



**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2007 – 2009**

Date du Jury : **mars 2009**

---

**La médicalisation des établissements  
d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes :  
une première phase difficile à achever  
dans le département du Var**

---

**Thierry DEUTSCHE**

---

# Remerciements

---

En premier lieu, je voudrais remercier très chaleureusement mon maître de stage, Madame Anne-Cécile LETHT, qui m'a confié ce sujet, pour sa grande disponibilité, pour ses conseils avisés et pour le soutien constant et amical qu'elle m'a apporté tout au long de cette quête.

Je tiens également à remercier Messieurs Alain CHAPUIS et Wilfrid BELOT qui m'ont permis de découvrir et de m'appropriier le champ dans lequel le sujet de mon mémoire s'inscrit, qui m'ont associé à leurs missions et permis de rencontrer les gestionnaires de maisons de retraite ainsi que leurs homologues du Conseil Général.

Mes remerciements s'adressent aussi à Monsieur DELGA, le directeur départemental, pour la clarté et la sincérité de son analyse et, à travers lui, aux agents de la DDASS du Var, en particulier aux équipes du pôle social et médico-social, pour la qualité de leur accueil pendant mon stage.

Par ailleurs, ce mémoire professionnel n'a pu se réaliser qu'avec la participation des responsables d'établissements, des agents du Conseil Général du Var et de la DGAS qui ont accepté de répondre à mes questions, sans détour et avec beaucoup de professionnalisme. Je les remercie pour avoir nourri ma réflexion de leurs savoirs et expériences.

Plus personnellement, je souhaite exprimer ma gratitude à celles et ceux de mes collègues de promotion, ils se reconnaîtront, qui m'ont soutenu et ont su me convaincre que j'arriverai à surmonter cette épreuve à laquelle mon parcours scolaire et professionnel m'avait peu préparé.

J'espère que le résultat que je propose aujourd'hui ne trahira pas la confiance que les uns et les autres m'ont faite.

Enfin, je ne peux pas clore cette page sans une pensée affectueuse et émue pour Jessica et Aurélien, mes enfants chéris, et Paula, mon épouse adorée qui m'ont accompagné, mais surtout supporté, dans toutes les acceptions de ce terme, pendant la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES : DIX ANS POUR INSCRIRE LA REFORME DANS LA REALITE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 De la notion d'hospice au concept d'EHPAD.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Une évolution terminologique révélatrice de l'ambition de la réforme de l'hébergement des personnes âgées.....	7
1.1.2 Une transformation du contexte réglementaire qui concrétise la place nouvelle accordée aux personnes âgées .....	9
<b>1.2 Les conditions de la mise en œuvre de la médicalisation.....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Une application plus ou moins aisée de la réforme selon le type d'établissements.....	15
1.2.2 Une montée en charge du conventionnement qui peine à s'achever.....	20
<b>2 LA MEDICALISATION A L'EPREUVE DU TERRAIN : L'EXEMPLE DU DEPARTEMENT DU VAR .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Le contexte varois et l'état des lieux des établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Les spécificités de la situation varoise.....	25
2.1.2 Photographie du paysage des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes au 31 décembre 2007 .....	29
<b>2.2 Atouts et faiblesses perçus par les acteurs de terrain .....</b>	<b>32</b>
2.2.1 Le point de vue des gestionnaires : une réforme nécessaire confrontée à des obstacles pour sa mise en œuvre.....	33
2.2.2 La cogestion par les autorités de tarification : des pratiques et des intérêts parfois contradictoires .....	40

<b>3</b>	<b>LEVIERS D'ACTION ET PERSPECTIVES POUR ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS FUTURES .....</b>	<b>47</b>
3.1	<b>Des freins à dépasser et des pistes d'amélioration à développer .....</b>	<b>47</b>
3.1.1	Les limites intrinsèques au dispositif .....	47
3.1.2	Des propositions qui permettraient d'achever le processus et de dynamiser la phase des renouvellements de conventions .....	50
3.2	<b>Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : un métier au cœur de la mise en œuvre de la réforme .....</b>	<b>55</b>
3.2.1	Un maillon essentiel de l'organisation du service .....	55
3.2.2	Un interlocuteur central et privilégié qui peut être force de proposition .....	56
3.2.3	L'utilisation de la marge de crédit : un outil de gestion efficace à la disposition de l'IASS .....	57
3.3	<b>De nouvelles évolutions à venir avec la création des ARS et du cinquième risque .....</b>	<b>59</b>
3.3.1	Quel avenir pour la prise en charge de l'hébergement médicalisé des personnes âgées dans la perspective de la création annoncée des ARS .....	59
3.3.2	Après la CNSA, la reconnaissance annoncée d'un cinquième risque de sécurité sociale pour prendre en charge la perte de l'autonomie .....	61
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>65</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupe Iso Ressource
AID	Acte Infirmier à Domicile
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
ASH	Agent des Services Hôteliers
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CG – CG 83	Conseil Général – Conseil Général du Var
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPA	Compensation Personnalisée pour l'autonomie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Convention Tripartite
CTRI	Comité Technique Régional et Interdépartemental
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
Do.Mini.C	Dotation MINIMUM de Convergence
DPAPH	Sous-Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS	Equipe Médico-Sociale
ERP	Etablissement Recevant du Public
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
GMPS	GIR Moyen Pondéré pour les Soins

HPST	Projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
LF	Logement-foyer
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MARTHE	Mission d'Accompagnement de la Réforme de la Tarification des EHPAD
ONDAM	Objectif National pour les Dépenses d'Assurance Maladie
PACA	Provence, Alpes, Côte d'Azur
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement
PCG	Président du Conseil Général
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PSGA	Plan Solidarité Grand Age
PUV	Petite Unité de Vie
SCM	Section de Cure Médicale
TFSAP	Tarification Forfaitaire des Soins par Arrêté Préfectoral
TPM	Toulon Provence Métropole
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

La population française vieillit : c'est une tendance lourde. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, sur une population totale de 61 876 000 individus<sup>1</sup>, on dénombre 5 322 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 8,6% de la population. La part de cette tranche d'âge devrait continuer à augmenter pour atteindre, à partir de 2020, près de 10% de la population. Cette situation résulte de la conjonction de plusieurs facteurs et, notamment, de la baisse de la natalité et de l'allongement de la durée de la vie.

Avec l'augmentation de la longévité, la notion même de « personne âgée » évolue. Jusqu'à récemment, les paliers de 60 ans et de 65 ans<sup>2</sup> étaient communément utilisés pour définir l'entrée dans l'univers des personnes âgées. C'est désormais plus l'âge de 75 ans qui sert de référence pour qualifier une personne âgée. Celui de 85 ans est utilisé pour traduire le concept de « grand âge ».

La prise en charge des personnes âgées doit donc faire face au défi que constitue l'allongement de la vie. L'espérance de vie augmente de quatre mois par an<sup>3</sup> ; l'espérance de vie sans incapacité augmente plus encore. L'évolution du nombre de centenaires recensés illustre parfaitement ce vieillissement sans précédent de la population<sup>4</sup>.

Depuis les années 1980, sous l'effet du vieillissement de la population, le phénomène de la dépendance a pris une dimension nouvelle. La notion de dépendance, qui date d'ailleurs de cette période, se caractérise par l'impossibilité, pour celui ou celle qui en est atteint, d'accomplir seul(e), les actes de la vie courante et le besoin d'être assisté(e)<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup>Chiffres concernant la France métropolitaine en données provisoires – Site internet de l'INSEE visité le 9 janvier 2009 – [www.insee.fr/fr](http://www.insee.fr/fr) (Thèmes – Population - Structure de la population - Evolution du nombre de personnes âgées).

<sup>2</sup>Bornes actuelles pour définir les droits à la retraite, donc la sortie de la vie active, dans l'attente des dispositions en discussion au Parlement consacrant la faculté donnée au salarié de poursuivre son activité jusqu'à 70 ans.

<sup>3</sup>Cf. Direction générale de l'action sociale – dossier ministre mai 2007 – Partie II – dossier thématique – volume 5 : handicap et dépendance – p. 92 et site de l'INED comparaison entre 2006 et 2007.

<sup>4</sup>Cf. site internet de l'INED visité le 9 janvier 2009 - [www.ined.fr/fr](http://www.ined.fr/fr) Population - Chiffres - France : la France comptait 200 centenaires en 1950, elle vient de franchir le cap symbolique des 20 000 en 2008 et devrait atteindre les 60 000 en 2050.

<sup>5</sup>Selon l'arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement : « **La perte d'autonomie** est l'impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante, dans un environnement » ; « **La dépendance** est la situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels de la vie quotidienne, sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse »

Parmi les causes de dépendance, la maladie d'Alzheimer, consacrée grande cause nationale, est au centre de toutes les préoccupations<sup>6</sup>. Pour Sylvie Lauque, « *La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences. Sa prévalence est d'environ 1% chez des personnes d'âge compris entre 65 et 69 ans, et atteint plus de 15% après 85 ans(...)* La démence est définie par une altération des facultés cognitives d'intensité suffisante pour retentir sur les activités de la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer se caractérise par une démence d'apparition progressive<sup>7</sup>. ». Les données nationales les plus récentes évaluent à 860.000 personnes le nombre actuel de malades. Étroitement liée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de la vie, cette affection devrait progresser dans les prochaines années au rythme de 225.000 nouveaux cas par an.

Toutes les personnes âgées ne sont pas, et ne seront pas, confrontées à la dépendance (moins de 18 % des 80-89 ans le sont). Néanmoins, celle-ci atteint aujourd'hui un million de personnes âgées<sup>8</sup>. Parmi elles, un tiers vit en établissement<sup>9</sup>.

Les enquêtes menées auprès des personnes âgées et de leur entourage mettent en évidence le souhait d'une majorité d'entre elles de rester à leur domicile. Toutefois, en dépit des politiques engagées pour permettre et faciliter ce maintien, cette volonté de vieillir chez soi est contrariée par divers facteurs<sup>10</sup> comme l'amointrissement des solidarités familiales et sociales, l'éloignement des enfants et petits-enfants, l'inadaptation de l'habitat à des personnes en perte d'autonomie (l'isolement, la vétusté ou l'insalubrité du bâti), le coût du logement ou de son équipement en aides techniques, les pathologies et les pertes d'autonomie et de mobilité.

Pour héberger les personnes âgées dont le maintien à domicile ne s'avère plus possible, il existe de multiples formules de prise en charge institutionnelles. Toutefois, le profil des personnes âgées hébergées dans les établissements se modifie. L'âge d'entrée est de plus en plus élevé<sup>11</sup> et la dépendance est de plus en plus prononcée<sup>12</sup>. En effet, une meilleure prise en charge, grâce à une amélioration de la solvabilisation, permet un maintien à domicile plus long et donc un recul du moment de l'entrée en établissement.

---

<sup>6</sup>Cf. plan Alzheimer 2008/2012 annoncé par M. le Président de la République le 1<sup>er</sup> février 2008 à la suite du rapport Ménard – site internet spécifique : [www.plan-alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr)

<sup>7</sup>S. LAUQUE: « Prise en charge des troubles nutritionnels chez les personnes âgées présentant une démence de type Alzheimer ». La lettre mensuelle de l'année gérontologique, supplément trimestriel, février 2002, p.1

<sup>8</sup> 1 008 000 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 décembre 2006 - Cf. Direction générale de l'action sociale – dossier ministre mai 2007 – Partie II – dossier thématique – volume 5 : handicap et dépendance

<sup>9</sup>Cf. Assemblée nationale - rapport d'information présenté par Mme Paulette GUINCHARD, députée, le 17 mai 2006

<sup>10</sup>G. BRAMI, « le nouveau fonctionnement des EHPAD », p. 33

<sup>11</sup>83 ans et 2 mois au 31 décembre 2003 contre 81 ans et 10 mois en 1994 - DREES - Etudes et résultats – N°485 – avril 2006 – La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

<sup>12</sup>81% environ des résidents d'EHPA, hors logements foyers, seraient classés dans les GIR 1 à 4 contre 57 % en 1998. C'est logiquement dans les USLD que la part des personnes dépendantes est la plus forte : 98 % en 2003 contre 87 % en 1998.



