des établissements publics est à rapprocher de leurs carences en personnel et souligne la faiblesse de la masse salariale prise en charge par le budget soin. Il faut par ailleurs noter que l'insuffisance globale des dotations soins ne semble pas compensée par le budget hébergement en tarification binaire dans la mesure où le coût moyen à la place global des établissements publics autonomes reste de plus de 27 francs inférieur à ce qu'il est pour les maisons de retraites gérées par des établissements hospitaliers. Concernant ce

[26] cf. annexe 1

[27] cf. annexe 1

coût moyen à la place (341,7 francs en moyenne pour le secteur public autonome pour 23 établissements compris entre 281,02 et 415.5 francs), il faut souligner que cinq établissements se situent sous la barre des 300 francs ce qui reste extrêmement faible.

- Concernant les établissements hospitaliers:

Pour donner une vue réaliste du secteur hospitalier, il convient de distinguer l'activité maison de retraite de l'activité long séjour: La première peut être comparée avec l'activité des maisons de retraite publiques qui effectuent des prestations similaires alors que les services de long séjour ont pour mission de prendre en charge la grande dépendance qui nécessite un suivi accru en personnel et une médicalisation plus importante du service.

Les services de long séjour et USLD du Morbihan se caractérisent par un GMP très important : plus de 872 de GMP de moyenne pour 12 services de ce genre comprenant en moyenne 99 patients. L'importance de ce chiffre vient du fait que plus de 82% des personnes hébergées par ces services sont classées en GIR 1-2. Ce chiffre coïncide avec la vocation de ces services qui est de prendre en charge les personnes les plus lourdement dépendantes. Cette vocation justifie l'application, pour le calcul de la DOMINIC, d'un GMPS supérieur aux structures de type maison de retraite pour tenir compte de la lourdeur des pathologies prises en charge qui implique des besoins en personnel plus importants. En effet, les besoins en personnel de ce type d'établissement sont notoirement plus importants que pour une maison de retraite hébergeant des résidants de dépendance moyenne : Il est ainsi admis par la CRAM de Bretagne qu'un ratio de personnel de 0,6 est satisfaisant pour les services de long séjour. Actuellement, le ratio départemental d'encadrement en long séjour est de 0,54 mais là encore la situation est très hétérogène dans la mesure où ce ratio, pris par établissement, s'échelonne de 0,45 à 0,78. Il est à noter que les établissements qui ont le taux d'encadrement le plus faible sont parmi ceux qui ont le plus de clapet anti-retour.

Les maisons de retraite gérées par des établissements hospitaliers sont au nombre de 8 dans le Morbihan pour l'ensemble des secteurs 3 et 4. Elles sont assez comparables aux établissements publics autonomes de même type et le niveau de prise en charge se doit, dans l'esprit, d'être de même niveau. La capacité d'hébergement moyenne de ces établissements est d'environ 109 résidants pour un GMP moyen de 631. On se trouve donc sur un niveau de dépendance à peu près similaire aux maisons de retraite autonomes même si le pourcentage de personnes classées en GIR 1-2 est sensiblement moins important (environ 42%). Néanmoins, le ratio d'encadrement au lit du malade y est plus important puisqu'il atteint 0,37 (à noter cependant la présence de deux extrêmes entre un ratio de 0,44

pour le CHBS et l'insuffisance de la maison de retraite de Le Palais qui avec un ratio de personnel de 0,2 accuse un important retard sur les autres MRH). On peut sans doute expliquer cet écart de personnel entre le public autonome et les MRH par le fait que la proportion des lits de section de cure médicale représente 56,4% des places de ces dernières contre 48% pour les maisons de retraite autonomes bien que ces dernières hébergent des personnes plus dépendantes. Pour réduire cet écart, la suppression de la distinction "section de cure- soins courant" est un moyen utilisé par la réforme de la tarification pour promouvoir une prise en charge de la personne adaptée à sa dépendance et non au statut du lit qu'elle occupe.

- Concernant les maisons de retraite privées

La situation des maisons de retraite privées est sans doute celle qui se caractérise par la plus grande hétérogénéité (avec les foyers logements). Cependant, ces établissements ont également vocation à entrer dans la réforme de la tarification. Il est néanmoins difficile de tirer des observations fiables sur la situation de ces établissements dans la mesure où un tiers seulement d'entre eux (8 sur 24) a correctement répondu au questionnaire destiné à l'exploitation du logiciel ANGELE (3 ont fourni des réponses mais trop lacunaires pour être exploitables). Ce taux de réponse, très insuffisant, s'explique en grande partie par le fait que nombre d'établissements ne s'estiment pas concernés du fait de leur faible niveau de médicalisation. Ceux qui ont répondu sont ceux qui sont déjà médicalisés en tout ou partie. Il semble que les établissements non médicalisés n'ont pas perçu qu'ils faisaient partie des principaux destinataires d'une réforme qui vise, entre autres objectifs, à accroître le nombre de lits médicalisés afin de pouvoir faire face aux enjeux du vieillissement de la population.

Parmi les rares établissements privés ayant répondu à l'enquête, on trouve quelques maisons de retraite ayant à la fois de la section de cure et des soins courant (St Jacut et la résidence ker Anna de Ste Anne d'Auray par exemple) mais leur situation est trop différente pour pouvoir tirer des enseignements fiables (le premier a un GMP de 712 et le second de 450) d'un si faible échantillonnage qui reste trop peu représentatif. Pour autant, il est possible de souligner le faible taux moyen de médicalisation de ces établissements puisque ceux-ci disposent en moyenne de 57 places dont environ 10 places de soins courants et 5,5 places de section de cure. Il faut par ailleurs préciser que 20 établissements (sur 26) ont un taux de médicalisation égal à 0%. Les établissements médicalisés semblent se situer dans des ratios de personnel semblables aux établissements publics autonomes (0,31 ETP au lit du malade contre 0,305) exprimant ainsi des besoins comparables.

- Concernant les foyers-logements

Le foyer-logement a constitué le mode d'accueil collectif privilégié pour les personnes âgées pendant les années 1970 à 1985, en dépit de sa vocation, très limitée, qui est d'accueillir des personnes globalement valides. Durant cette époque, toutes les petites communes souhaitaient avoir sur leur territoire une de ces structures, ce qui explique leur nombre remarquablement élevé dans le Morbihan. Comme pour les maisons de retraite privées, les foyers logements se sont distingués par un taux de participation à l'enquête ANGELE des plus limité, et ce de façon plus importante encore. Cette négligence est manifestée autant par les foyers logements avec section de cure médicale que par les autres. Les foyers logements sont sans doute les établissements qui posent le plus de problèmes actuellement (problème encore accru par la mise en œuvre de la loi sur l'APA): il n'y a pas de réelle cohérence dans la situation de ces structures. En effet, le nombre de personnes hébergées est très variable (de 19 résidants pour FL Guer à 107 pour FL Locminé) tout comme le niveau de dépendance (de 104 de GMP pour FL Carnac à 808 pour la résidence du vallon à Lorient ou 715 pour la MAPA de Guidel) ou le niveau de médicalisation (100% pour les foyers logements avec section de cure et 55% de moyenne pour les autres avec 22 établissements à 0%)…

Un des problèmes majeurs que vont rencontrer les foyers logements pour rentrer dans la réforme réside dans la structure de leurs locaux qui n'ont pas été conçus comme des maisons de retraite mais comme des logements autonomes accompagnés de prestations annexes (repas, blanchisserie…) et abritant des personnes peu dépendantes et donc majoritairement autonomes. Le passage de ces structures dans la réforme implique donc une véritable révolution culturelle pour mettre l'habitat aux normes pour des personnes âgées dépendantes et ce point précis ne sera pas sans soulever de difficultés dans la mesure où, dans le Morbihan, 90% du parc des foyers logements appartient à l'OPHLM. Il sera donc sans doute nécessaire, à un moment, d'ouvrir le comité de suivi de la réforme à cet organisme qui sera incontournable pour mener à bien cette réflexion.