Par voie de conséquence, la durée moyenne des séjours tend à se raccourcir. Ce constat est corroboré par tous les acteurs locaux rencontrés<sup>13</sup>.

Confrontés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance, les établissements sanitaires et médicaux-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes se transforment peu à peu en établissements spécialisés dans la dépendance. En effet, les pouvoirs publics ont dû réformer la législation de 1975<sup>14</sup> afin de prendre en compte l'évolution de la perte d'autonomie des personnes âgées ainsi que pour répondre à leurs besoins de soins. Ils ont entrepris de procéder à la médicalisation des structures susceptibles d'accueillir des personnes âgées dépendantes, quel que soit leur statut initial. C'est l'avènement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : les EHPAD. Pour Yves BRAMI, « *la réforme de 1999(...) organise la prise en charge de l'ensemble des personnes âgées, de la plus autonome à la plus dépendante, dans le cadre des nouveaux établissements conventionnés. Malgré tout, l'appellation donnée aux nouvelles structures est celle d' « EHPAD », ce qui a comme signification profonde que ces institutions seront portées naturellement à recevoir des publics particulièrement dépendants*<sup>15</sup>. ».

La médicalisation peut se définir comme le contrat passé entre une structure d'hébergement et les autorités de l'Etat et du département. Ce contrat a pour objectif de garantir, dans l'établissement, une prise en charge paramédicale voire médicale ainsi que l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, avec des professionnels formés et dans des conditions techniques et architecturales appropriées, pour le bien-être des personnes accueillies. En contrepartie, l'établissement est assuré de percevoir des ressources nécessaires, pour la prise en charge du soin d'une part, et de la dépendance d'autre part. Ce contrat se matérialise par une convention tripartite pluriannuelle dont le but est l'amélioration continue de la qualité au profit des personnes âgées, facilitée par l'allocation de financements supplémentaires.

Sauf dérogation, les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes étaient tenus de s'inscrire dans le processus de médicalisation en concluant une Convention Tripartite (CT) avant le 31 décembre 2007. Or, force est de constater que tous ne sont pas encore entrés dans le dispositif : c'est le cas, notamment, dans le Var.

---

<sup>13</sup> D'après les gestionnaires d'EHPA, la DMS serait actuellement d'environ dix-huit mois. Les personnes ayant quitté un EHPA en 2003 y sont restées en moyenne un peu moins de trois ans (DREES - Etudes et résultats – N°379 - février 2005 – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel)

<sup>14</sup> Cf. Loi 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>15</sup> G. BRAMI, « le nouveau fonctionnement des EHPAD », op.cit.

Dés lors, la question se pose des motifs, des difficultés, des freins qui empêchent certaines structures d'adhérer à cette réforme et des leviers qui permettraient leur intégration. Une première approche a permis de poser plusieurs hypothèses. Certains établissements, qui accueillent pourtant un public très dépendant, ne réuniraient pas les conditions pour conclure une convention tripartite. D'autres, tels que les logements-foyers, ont fait le choix de n'accueillir que les personnes les moins dépendantes et n'auraient donc pas l'obligation de s'inscrire dans la réforme. Par ailleurs, les structures sont de statuts et de tailles très différents et n'appréhenderaient pas la problématique de la médicalisation selon les mêmes critères. Enfin, les acteurs institutionnels ne se concerteraient pas suffisamment et n'arriveraient pas à un diagnostic partagé et à la mise en œuvre des mêmes priorités selon un même calendrier.

La présente étude tente d'apporter des réponses et de vérifier les hypothèses émises au commencement de cette démarche. La situation rencontrée dans le département du Var est plus spécifiquement étudiée. Les constats tirés sont, en conséquence, empreints des spécificités de ce département, de même que certaines des préconisations résultant de l'analyse.

Pour répondre à la problématique, le choix a été fait de procéder à des entretiens semi directifs avec des gestionnaires d'établissements recevant des personnes âgées dans le Var. Le choix des « interviews » a été arrêté en sélectionnant des structures de statuts et de types différents. Il devait inclure des établissements entrés dans la réforme de la médicalisation, certains dès le début du processus, d'autres plus récemment et d'autres qui n'y ont pas encore adhéré. Ces établissements devaient, en outre, refléter la diversité géographique du département. L'annexe 1 récapitule les établissements retenus ainsi que leurs différentes caractéristiques. Ces entretiens ont été enregistrés lorsque les personnes ont donné leur accord. Ils ont fait ensuite l'objet d'une analyse au travers d'une grille thématique<sup>16</sup>.

En complément, des négociations concernant la conclusion de quatre conventions tripartites, menées conjointement par les agents de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et ceux du Conseil Général (CG), ont pu être observées in situ. Ces observations ont permis de repérer le positionnement des acteurs de terrain ainsi que leurs principaux arguments et de compléter le panel d'établissements étudiés<sup>17</sup>.

Une autre série d'entretiens a été réalisée avec les acteurs institutionnels. Dans ce cadre, le directeur de la DDASS du Var et ses collaborateurs en charge de la mise en

---

<sup>16</sup>cf. annexe 2

<sup>17</sup> Il s'agit de quatre maisons de retraite privées dont une petite unité de vie. Trois sont situées dans la zone de « Toulon Provence Métropole » et une dans le centre Var.

œuvre des politiques en faveur des personnes âgées ont accepté de répondre aux questions. Il en est de même, pour la responsable de la Sous Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées (DPAPH) du Conseil Général du Var.

Toutefois, la réalisation d'entretiens avec d'autres interlocuteurs du Conseil Général n'a pas été souhaitée par la responsable du fait de difficultés d'organisation interne, d'une restructuration en cours et de la pénurie de personnels.

Cette phase de recueil de données a été complétée par la participation à des réunions soit internes à la DDASS, soit organisées entre la DDASS et le CG (dont une réunion du comité de suivi de la réforme) relatives à l'achèvement du processus de conclusion des conventions tripartites de première génération.

Au niveau des organisations nationales, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) s'est prêtée à l'entretien par téléphone. Par contre, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) n'a jamais répondu aux demandes qui lui ont été adressées et n'a pu, de ce fait, être entendue.

Au-delà des entretiens, la réglementation et les différents rapports parlementaires ou administratifs ont été exploités, notamment pour poser le cadre et le contexte du dispositif.

L'Etat joue un rôle prépondérant dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, notamment en matière d'allocation de ressources pour le soin mais aussi de programmation, d'autorisation et en tant que partie signataire de la convention tripartite. Il a également des prérogatives régaliennes pour inspecter les établissements, en particulier pour prévenir les maltraitances. Mener à bien la réforme de la médicalisation constitue une mission de première importance pour la DDASS. La présente problématique représente donc un intérêt professionnel majeur pour un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) dans la mesure où il peut être chargé concrètement de mettre en œuvre cette réforme sur le terrain.

Pour étudier les difficultés rencontrées dans l'achèvement du processus de signature des conventions tripartites initiales, il convient dans un premier temps de présenter le dispositif de la médicalisation, d'expliquer la progressivité de sa montée en charge et de pointer ses contraintes.

Ensuite, à partir de la situation observée dans le Var, il sera procédé à l'analyse des difficultés du processus de médicalisation que les différents acteurs de terrain ou institutionnels ont ressenti ou appréhendé.

Enfin, à la lumière de ces constats ainsi que des limites du dispositif lui-même, des propositions seront suggérées pour accompagner les évolutions futures de cette réforme, dans un contexte institutionnel qui reste encore à écrire mais dans lequel l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale conservera certainement toute sa place.

# **1 LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES : DIX ANS POUR INSCRIRE LA REFORME DANS LA REALITE**

Dans cette première partie il s'agit de dresser un état des lieux de la médicalisation, d'en expliquer la genèse, la construction réglementaire progressive, de préciser les attentes suscitées et les résultats escomptés. L'accent sera mis aussi sur les difficultés et les limites de la montée en charge du dispositif.

## **1.1 De la notion d'hospice au concept d'EHPAD**

Dans le courant des années 1990, le besoin de médicaliser les maisons de retraite s'est renforcé et est devenu une priorité. C'est à cette époque que se développe l'idée que la dépendance est un phénomène d'ampleur concernant la population âgée, marqué notamment par la prise de conscience des problèmes soulevés par l'essor de la maladie d'Alzheimer. A la fin de cette période, L'EHPAD est érigé en référence. L'inscription dans le processus de la médicalisation devient obligatoire. Les changements dans les termes utilisés pour qualifier les structures d'hébergement des personnes âgées illustrent la transformation du rôle qui leur est assigné. Plusieurs lois successives construisent le contexte institutionnel de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées qui existe aujourd'hui.

### **1.1.1 Une évolution terminologique révélatrice de l'ambition de la réforme de l'hébergement des personnes âgées**

A l'origine, on utilisait le terme d' « hospice » pour désigner les établissements qui hébergeaient des personnes âgées. Le décret du 11 décembre 1958<sup>18</sup> avait alors consolidé cette qualification et l'avait associée au monde hospitalier. De 1958 à 1975, la priorité a été donnée à l'humanisation des maisons de retraite, sous la forme notamment d'une amélioration de l'architecture. Malgré tout, le terme a fini par acquérir une connotation péjorative dans la société. Il était en outre souvent associé à l'expression de « mouvoir », ce qui n'en donnait évidemment pas une image positive.

Progressivement, avec la loi du 30 juin 1975<sup>19</sup> et les différents textes qui en ont découlé, tout en poursuivant la politique d'humanisation du secteur, l'intérêt s'est porté sur la médicalisation des structures. L'article 5 de cette loi a institué la Section de Cure

---

<sup>18</sup> Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

<sup>19</sup> Loi 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Médicale (SCM)<sup>20</sup>. La création d'un véritable environnement de type médical à l'intérieur des établissements d'hébergement partait du constat de la présence de plus en plus importante et abusive de personnes âgées dans les hôpitaux mais aussi de la volonté d'apporter une réponse paramédicale et médicale dans le cadre du fonctionnement normal d'une institution d'hébergement. La terminologie de SCM est cependant contestable : ce n'est pas une section (pas de chambres réservées dans l'établissement à la cure médicale) ; il ne s'agit pas d'une cure au sens actif du terme (la réadaptation fonctionnelle (moyen séjour) est à privilégier lorsqu'elle est possible) ; ce n'est pas une section spécifiquement médicale (l'environnement médical équivaut à celui dont la personne devrait disposer à son domicile traditionnel). Parallèlement, l'appellation d' « hospice » a progressivement été remplacée par le concept de « maison de retraite ».

Puis, s'est développée l'utilisation de la notion de « résidence ». Cette évolution reposait d'une part, sur le résultat de la politique d'humanisation des établissements d'hébergement et, d'autre part, sur l'apparition et l'essor de structures privées à but commercial qui proposaient une activité et des services à dominante hôtelière.

La réforme initiée, avec l'article 23 de la loi du 24 janvier 1997<sup>21</sup>, généralisant le concept de la médicalisation des établissements ainsi qu'avec les décrets du 26 avril 1999<sup>22</sup>, concernant la tarification de ces structures, a inauguré une nouvelle sémantique : l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : l'EHPAD. Si ce terme ne désigne pas un statut juridique mais un mode de tarification, il s'avère toutefois révélateur de l'accent que le législateur a voulu mettre sur l'accueil de la personne âgée et sur la prise en compte de son éventuelle perte d'autonomie.

Le changement de qualificatif s'inscrit dans l'application de nouveaux modes de tarification, tels qu'ils sont déterminés par les textes réglementaires, à l'ensemble des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, quel que soit leur statut associatif, public ou privé à but commercial.

---

<sup>20</sup> Le décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de cet article 5 précise que « *la SCM est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux* »

<sup>21</sup> Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

<sup>22</sup> Décrets du 26 avril 1999 n° 99-316 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et n°99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD

### **1.1.2 Une transformation du contexte réglementaire qui concrétise la place nouvelle accordée aux personnes âgées**

Si les qualificatifs utilisés pour désigner les établissements pour personnes âgées dépendantes ont progressivement changé, la véritable accélération de la sensibilisation de la société à la problématique du grand âge s'est concrétisée au cours de la dernière décennie par la mise en œuvre de plusieurs législations majeures. Ces dernières ont abouti, d'une part à l'instauration d'une prestation pour prendre en charge la dépendance et d'autre part à la réforme de la tarification des établissements pour permettre une prise en compte différenciée de l'hébergement, de la dépendance et des soins. En échange d'une tarification plus transparente, plus juste et plus conséquente, les gestionnaires s'engagent dans une démarche conventionnelle d'amélioration continue de la qualité (architecture, professionnalisation des personnels, lutte contre la maltraitance) régulièrement évaluée.

#### **A. Une meilleure solvabilisation des personnes âgées pour la prise en charge de leur dépendance : de la PSD à l'APA**

La loi du 24 janvier 1997, déjà citée, a introduit le principe d'une prestation pour aider les personnes âgées à faire face aux dépenses induites par l'apparition de la dépendance : la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Cette prestation était accordée sur le fondement des conclusions de l'Equipe Médico-Sociale (EMS), par décision motivée du président du Conseil Général. Elle était servie et gérée par le département.

Elle concernait aussi bien les personnes âgées vivant à leur domicile que celles hébergées en établissement. La PSD à domicile devait être utilisée à la rémunération des salariés ou du service d'aide à domicile dûment agréé. La PSD en établissement était versée directement à la structure accueillant la personne âgée bénéficiaire. L'attribution de la PSD n'était pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire. En revanche, étant assimilée à une prestation d'aide sociale, elle était soumise au recours sur succession éventuelle.

Bien que ce dispositif ait eu le mérite d'avoir créé un droit nouveau au profit des personnes âgées, la PSD a manqué une large partie de ses objectifs, cela notamment parce qu'elle comportait trop d'éléments dissuasifs. En effet, les inconvénients de la PSD étaient nombreux et constatés : conditions de ressources drastiques, difficultés de compréhension du dispositif, limitation aux GIR 1 à 3, récupération sur succession ou encore conditions de professionnalisation des intervenants. Tous ces points ont montré les limites de ce dispositif. Insuffisante au regard des besoins, elle était également inégalitaire, de très fortes disparités existant selon les départements.

De par le libellé même de la loi, cette prestation était provisoire dans l'attente du vote d'une loi créant une prestation d'autonomie. Aussi, devant les critiques soulevées, le législateur, par la loi du 20 juillet 2001<sup>23</sup>, a revu le système et créé, en remplacement de la PSD, un nouveau dispositif : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Cette allocation entend remédier aux inconvénients de la PSD. Elle ouvre un droit universel et égal sur l'ensemble du territoire national. Comme sa devancière, elle est destinée aux personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement. Toutefois, le montant de l'aide attribuée n'est pas le même dans les deux situations.

Les évolutions fondamentales par rapport à la PSD sont, d'une part que l'APA est attribuée, sans condition de ressources, à partir d'un barème national unique ; d'autre part que cette allocation ne donne lieu à aucun recours sur succession.

La dépendance des personnes âgées qui demandent l'APA est évaluée par l'EMS au moyen de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources). Cette grille permet de définir six classes de dépendance, de la plus faible, le Groupe Iso Ressources 6 (GIR 6) à la plus forte, le GIR 1. Seuls les GIR de 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le montant alloué est modulé en fonction du niveau de GIR et des revenus de la personne âgée<sup>24</sup>.

Gérée par les départements, échelon de proximité, cette prestation est initialement financée à travers le Fonds de financement de l'APA dont les recettes proviennent d'une participation obligatoire des régimes de base d'assurance vieillesse et d'une fraction de la contribution sociale généralisée auxquelles s'ajoute la quote-part des départements. Depuis 2005, cette dotation est versée par la CNSA, établissement public administratif créé par la loi du 30 juin 2004<sup>25</sup>. Les ressources de cet organisme sont abondées, en sus de celles dont bénéficiait le fonds de financement de l'APA, du produit issu des cotisations de la journée de solidarité.

Toutefois, la participation de la CNSA aux dépenses engagées par les départements au titre de l'APA est encadrée par la loi. De ce fait, avec la montée en charge soutenue de ce dispositif, les CG estiment qu'ils supportent le financement principal de la mesure<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>24</sup> En établissement, le montant de l'APA est fixé pour les GIR groupés deux par deux. Il permet de prendre en charge le tarif dépendance arrêté par le président du Conseil Général et réclamé par la structure, déduction faite d'un ticket modérateur correspondant au tarif dépendance afférent aux GIR 5 et 6.

<sup>25</sup> Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, titre III

<sup>26</sup> Pour le Var, par exemple, les prestations payées au titre de l'APA sont passées de 64 millions € en 2005 à plus de 92 millions € estimés en 2008, soit une augmentation de près de 30 %. La part de la CNSA avoisine 28 à 30 millions €. La dotation définitive de la CNSA pour l'exercice 2007 ne sera toutefois connue qu'au cours du second semestre 2009. A ce jour elle est de 26,6 millions € pour une dépense brute de 84,6 millions € : la dépense nette mais provisoire pour le CG83 ressortit à 58 millions €.

L'APA, contrairement à la PSD, a connu un vif succès. Elle a permis de solvabiliser les personnes âgées pour qu'elles puissent mieux prendre en charge leur dépendance. Dans les établissements, cette solvabilisation, directement affectée au budget de la structure pour la prise en charge de la dépendance, a permis de réformer la tarification ainsi que l'allocation de ressources.

## **B. La réforme de la tarification des établissements : la création d'une section spécifique pour la dépendance**

Avant la réforme, la tarification dans les établissements hébergeant des personnes âgées résultait, d'une part du prix de journée de l'hébergement que payait le résident, et, d'autre part de forfaits payés par l'assurance maladie qui différaient selon la nature des structures. Cette tarification ne permettait plus de couvrir les besoins en évolution des personnes âgées et, en particulier, elle ne prenait pas en compte l'état de dépendance de ces personnes. Les décrets du 26 avril 1999 déjà mentionnés, ont défini les nouveaux mécanismes tarifaires applicables dans tous les EHPAD. Ils ont notamment introduit le principe de la tarification ternaire séparant la prise charge du soin, de celle de la dépendance et de celle de l'hébergement, entre trois sections distinctes. La réforme de la tarification prévoit de définir et de répartir clairement les prises en charge financières afin de prendre en compte une composante essentielle de l'état de la personne âgée : son degré de dépendance. La prise en charge spécifique de la dépendance apparaît ainsi comme un élément fondamental de la réforme. En conséquence, le budget d'un EHPAD est présenté en trois sections d'imputation, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément ; les règles de calcul de ces tarifs étant très précisément définies par les textes réglementaires.<sup>27</sup>

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement ainsi que la totalité du coût immobilier. Seuls, les EHPAD non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, peuvent fixer librement leur tarif. Cependant, même dans ce cas, il existe certaines limites réglementaires<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié par le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

<sup>28</sup> Pendant toute la durée du contrat signé par le résident avec l'établissement, la revalorisation annuelle du prix des prestations concernées ne peut pas dépasser un pourcentage fixé par arrêté ministériel. Cf. loi 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements hébergeant des personnes âgées.



En ce qui concerne le tarif « hébergement » des EHPAD habilités à l'aide sociale, c'est le président du CG qui arrête le tarif. La section « hébergement » est à la charge du résident. Il l'assume seul si ces moyens le lui permettent, ou bien le coût en est avancé par le CG pour les résidents admis au bénéfice de l'aide sociale départementale<sup>29</sup>. Le bénéficiaire doit alors consacrer 90% du montant de l'aide sociale versée au remboursement de ses frais d'hébergement. Par ailleurs, le résident peut bénéficier, si sa situation le justifie, d'une aide complémentaire attribuée dans le cadre de l'aide sociale facultative. Enfin, le résident d'un EHPAD habilité peut bénéficier de l'allocation logement si ses ressources le rendent éligible à cette prestation. Il s'agit là de prises en charge de droit commun.

Le tarif « dépendance » couvre la prise en charge de l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Il est arrêté par le président du CG et est réglé par le résident. Néanmoins celui-ci, s'il a été évalué dans un GIR de 1 à 4, peut bénéficier de l'APA en établissement. La section « dépendance » dispose donc de ressources provenant de l'APA ainsi que du ticket modérateur correspondant au niveau de dépendance le plus faible (GIR 5/6) qui reste à la charge de la personne âgée hébergée.

Le tarif alloué pour les soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance de la personne âgée. La section « soins » relève de ressources fournies à la CNSA par l'assurance maladie au titre de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le Parlement. L'allocation de ressources est instruite par la DDASS et arrêtée par le préfet de département. Elle est liquidée à l'établissement par les caisses locales d'assurance maladie par versements mensuels.

Le critère déterminant pour calculer les tarifs « dépendance » et « soins » est le niveau de dépendance moyen des personnes âgées hébergées. Celui-ci est exprimé par le GIR Moyen Pondéré (GMP) qui résulte de la somme des points GIR de chacun des pensionnaires rapportée au nombre des résidents de l'EHPAD.

Le recours à la tarification ternaire découle de la conclusion, entre l'établissement d'hébergement et les autorités de tarification, d'une convention tripartite.

---

<sup>29</sup> Les prestations d'aide sociale font l'objet de récupération auprès des obligés alimentaires ainsi que sur les successions éventuelles.

### **C. La mise en place du processus de conventionnement pluriannuel : la convention tripartite**

L'évolution législative démontre la volonté des pouvoirs publics de concrétiser l'exigence de médicaliser les établissements. La notion d' « accompagnement » des personnes âgées à l'intérieur des établissements, de leur admission jusqu'à la fin de leur existence, apparaît bel et bien comme étant l'affirmation première de l'ensemble des textes animant cette réforme. Le positionnement de la personne âgée accueillie comme sujet central relève d'une approche réellement nouvelle de la prise en charge en institution.

L'un des objectifs de la solvabilisation des personnes âgées, avec l'APA en établissement, ainsi que de la réforme de la tarification, est l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en établissement. La convention tripartite en est l'outil de mise en œuvre. L'article 23 de la loi du 24 janvier 1997 introduit l'obligation, pour tous les établissements de santé et les établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées dépendantes - quel que soit leur statut, public ou privé, ou leur forme juridique - de conclure une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente de l'Etat. Cette obligation, reprise par la loi du 20 juillet 2001, est désormais codifiée sous l'article L.313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Les différents textes parus depuis la loi du 2 janvier 2002<sup>30</sup> démontrent la volonté constante du législateur de mettre en œuvre la procédure de conventionnement. La convention, dite « tripartite », signée pour une durée de cinq ans, doit respecter le cahier des charges établi par l'arrêté interministériel du 26 avril 1999 modifié.