Au vu de ces difficultés[28], les autorités de tarification ont convenu de ne pas se précipiter avec les foyers logements dans la mesure où ces établissements n'ont pris

[28]Par exemple, un autre problème se posera lors de la transformation du foyer logement en EHPAD. En effet, un couple qui ne payait qu'un louer par mois pour deux en foyer paiera maintenant deux fois pour deux places occupées en EHPAD.

conscience que récemment des changements qu'implique pour eux le passage dans la réforme, et notamment une possible transformation en EHPAD. Les directeurs reconnaissent eux-mêmes qu'ils n'en sont qu'au début de leur réflexion qui doit par ailleurs prendre en compte les effets de l'APA. En effet, 95% des foyers logements fonctionnent avec une aide externalisée (en général assurée par des services d'aide ménagère) permettant de compenser les problèmes d'effectifs. Cette aide est financée par l'assurance vieillesse ou les mutuelles au titre de l'aide ménagère accordée aux résidants. Or avec la création de l'APA, assurance-vieillesse et mutuelles ont prévu de ne plus financer les prestations d'aide ménagère dans la mesure où les établissements recevront une dotation soin qui devra leur permettre de répondre à ces nouveaux besoins en personnel[29].

-Concernant le niveau d'encadrement comparé des établissements autonomes et hospitaliers:

Les maisons de retraite autonomes et hospitalières montrent des taux d'encadrement très différents: ces écarts dans le taux d'encadrement semblent confirmés par le coût moyen à la place qui est plus important pour les seconds du fait de charges de personnel plus importantes. Néanmoins, il convient de ne pas porter de jugement trop hâtif dans la mesure où les données recueillies ne précisent pas toujours si le nombre d'ASH déclarés comprend ou non les agents travaillant en lingerie ou en cuisine et qui ne sont donc pas au lit du malade. Ce paramètre est à même de faire varier de façon importante, dans un sens ou dans l'autre, les résultats de l'enquête. Il convient donc au moment de la négociation de la convention d'éclaircir ce point afin de déterminer le plus justement possible les besoins en personnel de l'établissement pour une prise en charge de qualité.

2.2.2.3 Un diagnostic mis en perspective avec la situation de département voisin

Il a paru intéressant de comparer les résultats de l'étude ANGELE sur lesquels se fonde cette analyse avec ceux d'un autre département breton afin d'identifier d'éventuelles spécificités morbihannaises. Le Finistère ayant accepté de nous communiquer le résultat de sa synthèse départementale calculée par le logiciel, il a été procédé à une comparaison de

---

[29] Il y a là une incohérence dans la mesure où cette dotation soin va financer l'embauche de personnel qui devrait normalement être pris en charge sur la dépendance et non pas sur le budget soin.

la situation des deux départements. Cette synthèse est structurée en deux parties: les établissements ayant opté pour le tarif partiel et ceux ayant opté pour le tarif global.

Les établissements finistériens semblent opter pour le tarif global dans une proportion moindre que dans le Morbihan. En effet, outre le long séjour qui a naturellement vocation à opter pour le tarif global, on trouve dans le Morbihan 11 maisons de retraite, gérées par des établissements hospitaliers, ayant choisi le tarif global contre seulement 3 établissements dans le Finistère. Ce rapport est symptomatique puisque les deux départements comptent tous les deux 11 établissements de ce type (les 8 établissements restants dans le Finistère ont opté pour le tarif partiel).

La comparaison des GMP globaux des deux départements dans les sept strates montre une situation à peu près comparable dans les établissements ayant opté pour le tarif partiel même si la dépendance moyenne semble un peu plus élevée dans le Morbihan. Néanmoins, quand on compare le GMP départemental du Morbihan et du Finistère dans les synthèses départementales calculées par le logiciel ANGELE pour le tarif partiel, on constate qu'il est beaucoup plus bas pour le Morbihan: Cela s'explique par le nombre beaucoup plus élevé de place de foyers-logements dans le Morbihan (2107 contre 437) qui fait énormément baisser la moyenne Morbihannaise dans la mesure où l'on sait que ces établissements ont vocation à accueillir une population moins dépendante.

De la même façon, le niveau de dépendance moyen dans les établissements ayant opté pour le tarif global est similaire dans les deux départements quand on les compare par strates. Néanmoins la comparaison des GMP départementaux"tarif global" montre là encore un niveau de dépendance moyen moins important dans le Morbihan. Cela s'explique par le fait que toutes les maisons de retraite gérées par des établissements hospitaliers ont opté pour le tarif global (contre 3 seulement dans le Finistère) bien que ne présentant qu'un GMP de 643. Ces 11 établissements expliquent que la moyenne soit moins favorable pour le Morbihan.

Cette phase de diagnostic peut être plus ou moins longue. Cependant, elle ne constitue en aucun cas une perte de temps : elle constitue un travail de fond qui s’avère indispensable dans l’optique d’une programmation nécessaire pour combler le retard et le sous-équipement de certains établissements d’un département qui se caractérise par une sous médicalisation de ses places pour personnes âgées.

3 L'OBJECTIF : UNE PLANIFICATION DU PASSAGE DES ETABLISSEMENTS DANS LA REFORME

La commission ne doit pas être un simple organe consultatif et/ou de représentation de ses membres. C'est un organe stratégique et fonctionnel dont la fonction est de se consacrer à la mise en œuvre de la réforme de la tarification en jouant un rôle de facilitateur dans la prise de décision. Cependant, sa composition même la rend apte à se prononcer sur plusieurs chantiers qui agitent actuellement le secteur personne âgée, lui permettant ainsi de se poser en pivot de l'ensemble des mutations que connaît aujourd'hui ce secteur.

3.1 Vers la mise en place d'un programme de passage des établissements dans la réforme de la tarification

On peut parfois se demander si l'intérêt d'une commission de suivi n'est pas remis en cause par le retard qui a été pris dans la conduite de la réforme par l'ensemble des départements français. Pourtant, cet instrument peut être un outil intéressant pour tenter de combler ce retard en permettant de déboucher sur une programmation du passage des établissements dans la réforme de la tarification et ainsi de rattraper plus rapidement le temps perdu dans les premières années de la réforme en vue d'atteindre l'objectif fixé pour juin 2002, soit 50% d'établissements conventionnés (représentants 70% des lits du département).

3.1.1 Quelle acception faut-il donner au terme de « programme »?

Programmer, c'est faire des choix. En effet, le nombre d'établissement concerné par un éventuel passage dans la réforme de la tarification est très important. Or, la capacité de travail des équipes de conventionnement Etat- Conseil Général est trop limitée pour pouvoir traiter plus de quelques établissements à la fois. C'est à cette limite, tenant à une insuffisance en moyens humains, que doit tenter de répondre la commission de suivi en déterminant, après analyse des tableaux de bords et des critères demandés : quels sont les

établissements qui doivent bénéficier prioritairement des crédits de l'enveloppe de la réforme?