La convention tripartite programme les objectifs d'amélioration que se fixe l'établissement, notamment en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées et des soins qui leurs sont prodigués, en accordant une attention particulière à la formation du personnel. Elle fixe les moyens supplémentaires qui lui sont alloués par les autorités de tarification pour les réaliser. Il s'agit, pour les partenaires signataires d'une CT, d'engager une démarche d'amélioration constante de la qualité du service rendu au profit des résidents et de définir des conditions de fonctionnement pour l'établissement, visibles et sécurisées sur le plan financier, dans une perspective pluriannuelle. La CT précise les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

La conclusion d'une CT implique donc l'engagement conjoint et la collaboration des deux autorités de tarification : le président du Conseil Général d'une part, et, pour

---

<sup>30</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

l'Etat, le Préfet de département avec les services de la DDASS pour mener l'instruction, d'autre part.

#### **D. Le Conseil général et les services de l'Etat pour une mise en œuvre locale et conjointe du dispositif**

La mise en œuvre des dispositifs d'hébergement des personnes âgées dépendantes est réalisée conjointement par les services du Conseil Général et par ceux de la DDASS.

Le président du Conseil Général est identifié par la législation comme le chef de file de la politique sociale en faveur des personnes âgées. A ce titre, il coordonne les actions, en assure l'information des intéressés, de leurs familles et des professionnels qui interviennent sur ce secteur. Il arrête le schéma gérontologique départemental. En termes d'aides aux personnes, il instruit les demandes d'APA et en assure la liquidation et il attribue les prestations de l'aide sociale. En matière de prise en charge en établissement, il intervient au titre des sections tarifaires afférentes à la dépendance (APA en établissement) et à l'hébergement (aide sociale et aide à l'investissement pour la construction). Le Conseil Général est un acteur et un financeur majeur des actions en faveur des personnes âgées.

Les services de l'Etat ont compétence pour établir le montant de la dotation « soins » conformément aux directives précisées dans la circulaire tarifaire annuelle établie par la DGAS et dans le périmètre de l'enveloppe attribuée par la CNSA. La liquidation des prestations « soins » est assurée par l'assurance maladie en fonction de la notification de la DDASS.

Le Conseil Général et la DDASS vont donc mener des actions similaires et conjointes pour pouvoir doter les établissements en fonction de leur activité, de leurs besoins et des publics qu'ils accueillent. Ainsi, les deux institutions établissent une planification et une programmation des équipements nécessaires : les orientations du Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) doivent tenir compte du schéma départemental. Elles instruisent les demandes d'autorisation : elles émettent chacune un avis sur les dossiers présentés en Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Elles vérifient la conformité des établissements et concluent les conventions tripartites conjointement. Elles établissent chacune, pour les sections qui les concernent, la tarification de l'établissement. Elles ont toutes deux compétence pour vérifier le fonctionnement de la structure et les conditions d'accueil des résidents même si les services d'Etat détiennent un pouvoir régalié en matière d'inspection.

Après la présentation du contexte légal et des acteurs institutionnels en charge de le promouvoir au plan local, il convient de s'intéresser aux structures auxquelles il est destiné et de soulever les questions que suscite cette mise en œuvre.

## **1.2 Les conditions de la mise en œuvre de la médicalisation**

La réforme de la médicalisation a transformé le paysage des établissements d'hébergement pour les personnes âgées. Elle a amélioré et clarifié leur financement, accéléré le processus qualitatif mais elle a aussi montré des limites. Ainsi, le terme de sa mise en œuvre a été plusieurs fois repoussé. De même, la gestion de la queue du dispositif est problématique et nécessite une tarification d'autorité des structures qui ne l'ont pas rejoint. La médicalisation s'apprécie différemment selon le statut des établissements. Si elle a vocation à s'appliquer à tous les types d'établissements, elle s'adapte mieux aux maisons de retraite qu'à d'autres structures telles que les logements-foyers, les Petites Unités de Vie (PUV) ou les Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Des mécanismes comme le clapet anti retour et une utilisation inappropriée de la tarification par la Dotation Minimum de Convergence (Dominic) empêchent de parvenir à la convergence tarifaire entre les établissements (à charge de soins et de dépendance équivalente), alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel de la réforme.

### **1.2.1 Une application plus ou moins aisée de la réforme selon le type d'établissements**

Au 31 décembre 2003, date à laquelle se situe la dernière enquête réalisée sur le sujet<sup>31</sup>, la France disposait de 10.526 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA). Ces établissements proposaient 670.900 lits ou places installés. Les maisons de retraite et les résidences d'hébergement temporaire représentaient près de 62% de l'ensemble, les logements-foyers plus de 28% et les USLD un peu moins de 10%. Toutefois, la répartition par catégorie d'établissements est très variable selon les départements. Une approche selon le statut juridique indique que 37% des établissements sont publics, 30% sont privés et 33% sont associatifs.

L'offre d'hébergement pour les personnes âgées est mise en œuvre par de nombreux acteurs :

Ils peuvent être publics : dans ce cas, ils dépendent le plus souvent des collectivités territoriales. Ces structures sont soit autonomes, c'est-à-dire qu'elles ont une personnalité juridique spécifique et disposent de leurs propres instances de gestion ; soit

---

<sup>31</sup> Source DREES – Etudes et résultats n°379 février 1985. Cf. annexe 5. Sauf mention spécifique, les données relatives aux établissements sont tirées des premiers résultats de l'enquête EHPA 2003. Le rapport de la Cour des Comptes « les personnes âgées dépendantes » de novembre 2005 et le rapport parlementaire également utilisés pour la rédaction de cette partie se réfèrent à la même source.

gérées directement par la collectivité territoriale. Les établissements publics représentent 60% des places installées, toutes catégories d'établissements confondues.

Ils peuvent avoir un statut associatif à but non lucratif. Ces établissements sont gérés par divers organismes (congrégations, associations, fondations, caisses de retraite ou mutuelles). C'est un secteur assez hétérogène aussi bien en ce qui concerne la capacité de développement qu'en matière de répartition géographique. Les établissements à but non lucratif représentent 26% des places installées.

Ils peuvent aussi appartenir au secteur commercial. Ce dernier comprend pour moitié des entrepreneurs individuels et indépendants, pour moitié des entrepreneurs regroupés qui sont de véritables investisseurs. Parmi ces derniers, certains sont même entrés en bourse. Entre 1996 et 2003, les maisons de retraite à but lucratif ont augmenté leur nombre de lits de 21%, alors que le nombre de places en maisons de retraite a connu une croissance totale de 7%. Cependant, malgré cette croissance, elles ne pourront, à elles seules, satisfaire l'évolution future de la demande, notamment en raison de leur implantation plus fréquente – du moins jusqu'à présent – dans les villes moyennes ou importantes. Elles représentent aujourd'hui 14 % des lits installés.

A ces acteurs, il convient aussi d'ajouter les centres communaux d'action sociale (CCAS) qui développent, vers les populations concernées par l'action sociale, un ensemble d'activités légales ou facultatives parmi lesquelles figure la gestion d'équipements sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, ils administrent plus de 65 % des logements-foyers.

## **A Les établissements médico-sociaux**

Ces structures relèvent de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du CASF, notamment du 6° de l'article L.312-1. Elles sont regroupées en plusieurs catégories distinctes d'établissements.

### **a Les maisons de retraite**

Il s'agit d'établissements, publics ou privés, assurant une prise en charge intégrale des personnes âgées, valides ou dépendantes, qui comprend notamment l'hébergement collectif, la restauration, l'entretien, et le plus souvent les soins. A cette catégorie d'établissements, sont intégrées également les PUV. Ce sont des structures d'accueil de proximité, initialement conçues pour être peu ou pas médicalisées. Au 31 décembre 2003, on dénombrait 6.376 maisons de retraite qui offraient 436.300 places d'hébergement représentant 65% de la capacité d'accueil totale. Les maisons de retraite constituent le cœur des établissements soumis à la réforme de la médicalisation. Toutes y sont astreintes dès lors que leur GMP est supérieur à 300. Les résidents y paient le tarif « hébergement » ainsi que le ticket modérateur afférent au tarif « dépendance ».

## **b Les logements-foyers**

Les logements-foyers offrent un logement autonome assorti de services et d'équipements collectifs, tels que la restauration ou la blanchisserie, normalement facultatifs. Ils permettent à de multiples populations, dont celle des personnes âgées, de pouvoir disposer de petits appartements leur offrant un logement décent<sup>32</sup>. Les logements-foyers sont véritablement des domiciles, et non pas des substituts de domicile, comme le sont les maisons de retraite. De ce fait, leurs résidents peuvent bénéficier éventuellement des allocations de logement et, si leur situation de dépendance le justifie, de l'APA<sup>33</sup>. Les résidents paient un tarif incorporant l'équivalent d'un loyer assorti des charges locatives, la participation aux frais de fonctionnement des locaux communs et, le cas échéant, le prix des prestations facultatives choisies. Au nombre de 2975, au 31 décembre 2003, les logements foyers proposaient 152.900 places d'hébergement pour les personnes âgées.

Par rapport à la médicalisation et à l'obligation de souscrire une convention tripartite, les logements foyers présentent une singularité. En effet, ils accueillent souvent une population plus jeune et moins dépendante que les autres EHPA. De ce fait, ils ne ressentent pas la même urgence à entrer dans le processus de médicalisation. Le législateur en a tenu compte et a prévu des possibilités de dérogation, dès lors que le logement-foyer a un GMP inférieur à 300, qu'il n'accueille pas plus de 10% de résidents relevant des GIR 1 et 2 et qu'il s'engage à ne plus admettre de nouveaux résidents relevant des GIR 1 à 4. En outre, ces établissements doivent rechercher un partenariat avec un EHPAD situé à proximité afin de faciliter le relogement des personnes âgées dont le maintien dans l'établissement ne serait plus possible<sup>34</sup>.

## **c Les autres structures médico-sociales**

Il existe d'autres modes d'hébergement institutionnels pour les personnes âgées qui sont soumises au conventionnement tripartite. Parmi ceux-ci, il convient de citer les accueils de jour et les hébergements temporaires. L'accueil de jour est destiné à recevoir, une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, des personnes âgées vivant à domicile. Cet accueil est réalisé dans des structures autonomes ou qui sont rattachées à une autre structure telle qu'un EHPAD, dans des locaux dédiés à cet accueil. Ils s'inscrivent pleinement dans une politique de soutien ou de maintien à domicile.

---

<sup>32</sup> L'article L.633-1 du code de la construction et de l'habitation, donne une définition du logement-foyer et le décret n°79-298 du 11 avril 1979 mentionne son caractère social. Ces textes ne limitent pas cette formule à l'accueil des personnes âgées mais ils ne font pas obstacle à ce qu'une telle structure leur soit réservée comportant à la fois des locaux privés, meublés ou non, et des espaces communs affectés à la vie collective »

<sup>33</sup> APA en établissement si le logement foyer a le statut d'EHPAD, APA à domicile dans le cas contraire

<sup>34</sup> Cf. Décret 2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements mentionnés au I bis de l'article L.313-12 du CASF

L'hébergement temporaire s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise, comme par exemple, l'isolement, l'absence des aidants, le départ en vacances de la famille ou la réalisation de travaux dans le logement. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant un retour à domicile après une hospitalisation. Toutefois, mais il ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite. Le Plan « Solidarité Grand Age 2007 / 2011 » (PSGA) ainsi que le plan « Alzheimer 2008 / 2012 » ont accéléré la création de places supplémentaires pour ces types d'hébergement et en ont fait un axe prioritaire<sup>35</sup>.

A contrario, certaines formules plus proches du maintien à domicile que de l'institution ne sont pas soumises à la réforme de la médicalisation. Parmi celles-ci, il convient de mentionner l'accueil familial. Ce mode d'hébergement existe depuis longtemps mais la loi du 10 juillet 1989<sup>36</sup> et le décret du 30 décembre 2004 l'ont profondément modifié et encadré. L'accueillant familial est agréé pour une durée de cinq ans et il ne peut pas accueillir plus de trois personnes âgées.