Pour autant, l'existence de critères d'analyse des besoins des établissements ne doit pas empêcher la détermination d'une ligne de politique générale de la part de la commission. En effet, les critères de détermination du passage des établissements doivent trouver à s'appliquer dans le cadre d'une ligne de conduite globale définie par les acteurs du département. Ainsi, il a été convenu dans le Morbihan de ne pas faire passer tout de suite les foyers logements dans la réforme du fait de leur vocation initiale qui est d'accueillir des personnes autonomes. Cette ligne de conduite allait d'ailleurs dans le sens de la volonté de ces structures qui, pour ne pas s'être senties concernées pendant longtemps en raison de leur petite taille et de leur faible médicalisation, ne sont pas encore prêtes aujourd'hui à rentrer dans la réforme. D'autre part, l'adaptation de ces structures dès le début de la réforme aurait demandé beaucoup de temps dans la mesure où elles nécessitent un important travail de restructuration de l'établissement du fait que leur capacité ne se mesure pas en lits, comme les autres établissements pour personnes âgées, mais en appartements. Les résidants acquittent d'ailleurs un loyer et non un prix de journée.

Cette orientation a été dictée par une situation propre au Morbihan (le département se caractérise en effet par un nombre particulièrement important de foyer–logements dont on estime que le fait de les faire passer de suite dans la réforme consommerait trop rapidement l'enveloppe). Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une exception morbihannaise dans la mesure où le Finistère a adopté la même ligne de conduite. Cependant, cette ligne directrice, que se sont d'ailleurs fixés de nombreux départements, a été , en quelques sorte, officialisée par les décrets d'application[30] de la loi n°2001-647du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. En effet, le décret n°2001-1086 dispose que les établissements ayant moins de 300 points de GMP ou ayant une capacité de moins de 25 personnes ne sont pas obligés de passer une convention tripartite. Cette évolution permet aux services conduisant les négociations de mettre d'ores et déjà de côté un nombre, conséquent pour le Morbihan, de très petites structures mais ne résout pas totalement le problème pour autant. En effet, que faire quand un foyer logement dépassant ces critères se situe à 500 mètres de la maison de retraite dans une petite commune ? Ce problème, qui a déjà été observé, n'a pas été tranché par l'administration centrale.

[30] Il s'agit des trois décrets n°2001-1085, 2001-1086, 2001-1087 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

La commission doit donc se prononcer sur certains problèmes généraux qui peuvent se poser dans le département avant que ne soit réalisé, par la suite, un tableau de programmation synthétisant les établissements classés prioritaires d'après les critères issus de la phase de diagnostic et la ligne de conduite générale fixée par la commission de suivi. Celle ci, lors de sa réunion du 15 juin 2001, a souhaité que soit privilégiée une approche pragmatique intégrant certaines préoccupations des établissements, notamment en terme de personnel.

3.1.2 L'établissement d'un programme de passage des établissements dans la réforme tenant compte des enseignements de la phase de diagnostic

La difficulté pour la commission de suivi, pour réaliser cette programmation, est de concilier plusieurs logiques, parfois contradictoires, issues tant de la mission MARTHE que des enseignements tirés du diagnostic départemental. Dès lors, l'élaboration de critères à prendre en compte pour programmer l'ordre de passage des établissements du département dans la réforme se heurte à un préalable incontournable: Quelle logique veut-on privilégier ?

Si l'on privilégie la logique de la mission MARTHE, le critère sera un non-critère puisque lors de ses visites en province, M. Brunetière a donné pour principale consigne de "faire du chiffre". Pour cela, la ligne de conduite qui prime au ministère semble être de privilégier les établissements qui bénéficient d'un effet mécanique dans la mesure où cet effet mécanique peut leur être versé avant même la signature de la convention. Cela permet donc de faire bénéficier les établissements au plus tôt de l'enveloppe dédiée à la réforme de la tarification, ce qui peut s'avérer vital pour certains établissements se trouvant dans des situations précaires. Cette mesure doit permettre de lancer la réforme et de d'encourager les établissements à s'engager dans cette démarche. En tout état de cause, chaque département doit signer des conventions avec 50% des établissements représentant 70% des lits du département. D'une façon générale, la mission semble privilégier les maisons de retraite peu ou pas médicalisées et dont les moyens actuels sont inférieurs à la DOMINIC. Pourtant, cette logique peut ne pas correspondre à celle que privilégie nombre d'acteurs de terrains qui peuvent préférer faire passer des établissements déjà médicalisés mais qui ont dû fonctionner pendant des années avec des dotations soins insuffisantes.

En effet, si l'on choisit de privilégier une logique davantage axée autour d'une volonté de combler au plus vite les disparités existantes entre les différents établissements au regard des dotations soins octroyées et des orientations générales fixées par le schéma gérontologique départemental, il convient de prendre en compte plusieurs critères afin de porter le niveau de la dotation soin des établissements les moins dotés au niveau de leurs pareils tout en essayant de respecter les délais de la mission MARTHE.

Concrètement, un point incontournable à prendre en compte dans la programmation du passage des établissements dans la réforme est de mesurer, en premier lieu, les manques les plus criants, notamment en terme de personnel, au regard du niveau de la dépendance moyenne des personnes accueillies au sein de l'établissement (les charges de personnel représentent en effet la part la plus importante du budget soin). Il convient dès lors de se livrer à une double observation: D'une part, mesurer si le niveau de personnel est suffisant et hiérarchiser les établissements au regard de l'importance du GMP; d'autre part évaluer le niveau du coût moyen à la place. Suite à cette analyse, il conviendra de privilégier les établissements les moins bien dotés afin de réduire l'écart entre établissements et favoriser ainsi une amélioration qualitative du service rendu aux usagers.

A ce sujet, la commission de suivi du 23 novembre 2001 s'est prononcée favorablement sur une hiérarchisation des établissements du département reposant donc sur un double critère. D'une part, la prise en compte d'un rapport coût moyen à la place / niveau de personnel (par rapport à un niveau de personnel considéré comme satisfaisant) afin de faire ressortir les établissements les moins bien dotés ou ceux dont les effectifs sont notoirement insuffisants au regard de l'exigence de qualité inhérente à la réforme de la tarification. D'autre part, une hiérarchisation des résultats précédents en fonction d'un rapport niveau d'encadrement en personnel de l'établissement / niveau de dépendance moyen de la population accueillie au sein de l'établissement. Ce dernier rapport servant à mettre en lumière l'urgence de la situation de certains établissements par rapport à leurs pairs.

En tout état de cause, la réalisation d'un tableau de programmation ne peut constituer qu'un instrument indicatif capable d'aider les négociateurs en cas d'afflux de demande de conventionnement dans un but de gestion à long terme de la charge de travail. Il n'est en aucun cas question de faire impérativement passer les établissements dans l'ordre du tableau : d'une part, cette mesure serait très désincitative pour les établissements classés à la fin de la liste et d'autre part, il convient de s'adapter au fait que tous les établissements ne peuvent être prêts au même moment. Un tableau de programmation ne constitue qu'un

instrument de mesure entre les établissements et un aucun cas un classement d'entrée rigide et intangible.

3.2 VERS UN POSITIONNEMENT DE LA COMMISSION DE SUIVI EN PIVOT DE L'ENSEMBLE DES REFORMES DU SECTEUR PERSONNES AGEES

En raison de sa représentativité, la commission de suivi de la réforme peut se poser en instance de réflexion, tant sur des problèmes concernant la réforme de la tarification que sur d'autres questions concernant le secteur personnes âgées, susceptible de lui faire jouer un rôle de pivot de l'ensemble des mutations que connaît actuellement ce secteur.