Des déclinaisons innovantes de ce concept sont amenées à se développer et sont encouragées par les pouvoirs publics. Il s'agit de formes d'hébergement, expérimentées dans d'autres pays comme la Belgique ou le Canada, telles que le « co-housing » : logements autonomes et espace commun ; « habitat kangourou » : une personne âgée en rez-de-chaussée et une famille à l'étage ; « home share » : partage de la maison d'une personne âgée par un étudiant moyennant échange de services. La multiplicité des besoins, la complexité des formes de dépendance, l'addition des pathologies et l'accroissement de la population à prendre en charge conduisent à la nécessaire création de nouvelles structures.

A cette offre d'hébergement médico-social, il convient d'ajouter les résidences retraite ou résidences services. Cette catégorie d'établissements se rapproche, dans son principe, du logement-foyer : procurer un logement individuel dans une structure qui propose également des services collectifs. Toutefois, la clientèle visée est clairement une clientèle à fort pouvoir d'achat qui loue ou achète un bien immobilier et à laquelle sont proposés des services haut de gamme dans une démarche affichée à but commercial et lucratif. Les promoteurs de ces résidences ne souhaitent pas intégrer la démarche de la

---

<sup>35</sup> Le PSGA, prévoit la création de 2.500 places d'accueil de jour et de 1.100 places d'hébergement temporaire supplémentaires chaque année pendant toute la durée du plan. Le plan Alzheimer 2008 2012 annonce qu'en 2008 seront créées 2.125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire. Sur la durée du plan sera maintenu un rythme très ambitieux de création de places. 11 000 places d'accueils de jour ou équivalent et 5 600 places d'hébergement temporaires. Au vu de l'existant (respectivement 7000 et 3600 places), c'est une accélération sans précédent. (mesure 1 - développement et diversification des structures de répit)

<sup>36</sup> Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux de personnes âgées ou adultes handicapés

médicalisation et, tant que le niveau de dépendance de leurs résidents reste limité sous le seuil d'un GMP de 300, aucune disposition ne les y contraint.

## **B Les structures sanitaires**

Il s'agit des unités de soins de longue durée (USLD) relevant du 2° de l'article L.6111-2 du Code de la Santé Publique (CSP). Ce sont des services d'établissements de santé qui assurent l'hébergement et les soins des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des soins d'entretien. Au 31 décembre 2003, on dénombrait 1.044 USLD qui offraient 79.300 places installées. Compte tenu de leur statut sanitaire, les autorisations ou la signature des conventions tripartites sont de la compétence du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et non de celle du préfet de département.

La réforme des USLD pourrait constituer un sujet d'étude à part entière compte tenu de ses spécificités et de sa complexité. Toutefois, dans le département support des présents travaux, les USLD n'ont pas présenté de difficulté particulière et ont conclu la convention tripartite dans les délais impartis. Aussi, ce paragraphe se contente-t-il de présenter le contexte de la médicalisation pour ce type d'établissements sans entrer dans les autres problématiques qui les affectent, comme le périmètre de la partition entre l'activité qui reste sanitaire et celle transférée au médico-social, la sincérité des comptes, les réticences des personnels à intégrer des structures médico-sociales.

La loi du 11 février 2005<sup>37</sup> a fusionné l'enveloppe sanitaire consacrée aux USLD avec l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA. Toutefois, cette évolution qui prenait en compte la nécessité de garantir à chacun le cadre de vie de son choix en favorisant la socialisation du médical, mais aussi la médicalisation du social, a posé la question du devenir des USLD. Une mission a été confiée, en juillet 2005, à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) aux fins de déterminer selon quelles modalités les patients pris en charge en USLD pourraient se répartir entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. En effet, un certain nombre de patients continue à avoir besoin d'un traitement pour des pathologies gériatriques aiguës, ce qui requiert leur maintien dans un cadre hospitalier, sous forme d'accueil dans une USLD. En revanche, les patients dont les besoins de soins sont liés à la dépendance du grand âge – et non à des maladies aiguës provoquées par le vieillissement – relèvent des EHPAD. Si des patients sont inutilement maintenus en USLD, on peut aussi constater que les EHPAD comptent parmi leurs résidents au moins 15 % de personnes dont l'état de santé relève davantage du secteur hospitalier que du secteur médico-social. Toutefois, le véritable enjeu de cette

---

<sup>37</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.



requalification des USLD est la coopération des deux secteurs, sanitaire et médico-social, et la coordination des compétences. La requalification des ULSD doit s'accompagner d'une planification territoriale, de garanties de continuité des soins et de critères de pondération pour le partage des budgets « soins » des USLD concernées.

### **1.2.2 Une montée en charge du conventionnement qui peine à s'achever**

Après avoir présenté les établissements qui sont éligibles à la signature de la convention tripartite et l'adaptation plus ou moins facile de leur profil au cadre de la réforme, il convient de souligner les difficultés rencontrées dans la montée en charge du conventionnement et les moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour achever la médicalisation de tous les établissements éligibles.

#### **A Un terme plusieurs fois repoussé**

La montée en charge de la réforme de la médicalisation dure depuis pratiquement douze ans. Devant l'impossibilité de respecter les délais fixés par la loi pour mettre en œuvre le conventionnement tripartite, le législateur a pris des dispositions pour modifier la loi. Ainsi, la loi du 24 janvier 1997 avait fixé au 31 décembre 1998 la date à laquelle le processus de médicalisation des EHPAD devait être achevé. Toutefois, très vite, il s'est avéré que cette date butoir ne pourrait pas être tenue. La loi du 29 juillet 1998<sup>38</sup> a repoussé la date d'achèvement de la médicalisation des établissements au 31 décembre 2001. Puis la loi du 20 juillet 2001<sup>39</sup> a renvoyé l'achèvement de cette phase de la réforme au 31 décembre 2003. Ensuite, la loi du 20 décembre 2002<sup>40</sup> l'a reportée au 31 décembre 2005 pour tous les établissements hormis pour les logements-foyers qui disposaient d'un délai jusqu'au 31 décembre 2006. Enfin la loi du 19 décembre 2005<sup>41</sup> fixe au 31 décembre 2007 l'obligation, pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, d'avoir conclu une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente de l'Etat. Le gouvernement a manifesté sa volonté de ne pas modifier une nouvelle fois cette date nonobstant qu' « *il reste 8 % des places à conventionner, soit 48 000 places(...) Mon objectif c'est d'être proche de 100% à la fin de cette année.* »<sup>42</sup>

Dans un premier temps, le report était justifié par le fait que la mise en œuvre du conventionnement nécessitait l'édiction d'un certain nombre de textes réglementaires

---

<sup>38</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions,

<sup>39</sup> Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

<sup>40</sup> Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, article 42

<sup>41</sup> Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, article 48

<sup>42</sup> Discours de Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité – Etat d'avancement du conventionnement au 30 janvier 2008

comme, par exemple, celui fixant le cahier des charges de la convention tripartite. En outre, la médicalisation, la prise en compte de la dépendance dans les établissements ainsi que sa solvabilisation par la PSD nécessitaient de réformer la tarification des structures. Celle-ci n'est intervenue qu'avec les décrets du 26 avril 1999. Ensuite, ainsi que le note la Cour des comptes<sup>43</sup>, ces reports ont été motivés par les difficultés éprouvées par les acteurs locaux à s'approprier une réforme qu'ils considéraient trop complexe et trop ambitieuse. Ils ont quelque peu émoussé la crédibilité des pouvoirs publics de mener réellement la réforme à son terme. Les structures qui étaient réticentes à s'engager dans le processus sont donc restées dans une situation d'expectative, voire ont différé leur démarche de conventionnement jusqu'à l'extrême limite, au lieu de s'inscrire dans une dynamique volontariste. Ainsi, la responsable de la DPAPH précise que « *le report de fin de processus du conventionnement tripartite, d'année en année, est très démobilisateur* ». Lorsque ces établissements cumulaient les handicaps quant aux critères à remplir pour être en capacité de conclure une CT, ce positionnement attentiste a eu pour conséquence de concentrer les difficultés sur la fin de la période définitivement fixée pour achever le processus de médicalisation, voire de dépasser cette limite légale. Les services ministériels le reconnaissent implicitement en mettant en place pour 2008 une série de mesures destinées à gérer la situation des structures qui ne sont pas entrées dans le cadre légal et pour garantir aux publics qu'elles accueillent de bénéficier de conditions d'une prise en charge médicalisée satisfaisantes.

## **B Les mesures qui doivent permettre d'achever le processus de conventionnement**

La loi du 19 décembre 2007<sup>44</sup> prévoit le recours à la tarification par arrêté préfectoral des établissements qui n'ont pas conclu de convention tripartite au 31 décembre 2007. Ce mode de tarification d'autorité a pour objectif de permettre à tous les établissements qui n'ont aucun personnel soignant de recruter les infirmières et les autres personnels paramédicaux nécessaires à leur activité. En prenant cette mesure, le gouvernement affirme qu'il n'est plus possible d'accepter que des dizaines de milliers de personnes âgées dépendantes soient hébergées dans des structures non médicalisées. Il s'agit d'un premier pas pour ces établissements qui auront des obligations qualitatives minimum et devront rapidement s'inscrire dans la perspective du conventionnement<sup>45</sup>. Si cette mesure confirme que le processus de conventionnement ne connaîtra plus de report supplémentaire, elle interpelle également sur plusieurs de ses aspects. Tout d'abord, Elle

---

<sup>43</sup> Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport à Monsieur le Président de la République, Novembre 2005

<sup>44</sup> Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 69

<sup>45</sup> Cf. circulaire interministérielle N° DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008

rompt avec la logique conventionnelle puisque l'Etat prend une décision unilatérale alors que le champ d'intervention est conjoint avec le CG. Ensuite, le recours à la tarification par arrêté préfectoral n'est pas borné dans le temps. Aussi, la question se pose de son caractère provisoire dans l'attente de la conclusion d'une convention ou d'une transformation de la structure ou encore d'une mesure de fermeture. La question se pose aussi de l'équité entre les établissements. En effet, l'arrêté préfectoral fixe un socle minimal d'objectifs visant à assurer un fonctionnement de l'établissement conforme à la loi et au règlement. Cette formulation semble moins contraignante que la conclusion d'une CT qui, au fil du temps, a renforcé les engagements exigés des établissements.

En complément de la TFSAP, le ministère organise des missions d'appui grâce à la CNSA et à la DGAS pour surmonter les difficultés rencontrées. Il s'agit notamment d'une foire aux questions créée sur le site de la CNSA ainsi que d'une messagerie spécifique: SOS-convention. A partir des cas transmis, des ateliers thématiques pourront être créés et faire l'objet de réunion de travail. Afin de favoriser la diffusion de l'information et de coordonner le travail, chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) désigne un correspondant « convention »<sup>46</sup>.