3.2.1 une commission qui se pose en espace de réflexion face aux contradictions de la réforme

L'esprit de la réforme de la tarification a toujours été de laisser une marge de manœuvre importante aux acteurs de terrain dans leur démarche de contractualisation avec les établissements. Cette marge de manœuvre était indispensable dans la mesure où l'on passait d'une logique de contrôle à une logique de négociation entre partenaires et futurs co-contractants. Par ailleurs, il convenait de laisser une marge d'adaptation à une situation concrète propre à l'établissement. Cette autonomie a pourtant trouvé à s'appliquer dans un domaine qui n'avait pourtant pas été initialement prévue par l'administration centrale lors de la conception de la réforme de la tarification. En effet, un point est unanimement critiqué par l'ensemble des acteurs de terrain : les modalités de calcul de la DOMINIC qui, en l'état, ne permettent que rarement de donner effectivement des moyens supplémentaires aux établissements une fois déduite pour ceux-ci la prise en charge des dépenses de soin de ville. Or une dotation qui serait insuffisante remettrait fatalement en cause la poursuite des objectifs d'amélioration de la qualité devant figurer dans la convention.

Le calcul du GMPS (avec ajout de 300, ou de 800 points pour les USLD, au GMP pour tenir compte de la grosse dépendance) est un calcul "à la louche" qui ne tient pas compte du fait que certaines maisons de retraite, sans atteindre un niveau de dépendance du type long séjour, peuvent se trouver confrontées à des degrés importants de dépendance (entre 600 et 700 de GMP, voir plus). Le risque de ce mode de calcul est de les voir rester sous-dotées,

annulant ainsi pour ces établissements les bénéfices potentiels de la réforme de la tarification. Une solution pour répartir équitablement l'enveloppe en fonction des besoins avérés serait de calculer la DOMINIC avec un ajout de points GIR progressif tenant compte du niveau de dépendance réel et non du statut de l'établissement. C'est une possibilité qui n'a rien de révolutionnaire dans sa philosophie puisque l'esprit de la réforme de la tarification était justement d'affranchir le financement d'un établissement de son statut juridique, ce qu'elle ne fait pas totalement: Une maison de retraite se caractérisant par un GMP proche du long séjour ne dispose, en effet, pas des mêmes moyens pour y faire face. Cette solution aurait le mérite de permettre de trouver un équilibre entre l'application stricte des textes et la possibilité offerte par la mission MARTHE d'attribuer, exceptionnellement, un coefficient de +800 GIR au GMP pour des maisons de retraite ayant un niveau de dépendance proche du long séjour. On peut pourtant se demander s'il n'est pas moins coûteux pour l'Assurance Maladie de trouver un compromis plutôt que d'appliquer cette règle dès qu'une maison de retraite dépasse les 750 de GMP.

Une récente circulaire[31] semble avoir pris note de ce constat de rigidité en autorisant les dépassements de la DOMINIC+35% pour les établissements déjà médicalisés lorsque le montant de la dotation soin (avec ou sans l'application de l'effet mécanique) est supérieur à ce niveau. Attribuer aux établissements une dotation soin correspondant à leurs besoins constitue un point incontournable pour éviter les dérives de l'ancienne tarification où la dotation hébergement venait compenser la faiblesse de la dotation soin.

Cette proposition a été expressément refusée par la mission MARTHE qui n'envisage pas de la généraliser. Pourtant, quelques régions et départements semblent se diriger vers cette solution alternative qui est de d'ajouter un nombre de point GIR au GMP qui augmenterait en même temps que celui-ci pour le calcul d'une DOMINIC réellement en phase avec le niveau de dépendance de la population accueillie par l'établissement. C'est le cas notamment en région parisienne et en Bretagne où cette mesure vient d'être adoptée au CTRI du 19 novembre 2001. La commission de suivi du 23 novembre a donc été sollicitée par le DDASS du Morbihan sur l'opportunité d'envisager cette option pour le département. L'ensemble des partenaires s'est dit intéressé par une solution qui éviterait certaines extrémités, déjà observées dans d'autres départements, comme le dépassement de la DOMINIC+35% à un niveau record de DOMINIC+50%. Cela évite également un nouveau

[31] Circulaire DHOS-F2/DSS-1An°2001-516 du 26 octobre 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

report de charge sur le Conseil Général et/ou l'usager qui aurait été inéluctable en cas de calcul trop restrictif de la dotation soin.

On voit donc bien à quel point la commission de suivi peut constituer un espace de réflexion où l'on tente de faire avancer les projets et de dépasser les problèmes qui peuvent se présenter.

3.2.2 Vers un positionnement de la commission de suivi en pivot de l'ensemble des réformes du secteur personnes âgées

La réforme de la tarification des EHPAD n'est pas le seul gros chantier agitant le secteur personnes âgées aujourd'hui. Ainsi, la réforme doit impérativement s'articuler avec l'APA qui est étroitement liée à la structuration en ternaire du budget des établissements et au calcul des trois tarifs (soin, dépendance, hébergement) puisque cette allocation est destinée à prendre en charge le tarif dépendance. L'APA est par ailleurs un excellent exemple de cette imbrication dans la mesure où les foyers logements, qui ont souvent ignoré la réforme de la tarification, ont été obligés de commencer à se lancer dans cette dernière en raison de son lien étroit avec la remplaçante de la PSD[32]. Ainsi, avec la mise en œuvre de l'APA, la commission de suivi du 23 novembre 2001 a été l'occasion pour le Conseil Général d'informer les représentants des associations d'établissements de son souhait de verser l'allocation sous forme de dotation globale directement versée à l'établissement comme le cas a été prévu par la réglementation sur l'APA. Cette procédure ayant l'avantage de la rapidité et de la simplicité tant pour les établissements et leurs résidants que pour le Conseil Général, les représentants d'établissements ont confirmé au département que cette procédure était sans aucun doute souhaitable pour tous.

Cet exemple montre que la prise de décision, si elle ne peut être conjointe, peut favorablement bénéficier de cette capacité d'avis, voir de conseil, que permet le fonctionnement interne de la commission de suivi. Le fait d'avoir à s'exprimer sur d'autres chantiers comme les 35 heures peut permettre de rechercher une plus value dans l'application de chacune de ces réformes. En effet, la faiblesse de l'enveloppe consacrée à la mise en place des 35 heures, applicable au premier janvier 2002, doit conduire à évoquer

[32] cf. supra p.31.

ce sujet lors des négociations avec l'établissement[33] afin de porter avec la convention le degré d'encadrement en personnel à un niveau satisfaisant au regard des objectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées imposées par la réforme de la tarification. . Dès lors cette capacité de la commission de suivi à se poser en espace de réflexion apte à dépasser les problèmes concrets qui peuvent se poser sur le terrain doit la conduire à réfléchir sur l'ensemble de ces problèmes afin de déboucher sur une approche globale à même d'articuler ces différents chantiers entre eux et également d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles pour dépasser le problème de leurs insuffisances.

Face à l'ampleur de ces transformations, la commission de suivi a l'occasion d'investir un champs important de compétence en se posant en structure pivot apte à organiser d'une façon globale la mise en œuvre de ces chantiers. En effet, les établissements sont souvent un peu dépassés par ces mises en œuvre, qui sont plus conjointes que successives, et qui imposent toutes un gros travail d'analyse technique de la situation de l'établissement. Dès lors, la commission peut constituer un point d'ancrage pour synthétiser les demandes des établissements et leurs attentes par rapport aux décideurs et aux financeurs.

[33] En effet, l'Etat a conditionné l'octroi de moyens supplémentaires pour les établissements lancés dans la mise en place des 35 heures à la signature d'une convention tripartite, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour les établissements qui doivent passer aux 35 heures au 01/01/2002 alors qu'ils ne sont pas prêts à passer convention.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que les commissions de suivi de la réforme de la tarification peuvent être des outils efficaces pour mener la réforme de la tarification à son terme, et ce dans le respect des équilibres budgétaires et en parfaite articulation avec d'autres champs de travail concernant le secteur personnes âgées. Dans la mesure où ces commissions sont axées sur une convergence de vue que partagent tous ces acteurs (établissements, Etat, Assurance Maladie, Conseil Général) pour une meilleure qualité d'accueil des personnes âgées en établissement, la commission se pose à la fois comme un carrefour et comme un organe de conciliation pour pouvoir satisfaire les différents intérêts en présence en vue de déboucher sur un programme susceptible d'organiser et d'accélérer la montée en charge de la réforme. Et il s'agit bien là d'un point fondamental au vu du calendrier fixé par le ministère concernant la réforme de la tarification. En effet, prendre un retard supplémentaire, ne serait-ce pas remettre en cause la crédibilité de cette réforme ?

L'importance de la question des délais fait que les commissions de suivi ont donc pour l'instant peu réfléchi sur la question de l'évaluation de leur action : la réflexion des commissions de suivi est tout entière centrée sur l'action. La priorité est de faire passer le plus rapidement possible le maximum d'établissements dans la nouvelle tarification.

Néanmoins, à un stade ultérieur, cette évaluation devra être intégrée à la réflexion des commissions de suivi. En effet, on ne pourra juger de l'efficacité des commissions de suivi sur le long terme que par une évaluation tant de leur action que de leurs résultats. Cette évaluation sera d'ailleurs indispensable pour repérer les établissements qui auront pu être lésés dans leur conventionnement afin de pouvoir réparer ces imperfections par avenant. Les commissions de suivi sont donc appelées à durer le temps que la réforme de la tarification ne soit plus une réforme et que les nouvelles règles de présentation budgétaires et de tarification soient définitivement adoptées et assimilées par tous.

Par ailleurs, poser la question de l'évaluation des commissions de suivi et de leur action, n'est-ce pas quelque part poser la question de l'évaluation de la réforme de la tarification ? S'il est encore trop tôt pour évaluer l'action de ces commissions de suivi, il est sans doute également trop tôt pour évaluer la réforme dans son ensemble. Pourtant, il faut bien reconnaître que celle-ci n'a jamais réussi à se remettre de la critique qui lui était faite d'une trop grande complexité, tant de la part des établissements que de celle des services

censés instruire et conduire cette réforme. Cette méfiance par rapport à la réforme de la part des établissements est d'ailleurs directement à la base du retard qui a été pris dans le calendrier originel de mise en œuvre. La question pour eux est de savoir s'ils auront des moyens supplémentaires : Les établissements sont en effet très attentifs à ce que la prise en charge des dépenses de soins de ville ne leur donne moins de moyens à l'arrivée. Ils ont très clairement l'impression qu'on leur transfère, de façon détournée, la charge de la maîtrise des dépenses de santé dans leur secteur à la place de l'Assurance Maladie, ce qui n'a pas été infirmé par la mission MARTHE. Cette crainte est actuellement de nature à expliquer pourquoi les établissements commencent à se lancer dans la réforme mais toujours « à reculons ». Les objectifs de rationalisation des procédures d'allocation budgétaire et de promotion de la qualité ne pourront être atteints que si les établissements sont tous persuadés qu'ils auront les moyens financiers de poursuivre ces objectifs qualité. Or force est de reconnaître que ce n'est pas le cas actuellement.

Bibliographie

TEXTES JURIDIQUES :

Code de la famille et de l'aide sociale

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

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance

Décret n°78-478 du 29 mars 1978

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements d'hébergement

Décret n°2001-388 du 4 mai 2001

Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n°99-578 du 14 octobre 1999 relative aux principales mesures à prendre au titre de la campane budgétaire de l'exercice 2000 applicable aux EHPAD et à diverses autres dispositions concernant ces établissements.

Circulaire n° DGAS/MARTHE/DHOS/DSS/2000/475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD

Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/DSS/1A/2001/58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

Circulaire n° DGAS/5B/DHOS/F2/MARTHE/2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001

Circulaire DHOS/F2/MARTHE/DGAS/2001/276 du 21 juin 2001 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé (unités de soins de longue durée et maisons de retraite à gestion hospitalière.

Circulaire DHOS-F2/DSS-1An°2001-516 du 26 octobre 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

OUVRAGE GENERAUX

Plan gérontologique du Conseil Général du Morbihan

Données démographiques : INSEE

Rapport de mme Paulette GUNCHART- KUNSTLER, septembre 1999, « vieillir en France, pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie ».

Rapport de M. Jean- Pierre SUEUR, mai 2000, « l'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité »

BADEYAN G., COLIN C. " les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et mode d'accueil », DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999

CHARLES E., « maison de retraite : dans le vent de la réforme », Revue de l'infirmière, supplément au n°56, janvier 2000

MORNICHE P., « les personnes dépendantes en institution », INSEE Première, août 1999, n°669

VOISIN J., « les institutions publiques, privées associatives et commerciales », Gérontologie et Société, n°92, mars 2000

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, « la réforme de la tarification des EHPAD », document de présentation, février 1999

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES n°2021, 2079, 2114, 2117

Liste des annexes

Annexe 1 TABLEAU DE BORD DEPARTEMENTAL

1- structure de la dépendance par établissement
2- transposition d'un budget soin binaire en tarification ternaire
3- estimation des dépenses de soin de ville
4- niveau d'encadrement en personnel et coût moyen à la place
5- estimation des budgets dépendance et hébergement