## **C La difficile convergence tarifaire**

L'une des missions de la CNSA est de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. En corollaire, au plan local, la DDASS doit s'efforcer de réduire les écarts de dotation entre les établissements et tendre vers la convergence tarifaire. Or, de grandes disparités se sont progressivement installées entre les établissements. En effet certains, notamment au début de la réforme, ont pu bénéficier d'effets mécaniques d'augmentation de leur dotation ou des effets du clapet anti retour. Celui-ci permettait, au moment du passage à la tarification ternaire, de conserver le budget « soins » inchangé, même si certaines des charges qui lui étaient jusque-là imputées relevaient désormais de la section « dépendance ». Le directeur d'un EHPAD varois précise que *« l'établissement a sans doute été plus favorisé que d'autres dans la même situation, car il n'y a pas eu beaucoup de redéploiement des moyens du « soin » vers la « dépendance ». Il a pu bénéficier en effet du clapet anti-retour »*. Dans le même temps, la réglementation, qui prévoyait initialement une dotation minimum de convergence (la Do.mini.c) avec une marge d'appréciation de 35%, s'est adaptée pour prendre en compte des situations hétérogènes. De ce fait, les conditions de tarification sont extrêmement variables et complexes. Par exemple, entre un USLD qui a rejoint le champ médico-social en gardant une dotation « soins » élevée et un EHPAD

---

<sup>46</sup> Cf. Instruction de la DGAS du 29 janvier 2008 sur la tarification par arrêté et le dispositif d'appui aux services déconcentrés, dans l'attente de la circulaire sur la campagne budgétaire 2008 dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées

nouvellement créé disposant d'une dotation « ajustée » à son activité ; ou bien entre un établissement de capacité importante bénéficiant du clapet anti retour et une maison de retraite de petite taille dont le GMP progresse fortement. Même en n'accordant pas le taux d'évolution annuel aux établissements sur-dotés, les écarts sont parfois si importants qu'il faudra des années pour les résorber. Or, l'objectif de la convergence tarifaire devait être atteint à l'échéance des CT de première génération.

Pour y remédier, la CNSA met en place, à partir de 2008, un nouveau système d'allocation de ressources au titre du forfait « soins » qui tient compte à la fois de la dépendance des personnes âgées accueillies avec le GMP et de la charge en soins que leur état de santé nécessite avec le « Pathos » Moyen Pondéré (PMP)<sup>47</sup>. Avec cette nouvelle formule de tarification, chaque établissement se voit attribuer un plafond de ressources garanti alors que jusqu'à présent il disposait d'un plancher assuré mais devait négocier pour la fraction de financement qui excédait cette base.

Après avoir présenté le contexte dans lequel la médicalisation des EHPAD s'est effectuée, il s'avère intéressant d'analyser comment le processus a été concrètement mis en œuvre sur un territoire déterminé.

---

<sup>47</sup> Outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS, le modèle PATHOS évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. Outil de « coupe transversale », il donne la « photographie » d'une population à un moment donné. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation en points permettant d'obtenir le « pathos moyen pondéré » de l'établissement.

## **2 LA MEDICALISATION A L'EPREUVE DU TERRAIN : L'EXEMPLE DU DEPARTEMENT DU VAR**

### **2.1 Le contexte varois et l'état des lieux des établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes**

Le département du Var sert de cadre à la présentation de la montée en charge du dispositif et des difficultés rencontrées. Dans un premier temps, les caractéristiques démographiques, ainsi que celles plus spécifiques de l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans ce département, seront exposées. A partir de cette situation, sur la base des témoignages des acteurs de terrain, l'analyse s'attachera à mettre en exergue les apports de la réforme de la médicalisation mais aussi les freins qui empêchent son complet déploiement.

#### **2.1.1 Les spécificités de la situation varoise**

Situé dans le sud-est de la France, sur la côte méditerranéenne, le département du Var comprend 153 communes et 43 cantons. Toulon est la préfecture, et les sous-préfectures sont Brignoles et Draguignan. Au-delà de cette organisation administrative, le Conseil général a créé huit territoires de développement<sup>48</sup> dans lesquels s'inscrit sa politique en faveur des personnes âgées. Par ailleurs, autour de la métropole toulonnaise s'est organisée la communauté d'agglomérations Toulon Provence Méditerranée (TPM).

#### **A Approche géographique et démographique de la population varoise âgée**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la population varoise s'élève à 973.997 habitants<sup>49</sup>, soit 20% de la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). L'agglomération d'Hyères-Toulon regroupe plus de 25 % de cette population. La densité moyenne de population est de l'ordre de 163 habitants/km<sup>2</sup>, avec de très grandes disparités. En effet, le département concentre sa population sur la frange côtière très urbanisée, avec les deux pôles que constituent TPM à l'ouest et Fréjus/Saint-Raphaël à l'est. De plus, la bordure côtière est très marquée par l'activité touristique et par une sur fréquentation estivale. Outre l'accueil saisonnier, le Var attire également une forte population de personnes qui viennent s'y installer pour y passer leur retraite. Dans l'arrière pays et le Haut-Var, hormis dans quelques agglomérations comme Draguignan, Brignoles ou Saint Maximin, la population est beaucoup moins dense et se caractérise par sa ruralité.

---

<sup>48</sup> (Aire Dracénoise, Cœur du Var, Golfe de St Tropez, Haut Var Verdon, Fayence, Provence Méditerranée, Provence Verte et Var Estérel) - Cf. carte du Var et de ses territoires en annexe 4

<sup>49</sup> cf. site internet de l'INSEE – op.cit. p1

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, les personnes de plus de 60 ans sont au nombre de 259.233 et représentent 26,62% de la population du département. L'indice de vieillissement<sup>50</sup> est le deuxième plus élevé de la région (91,7) après celui des Alpes Maritimes et très supérieur à l'indice moyen régional (78,8) et à l'indice moyen national (66,3). A l'intérieur de ce groupe, les personnes de plus de 75 ans sont au nombre de 99.793 soit 10,25% de la population départementale totale et les personnes de plus de 85 ans sont au nombre de 23.680 soit 2,43%. Toutes les tranches d'âge de personnes âgées de la population varoise sont en augmentation rapide et supérieure aux moyennes observées tant au niveau de la région qu'au niveau national.

Au 31 décembre 2006, le Var comptait 20.253 bénéficiaires de l'APA, soit un ratio de 203 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus<sup>51</sup>. Parmi ceux-ci, le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement s'élevait à 5.495<sup>52</sup>. Le montant mensuel moyen par bénéficiaire de l'APA en établissement à la charge du CG83 est de 258 euros, soit un chiffre inférieur à la moyenne nationale de 275 euros. Par rapport aux autres départements de la Région, le Var se situe néanmoins à un niveau supérieur.

S'agissant de la maladie d'Alzheimer, une extrapolation des données nationales sur le Var, tenant compte de l'importance démographique des personnes âgées, évalue le nombre de malades à près de 15.000 personnes en 2007, avec une progression annuelle de 3.500 personnes atteintes. Ces chiffres traduisent, au niveau du département, l'enjeu majeur de santé publique que représente la maladie d'Alzheimer.

Pour accueillir cette population âgée qui augmente et vieillit et dont une partie ne peut plus être maintenue à domicile du fait notamment de l'évolution conséquente des cas de pathologies psychiques, le Var dispose d'un parc important d'EHPA.

## **B L'offre d'hébergement proposée à la population varoise âgée**

Au 21 mars 2008, le département du Var comptait 185 établissements d'hébergement pour personnes âgées<sup>53</sup>. Une première classification permet de recenser 125 établissements qui appartiennent à la catégorie des maisons de retraite, 45 qui relèvent de celle des logements foyers et 15 qui ont un statut sanitaire en qualité d'USLD.

---

<sup>50</sup> ratio de personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20ans

<sup>51</sup> Ce ratio est plus élevé que celui constaté au niveau régional (193,2) et national (198,1) - statistiques et indicateurs de la santé et du social – mémento STATISS 2008 – Provence – Alpes – Côte d'Azur

<sup>52</sup> Dont 770 en GIR 1 ; 2.631 en GIR 2 ; 915 en GIR 3 et 1.177 en GIR 4 - Source DREES citée dans le schéma départemental personnes âgées personnes handicapées – 2008/2012 établi par le Conseil Général du Var

<sup>53</sup> Source DDASS du Var à partir du logiciel SAISEHPAD

Une seconde analyse revient à identifier les établissements par leur statut public, privé ou associatif. En 2007, il y avait 178 établissements ouverts dans le Var<sup>54</sup> : 76 étaient dotés d'un statut privé commercial, soit 42,7% ; 36 d'un statut associatif, soit 20,22% et 66 d'un statut public, soit 37,08%<sup>55</sup>. Ces chiffres démontrent que le secteur privé commercial est surreprésenté dans le Var par rapport aux constats nationaux<sup>56</sup>. Cette situation crée un déséquilibre dans la mesure où, compte-tenu des tarifs appliqués, tous les établissements ne sont pas accessibles financièrement pour les Varois pourtant en attente d'une place en EHPAD.

Le Var dénombre aussi de nombreuses résidences retraite. Compte tenu de sa situation climatique et géographique privilégiée, il est, en effet, très attractif pour ce type d'hébergement. Toutefois, ce dernier attire essentiellement une clientèle qui n'est pas originaire ou implantée dans le département. Il contribue ainsi au phénomène d'afflux de personnes âgées extérieures qui explique, pour partie, l'augmentation rapide dans le Var des tranches d'âges au-delà de 60 ans. Or, cette situation ne manque pas d'inquiéter les gestionnaires du Conseil Général, comme l'explique la responsable de la DPAPH : *« Parmi ces personnes beaucoup deviendront dépendantes et nécessiteront des soins et, du fait de leur résidence varoise, engendreront, à long terme, une charge supplémentaire pour le département. L'impact à vingt ou trente ans sur les finances départementales peut s'avérer très important. »*

## **C Les différents outils de la politique gérontologique**

Le « schéma gérontologique départemental 2003/2007 », arrêté conjointement par le préfet du Var et le président du Conseil Général (PCG), dans les conditions prévues par la loi du 2 janvier 2002, prévoyait notamment la création de 3.000 places d'hébergement avec une priorité affirmée de développer l'offre publique éligible à l'aide sociale. Toutefois, l'exécution de ce schéma a été suspendue en 2006. En effet, nombre de projets de création ou d'extension, ayant fait l'objet d'une autorisation, engendraient une dépense relative aux soins incompatible avec la dotation limitative départementale et ne pouvaient pas être financés<sup>57</sup>.

Le « schéma départemental personnes âgées/personnes handicapées 2008/2012 » qui lui a succédé, a été arrêté par le seul PCG, conformément aux

---

<sup>54</sup> La différence entre le nombre d'établissements comptabilisés par la DDASS et celui produit par le CG tient dans le fait de compter soit les établissements soit les gestionnaires

<sup>55</sup> Schéma départemental personnes âgées personnes handicapées – 2008/2012

<sup>56</sup> Cf. partie 1.1 2 supra

<sup>57</sup> Sur 2.136 places autorisées, seules 1092 ont bénéficié des crédits soins et parmi celles-ci, 299 ont réellement été ouvertes au 31 décembre 2006. S'agissant des 1.044 en attente, elles ont fait l'objet d'un classement en terme de priorité et, dans la mesure où l'autorisation n'est pas devenue caduque, elles seront créées au fur et à mesure que les possibilités consenties par le PRIAC le permettront

dispositions de la loi du 13 août 2004<sup>58</sup>. Il n'a pas repris d'objectif chiffré de création ou d'extension de places. Il constate, pour chaque territoire de développement, le nombre de lits ouverts par rapport au nombre de lits autorisés ainsi que le ratio d'équipement pour 1.000 personnes de plus de 85 ans et considère que les besoins sont globalement couverts sur l'ensemble du département. Aussi, il fixe comme priorité aux éventuels futurs projets de s'implanter sur les territoires de développement équipés de moins de 400 lits pour 1000 personnes de plus de 85 ans ; de créer des unités de vie spécifiques : Alzheimer ou troubles apparentés; de diversifier les types de prise en charge et de favoriser un tarif modéré notamment en étant habilités à l'aide sociale à minima sur 50 % des places.

En complément du schéma départemental d'organisation sociale et médico-social, la loi du 11 février 2005<sup>59</sup> crée un nouvel outil : Le PRIAC. Il a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale. Établi par le préfet de région en liaison avec les préfets de départements, le PRIAC fixe les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services d'accompagnement accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées, tarifés par l'État<sup>60</sup>, à partir des moyens existants et des besoins nouveaux. Actualisé chaque année, il permet une visibilité pluriannuelle à quatre ans.