Annexe 2 TABLEAU DE PROGRAMMATION DE PASSAGE DES ETABLISSEMENTS DANS LA REFORME

Annexe 1

FINESS	ETABLISSEMENT	capa HEB	effect instal	F.soins Cour	SCM	GMP	Gir 1	Gir 2	Gir 3	Gir 4	Gir 5	Gir 6	moins de 60 ans	tarif
	MR AUTONOMES													
	maison de retraite 1	58	65	43	15	506	5	15	14	8	6	17	0	P
	maison de retraite 2	56	58	43	13	634	14	11	8	14	9	2	0	P
	maison de retraite 3	72	72	42	30	767	22	26	9	6	5	2	2	P
	maison de retraite 4	58	59	39	19	527	11	9	7	11	10	11	0	P
	maison de retraite 7	166	166	106	60	579	29	31	20	42	23	15	6	P
	maison de retraite 8	80	75	47	33	517	5	13	21	15	7	14	0	P
	maison de retraite 9	121	121	36	36	676	33	27	20	12	26	1	0	P
	maison de retraite 10	55	55	27	28	557	5	13	12	8	4	10	3	P
	maison de retraite 12	120	121	60	60	709	28	51	10	10	11	10	1	P
	maison de retraite 14	66	66	33	33	653	10	18	12	21	5	0	0	P
	maison de retraite 16	154	154	64	90	670	22	66	17	26	11	12	4	P
moyenne départementale MR autonomes		91		44,7	43,5	628	17	26	13	16	9	9	1	
	SECTEUR HOSPITALIER													
	HL gérant une MR	150	149	57	93	784	50	48	24	9	11	2	5	G
	Long Séjour	290	290			905	154	114	11	9	0	0	4	G
	CH gérant une MR	48	48	22	20	657	6	16	5	16	3	0	2	G
	Long Séjour	50	50			715	11	11	17	4	1	3	3	G
	Long Séjour	102	102			913	51	47	4	0	0	0	1	G
	HL gérant une MR	91	91	35	50	567	8	20	22	12	18	11	0	G
	HL gérant une MR	66	41	52	14	576	0	13	8	2	7	3	8	G
	Long Séjour	38	38			889	11	20	1	0	0	0	6	G
	HL gérant une MR	114	114	64	50	526	9	27	14	15	14	20	9	G
	Long Séjour	97	97			793	34	27	9	6	5	3	8	G
	Long Séjour	290	290			878	143	101	19	12	1	4	10	G
	CH gérant une MR	184	177	39	145	607	33	49	18	32	24	20	1	G
	HL gérant une MR	171	169	101	70	610	14	49	30	29	25	7	15	G
	Long Séjour	10	10			911	4	5	0	0	0	0	1	G
	HL gérant une MR	50	50	0	50	664	9	17	10	4	2	7	1	G
moyenne départementale USLD		99,17				872,3	45	36	7,3	5	1	1	4,1	
moyenne départentale MR		109,25		46,25	61,5	631	16	30	16	15	13	9	5,12	
	MR PRIVEES													
	maison de retraite 1	87	88	0	20	683	12	29	11	21	6	0	7	P
	maison de retraite 2	95	95	0	0	706	13	36	24	17	3	2	0	P
	maison de retraite 4	72	72	36	36	712	21	22	5	13	9	1	1	P
	maison de retraite 5	60	61	60	0	625	16	13	3	15	1	11	1	P
	maison de retraite 7	86	86	51	25	685	12	32	17	17	6	2	0	P
	maison de retraite 8	114	114	74	40	450	12	29	7	1	30	35	0	P

Annexe 1 bis

ETABLISSEMENT	coût point GIR-soin		dotation soin binaire	dotation soin ternaire	effet mécanique	clapet anti-retour
	binaire	ternaire				
MR AUTONOMES						
maison de retraite 1	38,90	30,33	1 277 592,86	997 591,00		280 002,00
maison de retraite 2	31,75	29,23	1 167 770,94	1 075 158,20		92 612,74
maison de retraite 3	57,08	59,10	3 152 676,06	3 263 959,13	111 853,00	
maison de retraite 4	46,14	52,90	1 434 696,11	1 644 859,98	210 164,00	
maison de retraite 7	48,20	53,53	4 632 956,02	5 145 252,00	512 296,00	
maison de retraite 8	59,75	56,60	2 471 371,49	2 341 558,00		129 813,49
maison de retraite 9	36,25	34,80	2 964 876,69	2 847 840,00		117 036,69
maison de retraite 10	60,00	45,82	1 837 457,38	1 403 949,37		433 508,01
maison de retraite 12	50,22	61,50	4 308 387,00	5 273 837,00	965 450,00	
maison de retraite 14	54,50	61,78	2 350 747,74	2 662 890,00	312 142,00	
maison de retraite 16	60,50	65,33	6 240 499,90	6 740 747,84	500 257,94	
moyenne départementale	55,90	55,05				
SECTEUR HOSPITALIER						
HL gérant une MR	65,91	83,70	7 751 460,00	9 840 685,00	2 089 225,00	
Long Séjour	109,80	88,20	28 811 024,00	23 156 392,00		5 654 632,00
CH gérant une MR	45,90	31,90	1 446 367,00	1 003 710,00		442 657,00
Long Séjour	132,30	144,35	4 728 481,00	5 160 518,00	432 037,00	
Long Séjour	109,80	96,20	10 217 411,00	8 957 223,00		1 260 188,00
HL gérant une MR	68,01	82,60	3 509 168,00	4 260 931,00	751 763,00	
HL gérant une MR	34,30	40,50	1 302 748,00	1 537 948,00	235 300,00	
Long Séjour	116,20	97,50	3 925 285,00	3 291 679,00		560 416,00
HL gérant une MR	61,70	82,50	3 701 363,00	4 947 440,00	1 246 077,00	
Long Séjour	119,50	109,10	9 187 076,00	8 390 836,00		796 240,00
Long Séjour	11,33	112,80	28 347 836,00	28 715 721,00	896 451,00	
CH gérant une MR	85,70	94,50	9 571 202,00	10 546 263,00	975 061,00	
HL gérant une MR	48,50	64,50	5 054 888,00	6 728 794,00	1 673 906,00	
Long Séjour	109,70	113,00	999 381,00	1 027 947,00	28 566,00	
HL gérant une MR	95,00	120,60	3 150 068,00	4 002 970,00	852 902,00	
moyenne départementale	116,20	113,75				
moyenne départementale	72,10	88,24				
MR PRIVEES						
maison de retraite 1	19,52	31,45	1 173 281,00	1 889 957,00	716 676,00	
maison de retraite 2	0,00	18,16	0,00	1 218 195,00	1 218 195,00	
maison de retraite 4	58,65	58,10	3 007 054,80	2 978 366,00		28 688,80
maison de retraite 5	12,50	11,35	475 887,00	433 000,00		42 887,00
maison de retraite 7	31,35	37,90	1 846 399,19	2 232 554,00	386 154,90	
maison de retraite 8	59,75	58,25	3 065 312,00	2 988 163,10		77 148,90

Annexe 1 ter

finess	ETABLISSEMENT	capa HEB	Evaluation des soins de ville				DO.MI.NIC	DO.MI.NIC +35%
			Coût par place Option partielle	Coût par place Option Globale	Montant annuel option Partielle	Montant annuel option Globale		
	MR AUTONOMES							
	maison de retraite 1	58	43,41 F	53,75 F	918 989,70 F	1 137 887,50 F	1 781 260,00	2 404 701,00
	maison de retraite 2	56	14,48 F	19,47 F	295 971,20 F	397 966,80 F	1 841 848,00	2 486 494,80
	maison de retraite 3	72	15,08 F	28,72 F	396 302,40 F	754 761,60 F	2 612 016,00	3 526 221,60
	maison de retraite 4	58	5,23 F	18,36 F	110 719,10 F	388 681,20 F	1 658 962,00	2 239 598,70
	maison de retraite 7	166	7,02 F	11,94 F	425 341,80 F	723 444,60 F	4 961 076,00	6 697 452,60
	maison de retraite 8	80	15,38 F	40,52 F	449 096,00 F	1 183 184,00 F	2 083 350,00	2 812 522,50
	maison de retraite 9	121	15,91 F	31,31 F	702 665,15 F	1 382 806,15 F	4 015 264,00	5 420 606,40
	maison de retraite 10	55	1,34 F	44,75 F	26 900,50 F	898 356,25 F	1 600 720,00	2 160 972,00
	maison de retraite 12	120	6,75 F	24,10 F	295 650,00 F	1 055 580,00 F	4 151 026,00	5 603 885,10
	maison de retraite 14	66	10,33 F	18,51 F	248 849,70 F	445 905,90 F	2 138 532,00	2 887 018,20
	maison de retraite 16	154	12,21 F	20,67 F	686 324,10 F	1 161 860,70 F	5 078 920,00	6 856 542,00
moyenne départementale MR autonomes		91						
	SECTEUR HOSPITALIER							
	HL gérant une MR	150	2,47 F	3,95 F	135 232,50 F	216 262,50 F	6 178 800,00	8 341 380,00
	Long Séjour	290	0,02 F	0,12 F	2 117,00 F	12 702,00 F	18 789 100,00	25 365 285,00
	CH gérant une MR	48	0,00 F	0,00 F	0,00 F	0,00 F	1 745 568,00	2 356 516,80
	Long Séjour	50	0,19 F	0,51 F	3 467,50 F	9 307,50 F	2 878 500,00	3 885 975,00
	Long Séjour	102	0,32 F	0,36 F	11 913,60 F	13 402,80 F	6 639 588,00	8 963 443,80
	HL gérant une MR	91	4,02 F	6,50 F	133 524,30 F	215 897,50 F	2 998 086,00	4 047 416,10
	HL gérant une MR	66	12,58 F	21,17 F	303 052,20 F	509 985,30 F	1 364 808,00	1 842 490,80
	Long Séjour	38	0,00 F	4,00 F	0,00 F	55 480,00 F	2 438 916,00	3 292 536,60
	HL gérant une MR	114	0,35 F	2,42 F	14 563,50 F	100 696,20 F	3 578 232,00	4 830 613,20
	Long Séjour	97	0,67 F	1,05 F	23 721,35 F	37 175,25 F	5 871 798,00	7 926 927,30
	Long Séjour	290	0,25 F	1,36 F	26 462,50 F	143 956,00 F	18 491 560,00	24 963 606,00
	CH gérant une MR	184	0,57 F	0,61 F	38 281,20 F	40 967,60 F	6 341 744,00	8 561 354,40
	HL gérant une MR	171	4,91 F	8,39 F	306 457,65 F	523 661,85 F	5 913 180,00	7 982 793,00
	Long Séjour	10	0,00 F	0,00 F	0,00 F	0,00 F	650 180,00	877 743,00
	HL gérant une MR	50	0,00 F	5,78 F	0,00 F	105 485,00 F	1 831 600,00	2 472 660,00
moyenne départementale USLD		99,17						
moyenne départentale MR		109,25						
	MR PRIVEES							
	maison de retraite 1	87	76,32 F	92,55 F	2 423 541,60 F	2 938 925,25 F	2 907 714,00	3 925 413,90
	maison de retraite 2	95	98,07 F	138,50 F	3 400 577,25 F	4 802 487,50 F	3 249 380,00	4 386 663,00
	maison de retraite 4	72	13,60 F	34,33 F	357 408,00 F	902 192,40 F	2 477 376,00	3 344 457,60
	maison de retraite 5	60	23,10 F	34,77 F	505 890,00 F	761 463,00 F	1 866 600,00	2 519 910,00
	maison de retraite 7	86	67,57 F	106,48 F	2 121 022,30 F	3 342 407,20 F	2 880 140,00	3 888 189,00
	maison de retraite 8	114	14,14 F	20,03 F	588 365,40 F	833 448,30 F	2 907 000,00	3 924 450,00

Annexe 1 quater

FINESS	ETABLISSEMENT	capa HEB	effect instal	GMP	encadrement au lit du malade			encadrement global	coût moyen à la place
					AS	ASH	IDE		binaire
	MR AUTONOMES								
	maison de retraite 1	58	65	506	0,07	0,24	0,02	0,33	343,14
	maison de retraite 2	56	58	634	0,05	0,11	0,04	0,2	286,9
	maison de retraite 3	72	72	767	0,22	0,07	0,02	0,31	401,5
	maison de retraite 4	58	59	527	0,13	0,14	0,02	0,29	281,2
	maison de retraite 7	166	166	579	0,1	0,16	0,01	0,27	328,13
	maison de retraite 8	80	75	517	0,14	0,15	0,02	0,31	290,5
	maison de retraite 9	121	121	676	0,12	0,14	0,04	0,3	371,65
	maison de retraite 10	55	55	557	0,11	0,24	0,03	0,38	349,55
	maison de retraite 11	56	56	728	0,13	0,14	0,04	0,31	357,45
	maison de retraite 12	120	121	709	0,19	0,08	0,02	0,29	408,9
	maison de retraite 14	66	66	653	0,15	0,13	0,03	0,31	344,66
	maison de retraite 15	63	64	655	0,15	0,12	0,03	0,3	328,4
	maison de retraite 16	154	154	670	0,2	0,12	0,03	0,35	368,18
moyenne départementale MR autonomes		91		628	0,139	0,134	0,032	0,305	341,7
	SECTEUR HOSPITALIER								
	HL gérant une MR	150	149	784	0,25	0,11	0,03	0,39	431,32
	Long Séjour	290	290	905	0,23	0,2	0,09	0,52	544,53
	CH gérant une MR	48	48	657	0,21	0,2	0,03	0,44	282,37
	Long Séjour	50	50	715	0,3	0,1	0,12	0,52	529,5
	Long Séjour	102	102	913	0,3	0,06	0,09	0,45	574,7
	HL gérant une MR	91	91	567	0,17	0,1	0,05	0,32	402,5
	HL gérant une MR	66	41	576	0,061	0,14	0,023	0,224	255,6
	Long Séjour	38	38	889	0,32	0,13	0,11	0,56	511,5
	HL gérant une MR	114	114	526	0,18	0,11	0,024	0,314	368,1
	Long Séjour	97	97	793	0,22	0,16	0,08	0,46	553,21
	Long Séjour	290	290	878	0,35	0,13	0,13	0,61	533,24
	CH gérant une MR	184	177	607	0,2	0,16	0,06	0,42	405,16
	HL gérant une MR	171	169	610	0,14	0,13	0,05	0,32	350,8
	Long Séjour	10	10	911	0,53	0,15	0,1	0,78	557
	HL gérant une MR	50	50	664	0,36		0,07		458,65
moyenne départementale USLD		99,17		872,3	0,288	0,148	0,101	0,536	541,06
moyenne départentale MR		109,25		631	0,196	0,136	0,042	0,374	369,3
	MR PRIVEES								
	maison de retraite 1	87	88	683	0,17	0,07	0,02	0,26	#REF!
	maison de retraite 2	95	95	706	0,06	0,2	0,024	0,284	#REF!
	maison de retraite 4	72	72	712	0,15	0,16	0,05	0,36	#REF!
	maison de retraite 5	60	61	625	0,05	0,2	0 (libéral)	0,25	#REF!
	maison de retraite 7	86	86	685	0,12	0,13	0,03	0,28	#REF!
	maison de retraite 8	114	114	450	0,1	0,17	0,04	0,31	#REF!