En région PACA, sur le champ de la prise en charge des personnes âgées, trois axes de travail structurent les priorités du PRIAC : l'approche globale des soins, le maillage du territoire et le développement de la diversité et de la complémentarité des réponses aux besoins. Les projets proposant la création de plates-formes de services et le développement du travail en réseau sont privilégiés avec pour objectif d'achever la médicalisation des EHPAD et de créer des places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale en visant, par création ou extension, la constitution d'établissements de 60 places et plus. Concrètement, pour l'année 2008, le PRIAC permet le financement de 91 places nouvelles d'hébergement. Celles-ci ne permettront pas d'apurer la liste d'attente constituée en 2006, avec laquelle de nouveaux projets prenant en compte les priorités du PRIAC et du schéma départemental entrent en concurrence.

---

<sup>58</sup> Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales

<sup>59</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>60</sup> Qu'ils soient financés par l'État, par l'Assurance Maladie ou relevant de la double compétence État et Conseil Général



Ces outils contribuent à façonner, dans la durée, l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes et de situer l'évolution des établissements au regard de la montée en charge de la procédure de médicalisation.

### **2.1.2 Photographie du paysage des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes au 31 décembre 2007**

Les principales caractéristiques de l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans le Var définies, il importe d'expliquer comment les structures sont entrées dans le processus de conventionnement tripartite, à quel rythme, et de faire le point sur l'état actuel d'avancement de la réforme, après la fin de la montée en charge prévue par la législation.

#### **A De 2002 à 2007 une montée en charge progressive mais pas toujours linéaire de la médicalisation**

Dans le Var, les premières conventions tripartites ont été signées à la fin de l'année 2001<sup>61</sup>. Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, le département comptait environ 170 EHPA, d'une capacité globale de 10.100 lits, dont 935 lits en USLD et 2.000 lits en SCM. L'hébergement médicalisé s'élevait donc à 30% de cette capacité. Après les dix conventions tripartites signées en 2001, douze ont été conclues en 2002 puis dix-neuf en 2003, treize en 2004, trente en 2005, sept en 2006 et cinq en 2007. Le 31 décembre 2007, quatre-vingt-seize conventions tripartites ont été signées<sup>62</sup>.

Compte tenu des créations intervenues depuis 2002, une note interne de la DDASS, du 10 décembre 2007, évalue un potentiel de quatre-vingt-neuf conventions tripartites restant à conclure. Toutefois, un certain nombre des établissements concernés, essentiellement les logements-foyers, ont déclaré ne pas souhaiter intégrer le processus de médicalisation du fait, notamment, qu'ils conservaient un GMP inférieur à 300. Au final, ce sont cinquante-quatre établissements qui hébergent des personnes âgées dépendantes qui n'ont pas satisfait à cette obligation légale.

En termes de lits, au 19 mars 2008, un courrier de la DDASS du Var, adressé à la DGAS et à la CNSA, recense 11.218 lits installés pour l'hébergement des personnes âgées, dépendantes ou non. Après soustraction des places concernant les établissements qui n'entrent pas dans le périmètre de la médicalisation (1.510 lits), le potentiel de places d'hébergement éligibles à la médicalisation s'élève à 9.708 lits ; parmi ceux-ci, 8.628 sont couverts par une convention tripartite, soit 88 %.

---

<sup>61</sup> Quatre le 22 octobre, une le 23 octobre et cinq le 19 décembre 2001 : Source DDASS du Var : tableau de suivi du conventionnement des EHPAD

<sup>62</sup> Tableau de suivi du conventionnement des EHPAD actualisé au 25 août 2008

Force est de constater que si le processus de conventionnement ne s'est pas arrêté, il n'a jamais été linéaire. Les premières CT ont été conclues avec les structures volontaires qui ont trouvé dans le processus de médicalisation des opportunités, notamment en matière de financement. Ensuite, au gré des incitations de la réglementation, la majorité des établissements s'est inscrit dans le processus. En fait, ce sont les établissements les plus réservés quant à la démarche, les plus compliqués, notamment les moins adaptés sur le plan de l'architecture ou du fonctionnement, qui ont attendu la dernière limite. Le directeur de la DDASS du Var comme la responsable de la DPAPH soulignent, l'un et l'autre, qu'il aurait sans doute fallu traiter en priorité les établissements qui étaient les plus éloignés des critères exigibles. Il aurait fallu se montrer incitatif, en leur consacrant, dès le début de la réforme, tous les moyens disponibles en terme de financements, d'expertise ou d'aide administrative et qu'ils puissent disposer d'un délai suffisant pour concrétiser leur projet. Le DDASS du Var précise ainsi : « *La vraie difficulté n'est pas sur les établissements gérables qui ont su profiter des opportunités de la médicalisation mais provient des structures qui n'auront jamais les standards de qualité attendus pour conventionner. Dans le Var, on s'y est sans doute mal pris : il aurait fallu traiter ces établissements à part, en premier, et y consacrer tous les moyens possibles. Néanmoins, la DDASS n'a eu les moyens d'aide à l'investissement en faveur de ces structures qu'à partir de la mise en œuvre du plan d'aide à la modernisation, devenu Plan d'Aide à l'Investissement (PAI), géré par la CNSA* ».

Le processus de conventionnement a aussi évolué en fonction du degré d'urgence que lui attribuaient les instructions ministérielles. Ainsi, en 2005, trente CT ont été signées du fait que la date de fin de processus était fixée au 31 décembre 2005. Le report de l'échéance au 31 décembre 2007 n'a été effectif qu'avec la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le 19 décembre 2005. Ce report a eu un effet immédiat sur le faible nombre de CT enregistré en 2006.

La signature des CT implique également une mobilisation synchronisée des acteurs institutionnels. Or, il s'avère qu'au cours de la période concernée cela n'a pas toujours été le cas. Ainsi, la DDASS, entre 2003 et 2005, confrontée à la pénurie de ses effectifs<sup>63</sup>, n'a pas affecté de moyens suffisants pour cette mission. Le service s'est trouvé en difficulté et dans l'incapacité de traiter correctement et en totalité toutes les demandes de CT, au moment où le CG, lui, aurait disposé des moyens nécessaires pour y parvenir. A contrario, la suspension de la mise en œuvre du schéma gérontologique départemental à la fin de l'année 2006, tout comme la possibilité de recours à la tarification forfaitaire des soins par arrêté préfectoral, ont démobilisé le Conseil Général de l'objectif de conclusion

---

<sup>63</sup> Cf. partie 2.2.2, infra

des CT ; alors que les services de la DDASS, restructurés, étaient plus en capacité d'achever le processus.

## **B Après la fin officielle du processus de médicalisation : le recours à la tarification par arrêté préfectoral**

Au cours de l'année 2008, des conventions tripartites sont encore signées, à chaque fois que les conditions le permettent. La tarification forfaitaire des soins par arrêté préfectoral<sup>64</sup>, ne sera mise en œuvre dans le département du Var qu'à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2008, en dépit des instructions réitérées de la DGAS demandant son application sans délai<sup>65</sup>

Au cours des entretiens, le DDASS et les agents du service « Personnes Agées » ont expliqué les raisons de ce décalage : la mise en œuvre de cette tarification d'autorité présente, de leur point de vue, plusieurs inconvénients.

Tout d'abord, elle est ambiguë puisqu'elle se présente comme une étape à la conclusion d'une CT. Dans la pratique, l'alternative que pourrait constituer la fermeture d'une structure est difficilement gérable. En effet, le relogement des résidents incomberait à l'Etat mais ce dernier n'a pas de places réservées pour cette action. En l'absence de moyens en travailleurs sociaux à la DDASS, il nécessiterait une mobilisation des ressources du CG. En outre, les empêchements de souscrire une CT ne sont pas tous de nature à justifier la fermeture. Dans ces cas-là, cette solution est juridiquement discutable, notamment quand le fonctionnement et le service aux résidents sont corrects. C'est prendre le risque d'un contentieux en tribunal administratif.

Ensuite, la loi n'a pas fixé de limite dans le temps à ce type de tarification. De ce fait, un établissement qui ne voudrait pas, ou ne pourrait pas, s'inscrire dans le cadre d'une convention tripartite, pourrait y demeurer assujéti indéfiniment.

De plus, cette tarification finance des soins auparavant pris en charge en ambulatoire. Cependant, l'allocation de ressources ainsi obtenue est moindre que celle pouvant être obtenue dans le cadre de la CT. Ainsi, pour obliger les établissements retardataires à entrer dans la réforme, les ressources financières qui leur sont allouées sont limitées, ce qui restreint la possibilité de recruter du personnel qualifié en nombre suffisant et influe sur la qualité de la prise en charge. Cet argument est toutefois réfuté par la DGAS pour qui cette tarification « *garantit une dotation suffisante pour permettre une médicalisation dans des conditions de qualité qui ne soient pas au détriment des usagers.*

---

<sup>64</sup> rendue possible par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et détaillée par la circulaire interministérielle n°54/DGAS/DSS/2008 du 15 février 2008

<sup>65</sup> Cf. message du directeur de la DGAS aux DDASS et DRASS en date du 8 juillet 2008

*Elle ne devrait pas être revalorisée dans les années à venir. De ce fait, elle a un aspect contraignant pour inciter les établissements réfractaires à rentrer dans le conventionnement de droit commun. Sinon, ils subiront une stagnation de leur dotation ».*

Enfin, la TFSAP incite le partenaire CG à se montrer intransigeant. Il peut s'opposer à la signature de CT avec des structures qui ne présentent pas toutes les garanties de qualité et renvoyer à l'Etat la responsabilité d'imposer, seul, le forfait soins. Ainsi, un responsable de la DDASS précise : *« Si, par la suite, il y a des problèmes dans la gestion, dans le fonctionnement, le CG aura beau jeu de dire qu'il n'y est pour rien, que lui n'a pas voulu s'engager dans le processus de conventionnement. ».*

La quasi impossibilité de fermer certaines structures et la mauvaise solution que constituerait la tarification par arrêté préfectoral impliquent donc, pour la DDASS, la nécessité de continuer à rechercher le consensus avec le CG et justifient que le recours à la TFSAP soit différé le plus tard possible en 2008.

A la date du 2 septembre 2008, la DDASS répertorie 22 établissements qui n'ont pas conventionné et sont concernés par cette procédure. Pour ceux dont le GMP validé avoisinait 400, il leur a été proposé, soit d'opter pour le statut d'EHPAD avec conclusion d'une CT, soit de diminuer sans délai leur GMP sous le seuil de 300 pour rester hors champ de la médicalisation. Pour les structures avec un GMP plus élevé qui ne présentaient pas de difficultés spécifiques, l'arrêté de tarification forfaitaire des soins a été pris au 1<sup>er</sup> décembre 2008. Il ne constitue, en fait, qu'un prélude à la conclusion rapide d'une convention tripartite : certaines sont d'ailleurs en cours de finalisation. Par contre, pour cinq structures, la TFSAP aurait été contre productive compte tenu du manque de lisibilité de leur projet et des doutes sur leur capacité de gestion. Il a été jugé préférable de les maintenir sous la menace d'une procédure de fermeture durant la période de finalisation de leur projet.

Pour comprendre ce que le dispositif de médicalisation a changé dans les conditions d'hébergement des personnes âgées dépendantes, il importe de recueillir l'avis des protagonistes sur le terrain.

## **2.2 Atouts et faiblesses perçus par les acteurs de terrain**

A partir des entretiens réalisés, la présente partie s'attache à analyser ce que les acteurs de terrain, les opérateurs d'abord, puis les institutions locales, retirent de la mise en œuvre de la réforme de la médicalisation ou ce qu'ils en attendent.