Annexe 1 quinquerce

ETABLISSEMENT	capa HEB	GMP	hébergement (binaire)	hébergement (ternaire)	coût du point GIR hébergement		dépendance	coût du point dépendance + hébergement
					binnaire	ternaire		
MR AUTONOMES								
maison de retraite 1	58	506	5 986 821,00	4 567 805,00	203,99	155,64	934 604,00	167,30
maison de retraite 2	56	634	4 697 062,00	3 830 927,30	132,30	107,90	958 747,50	130,25
maison de retraite 3	72	767	7 398 117,50	5 385 074,78	133,97	97,51	1 892 194,07	131,80
maison de retraite 4	58	527	4 519 648,20	2 957 623,40	147,87	96,76	1 314 348,25	137,40
maison de retraite 7	166	579	15 248 980,00	12 770 223,00	158,66	132,87	2 958 301,00	163,60
maison de retraite 8	80	517	6 012 268,66	4 592 900,66	145,36	111,05	1 552 460,00	158,50
maison de retraite 9	121	676	13 449 094,00	10 865 657,00	164,42	132,84	2 750 479,00	166,50
maison de retraite 10	55	557	5 179 866,72	4 504 030,51	169,08	147,02	1 109 344,22	183,20
maison de retraite 12	120	709	13 603 113,00	9 816 196,00	159,89	115,38	2 821 467,00	147,30
maison de retraite 14	66	653	5 952 182,00	4 371 316,00	138,11	101,43	1 268 724,00	130,90
maison de retraite 16	154	670	14 454 815,00	10 284 817,35	140,09	99,68	3 524 064,89	133,90
moyenne départementale	91	628			152,85	115,00		147,84
SECTEUR HOSPITALIER								
HL gérant une MR	150	784	15 863 295,00	11 079 092,00	134,89	94,21	4 371 589,00	132,30
Long Séjour	290	905	28 827 391,00	28 187 625,00	109,84	107,40	9 892 102,00	145,10
CH gérant une MR	48	657	3 500 874,00	4 027 912,00	111,01	127,72	782 620,00	152,50
Long Séjour	50	715	4 933 959,00	4 644 874,00	138,01	129,93	1 816 132,00	180,70
Long Séjour	102	913	11 178 230,00	9 168 086,00	120,03	98,45	3 573 353,00	136,80
HL gérant une MR	91	567	9 859 285,00	7 426 574,00	191,08	143,93	2 356 333,00	189,60
HL gérant une MR	66	576	4 853 950,00	3 590 245,00	127,68	94,44	738 410,00	183,30
Long Séjour	38	889	3 168 900,00	2 612 892,00	93,80	77,35	1 049 024,00	108,40
HL gérant une MR	114	526	11 614 770,00	7 643 064,00	193,70	127,46	2 725 627,00	172,90
Long Séjour	97	793	10 399 304,00	8 366 241,00	135,19	108,76	2 829 303,00	145,50
Long Séjour	290	878	28 095 444,00	17 037 702,00	110,34	66,91	9 640 279,00	104,80
CH gérant une MR	184	607	17 639 694,00	11 054 468,00	157,94	98,98	4 263 994,00	142,60
HL gérant une MR	171	610	16 841 422,00	11 674 067,00	161,46	111,92	3 394 340,00	146,20
Long Séjour	10	911	1 033 560,00	748 935,00	113,45	82,21	467 961,00	133,60
HL gérant une MR	50	664	5 220 136,00	3 761 312,00	157,23	113,29	1 815 265,00	168,00
moyenne départementale	99,17	872,3			116,70	103,50		157,50
moyenne départementale	109,25	631			154,37	114,00		160,90
MR PRIVEES								
maison de retraite 1	87	683	9 950 198,00	8 117 702,00	167,45	136,61	11 248 200,00	325,90
maison de retraite 2	95	706	11 545 520,00	9 020 254,00	172,14	134,49	1 307 072,00	154,00
maison de retraite 4	72	712	7 191 282,00	5 576 043,00	140,28	108,77	1 643 927,00	141,00
maison de retraite 5	60	625	5 350 078,00	4 483 627,00	142,67	119,56	745 140,00	137,15
maison de retraite 7	86	685	8 795 675,81	7 231 348,00	149,31	122,75	1 178 174,00	142,80
maison de retraite 8	114	450	10 313 823,00	8 611 209,20	201,05	167,86	1 779 762,70	202,60

Annexe 2

Tableau de programmation de passage des établissements dans la réforme sur la base des indicateurs de taux d'encadrement, de coût moyen à la place, de niveau de dépendance et de l'existence ou non d'un effet mécanique

établissement au ratio de personnel soignant inférieur à 0,3						
rang	établissement	encadrement	GMP	coût moyen à la place	effet mécanique	clapet anti-retour
1	structure 1	0,25	445	305,70	1 104 549,00	
2	structure 2	0,25	625	183,47		42 887,00
3	structure 3	0,25	710	297,12	?	
4	structure 4	0,23	579	328,13	512 296,00	
5	structure 5	0,22	576	255,60	235 300,00	
6	structure 6	0,30	655	328,40	111 998,00	
7	structure 7	0,30	676	371,65		117 036,70
8	structure 8	0,29	706	363,60	1 218 195,00	
9	structure 9	0,29	709	408,09	964 450,00	
10	structure 10	0,30	644	368,26	80 086,60	
11	structure 11	0,26	683	350,30	716 676,00	
12	structure 12	0,28	685	335,13	386 155,00	
13	structure 13	0,29	527	281,20	210 164,00	
14	structure 14	0,29	517	290,5		129 813,50
établissement au ratio de personnel soignant compris entre 0,3 et 0,352						
rang	établissement	encadrement	GMP	coût moyen à la place	effet mécanique	clapet anti-retour
strate 1: GMP supérieur à 700						
1	structure 1	0,31	767	401,5	111 853,00	
2	structure 2	0,31	728	357,45		333 197,00
strate 2: GMP supérieur à 600						
1	structure 1	0,26	683	350,3	716 676,00	
2	structure 2	0,31	653	344,66	312 142,00	
3	structure 3	0,3	633	139,6	1 049 592,50	
4	structure 4	0,32	610	350,80	1 673 906,00	
5	structure 5	0,33	629	353,8		539 052,00
6	structure 6	0,35	670	368,18	500 257,94	
strate 3: GMP supérieur à 500						
1	structure 1	0,31	567	402,5	751 763,00	
2	structure 2	0,31	526	368,1	1 246 077,00	
3	structure 3	0,32	527	281,2	210 164,00	
4	structure 4	0,33	506	343,14		280 002,00

strate 4: GMP inférieur à 500						
1	structure 1	0,32	496	219,4		74 134,50
2	structure 2	0,31	450	421,32		77 149,00
établissement au ratio de personnel soignant supérieur à 0,352						
rang	établissement	encadrement	GMP	coût moyen à la place	effet mécanique	capet anti-retour
1	structure 1	0,39	784	431,32	2089225	
2	structure 2	0,36	712	321,15		26688,8
3	structure 3	0,36	606	370	1281349	
4	structure 4	0,37	680	415,5	2274536	
5	structure 5	0,39	751	416,33		593323,37
6	structure 6	0,47	619	370,1	2194918,9	
7	structure 7	0,38	557	349,55		433508,01
8	structure 8	0,42	607	405,16	975061	
9	structure 9	0,43	657	282,37		442657
établissements de type long séjour						
1	structure 1	0,52	905	544,53		5 654 632,00 F
2	structure 2	0,503	691	554,5	3 352 128,00 F	
3	structure 3	0,52	715	529,5	432 037,00 F	
4	structure 4	0,61	878	533,24	896 451,00 F	
5	structure 5	0,61	788	520,48	149 000,00 F	
6	structure 6	0,47	967	539,2		290 625,00 F
7	structure 7	0,46	793	553,21		796 240,00 F
8	structure 8	0,5	944	562,8		41 490,00 F
9	structure 9	0,45	913	574,7		1 260 188,00 F
10	structure 10	0,45	892	512,1		2 004 242,00 F
11	structure 11	0,56	889	511,5		560 416,00 F
12	structure 12	0,78	911	557	28566	