### **2.2.1 Le point de vue des gestionnaires : une réforme nécessaire confrontée à des obstacles pour sa mise en œuvre**

Rencontrer des responsables de structures ayant conclu une convention tripartite, et d'autres qui ne l'ont pas encore fait, ou n'envisagent pas d'y recourir, permet de déterminer les aspects qui leur apparaissent positifs dans la réforme et ceux qui, au contraire, constituent des freins ou suscitent la méfiance.

#### **A Les principaux bienfaits de la mise en place des conventions tripartites**

Si l'évocation des apports bénéfiques du conventionnement est unanime ou presque, elle reste assez générale. Les gestionnaires expriment assez rarement une opinion sur un point précis que la réforme de la médicalisation aurait amélioré. La CT est ressentie par tous les gestionnaires comme un progrès indéniable. La directrice d'une maison de retraite privée à but lucratif confirme qu'« à tous points de vue la convention tripartite apporte une amélioration. Elle permet une prise en charge optimale de la personne âgée, un meilleur accueil. Elle a donné une ligne de conduite, des repères à suivre comme le projet de vie, le projet de soins ». Pour le directeur d'une maison de retraite publique : « Conclure la convention était une bonne chose, il y avait un intérêt objectif à passer une bonne convention avec un bon projet institutionnel ».

En premier lieu, elle garantit pour les pensionnaires une bonne prise en charge et un accompagnement tout au long de la journée, avec du personnel qualifié et formé en nombre suffisant. Elle permet, notamment, la mise en place et le développement de la fonction animation. Le directeur de la maison de retraite publique déjà cité le reconnaît : « La convention tripartite a ainsi permis de bénéficier d'un personnel plus nombreux, d'obtenir des ratios d'encadrement supérieurs ».

Ensuite, elle met l'accent sur le respect de normes architecturales adaptées à l'hébergement des personnes dépendantes. Elle renforce la sécurité des résidents. Le gestionnaire de trois établissements de l'aire toulonnaise précise que l'« environnement s'est professionnalisé dans les domaines de la sécurité des résidents, dans les normes vétérinaires, la sécurité incendie, le management ».

Par ailleurs, elle incite à la recherche de l'amélioration continue de la qualité. Parmi les moyens utilisés pour y parvenir, les personnes interrogées citent l'organisation de formations au sein des établissements. Concernant la lutte contre la maltraitance notamment, les structures indiquent que ces formations ont été facilitées par l'obtention, en 2007 de crédits non reconductibles ciblés<sup>66</sup>. Elles mentionnent également la mise en œuvre de la procédure d'évaluation. Toutefois, cette démarche est encore balbutiante.

---

<sup>66</sup> Cf. partie 3.2.3 infra

Les établissements les plus engagés dans le processus conventionnel ont procédé à des évaluations internes, soit par leurs propres moyens en utilisant notamment l'outil d'auto-évaluation « Angélique »<sup>67</sup>, soit en ayant recours à des cabinets d'audit.

La convention tripartite a clarifié aussi la tarification en séparant l'hébergement, la dépendance et les soins dans trois budgets spécifiques et étanches. Cette évolution permet de connaître les coûts de chaque risque et d'encadrer le reste à charge des pensionnaires même si, comme le constate le rapport d'information parlementaire présenté par Madame Paulette Guinchard en 2006<sup>68</sup>, les coûts de l'hébergement restent encore trop élevés et disparates. Pour les responsables d'établissements, le conventionnement a pu être ressenti comme une aubaine pour obtenir de meilleures dotations. Celles-ci ont permis de recruter un personnel mieux qualifié, comme le souligne un directeur d'établissements privés commerciaux : « *Les EHPAD disposent d'une belle dotation pour les dépenses de soins qui permet de prendre en charge correctement la masse salariale* » ; ou d'effectuer des travaux de restructuration ou de mise aux normes, ainsi que l'indique le directeur d'un autre EHPAD : « *La convention tripartite a permis la réalisation de travaux de restructuration pour porter la capacité à 60 lits* ».

Les aspects bénéfiques de la CT sont aussi mentionnés et attendus par les structures qui n'ont pas encore intégré le processus. L'argument d'une meilleure prise en charge des soins tout au long de la journée est notamment mis en avant. La directrice d'une maison de retraite privée commerciale avec SCM, en attente de l'examen de sa demande par les tutelles espère que : « *le passage à la CT apportera un mieux. Il y a trop d'abus. Il faut arrêter, trouver un autre système pour qu'il y ait moins d'argent dépensé n'importe comment. Quand on voit les interventions des libéraux dans l'établissement qui parfois ne sont pas satisfaisantes, trop rapides, pas assez chaleureuses, on en vient à espérer un passage rapide à la CT parce qu'alors on s'occupera dans la totalité des personnes hébergées et on pourra leur apporter une qualité de service, d'attention et de confort* »

Les gestionnaires interrogés font des observations plus ciblées en ce qui concerne les facteurs qui freinent le complet déploiement du dispositif.

---

<sup>67</sup> Acronyme signifiant « Application Nationale pour Guider une Evaluation Labélisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements », ANGELIQUE est un outil développé en juin 2000 par la Mission MARTHE/DGAS/ENSP visant à améliorer la qualité en EHPAD

<sup>68</sup> Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées et présenté par Madame Paulette Guinchard, députée – 17 mai 2006

## **B Des difficultés qui empêchent l'inscription de certaines structures dans le processus**

Plusieurs catégories de difficultés sont pointées par les opérateurs pour expliquer leur réticence ou leur impossibilité de s'intégrer dans le dispositif du conventionnement ou pour justifier le choix de la dérogation à l'obligation de médicalisation pour leur structure.

### **a Réunir les conditions architecturales requises : un problème, notamment pour les PUV et les logements foyers**

Pour les établissements installés dans des locaux anciens, pour ceux non destinés à l'origine à accueillir des personnes en perte d'autonomie, pour ceux trop exigus, respecter l'ensemble des normes architecturales, comme la sécurité incendie, l'habitabilité, l'accessibilité, l'hygiène, s'avère difficile. Lorsque les travaux nécessités sont trop importants, c'est la reconstruction même de l'établissement qui est à envisager.

Les PUV notamment sont affectées par ces réglementations peu adaptées à leur capacité et à leurs ressources<sup>69</sup>. Le problème des PUV est particulièrement sensible dans le Var<sup>70</sup>. Les services de la DDASS et du CG ont procédé, au cours du troisième trimestre de l'année 2007, à la visite de l'ensemble de ces structures pour vérifier leur capacité à s'inscrire dans le processus de la médicalisation. Parmi les obstacles soulevés, celui d'une architecture inadaptée à l'accueil des personnes dépendantes revenait le plus fréquemment : implantation dans deux villas non reliées ; sanitaires, douches notamment, non adaptés à des personnes dépendantes ; chambres exigües, à trois lits, situées en étage sans ascenseur, circulations trop étroites pour les personnes à mobilité réduite.

Leurs gestionnaires argumentent que ces établissements répondent à une demande de proximité. Ils permettent des relations plus conviviales entre soignants et résidents et assurent une prise en charge de qualité pour un coût maîtrisé. C'est l'opinion développée par le directeur d'une de ces structures : « *La prise en charge dans une PUV n'a rien à envier à celle dans un établissement plus important ; au contraire elle est certainement plus humaine. Les petites structures doivent exister, elles ont toutes leur place pour proposer des hébergements de qualité aux personnes âgées dépendantes. Ça plait aux gens* ».

Ils mettent aussi en cause les institutions locales qui les ont incités, il y a quelques années, à investir dans ce type de structures et n'assument pas aujourd'hui le changement d'orientation dans les modes d'hébergement des personnes âgées. C'est la

---

<sup>69</sup> Est considéré comme petite unité de vie tout établissement d'hébergement pour personnes âgées comportant moins de 25 lits

<sup>70</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, sur 37 établissements privés restant à conventionner, 13 sont des PUV - source DDASS 83

thèse soutenue par les associés d'un autre établissement de petite capacité : « *Au moment de la construction, créer une structure de 40 lits était techniquement et financièrement possible mais l'autorisation n'aurait pas été accordée par l'administration : c'était 20 lits, à prendre ou à laisser (...)* A l'époque, il fallait des petites unités de vie et, même si notre projet était différent, seul ce type d'établissement était autorisé. Maintenant, alors que notre investissement n'est pas encore amorti et rentabilisé, on risque de fermer parce que notre entreprise ne répond plus aux priorités du moment. ».

Face aux critiques émises par ces structures, la responsable de la DPAPH argumente que « *les PUV n'ont pas fait la preuve qu'elles sont moins chères que les maisons de retraites classiques et qu'elles apportent un service d'aussi bonne qualité. Il y a vingt ans, les pouvoirs publics ont pu favoriser ou encourager la création des PUV, mais depuis la population a changé. A l'époque, les SCM médicalisaient 25 % des lits au profit d'une population moins âgée et moins dépendante. Aujourd'hui, on ne peut plus tenir le même discours. Les établissements économiquement viables et en mesure de respecter l'ensemble des critères de la médicalisation doivent avoir une capacité de quatre-vingts à cent lits.* ».

Les problèmes architecturaux sont également mis en avant par les responsables de logements-foyers qui ont opté pour rester en dehors du conventionnement. La configuration en studio se prête mal à la médicalisation. Conçus à l'origine pour des personnes valides, ils nécessiteraient des investissements lourds et des modifications notables de leurs équipements pour une mise aux normes EHPAD. Le directeur d'un logement-foyer précise que « *les douches, par exemple, sont munies d'un bac avec un rebord élevé ; il y a de nombreux escaliers qu'on ne peut pas doubler de plans inclinés.* ». La directrice d'un autre établissement confirme que « *cette opération aurait nécessité de gros travaux pour mettre l'établissement aux normes EHPAD(...)* En fait, si une médicalisation devait être réalisée, il serait plus facile de construire une nouvelle structure que de rénover celle-ci ».

Pour les logements foyers, le passage au statut d'EHPAD comporte aussi la contrainte d'une sécurité incendie renforcée (ERP - type J) alors que dans leur cadre actuel, étant considérés comme des lieux d'habitation, ils ne sont pas soumis à la réglementation des établissements recevant du public.

Néanmoins, les motifs qui ont incité nombre de logements foyers à choisir le régime de la dérogation tiennent également à d'autres causes.

## **b La question du classement des logements-foyers en EHPAD**

Sur quarante-cinq logements-foyers recensés dans le Var, trente-neuf ont fait le choix de rester en dehors de la réforme de la médicalisation. Tous les gestionnaires



rencontrés insistent sur le créneau spécifique qu'ils occupent entre le domicile et l'institution médico-sociale, sur le profil et les attentes précises de leurs résidents comme en témoignent la tenue de listes d'attente pour bénéficier d'une place.

Ces établissements répondent à la demande de personnes recherchant, souvent après le décès du conjoint, une solution de résidence pas trop onéreuse, implantée à proximité des centres de vie, en mesure de leur garantir la sécurité et des services, tels que la restauration ou le ménage, qu'elles n'ont plus le désir ou la capacité d'assumer par elles-mêmes. Le directeur d'un logement-foyer indique que *« pour de nombreux marseillais, quand les parents vieillissent, leur placement dans l'établissement constitue souvent une opportunité intéressante : la personne âgée bénéficie de la douceur du climat, d'une ambiance villageoise et tranquille et les enfants peuvent facilement visiter leur proche le week-end »*. L'hébergement en logement foyer permet aussi aux personnes âgées confrontées à l'isolement de conserver une vie sociale et de disposer d'animations. L'intérêt de telles structures tient aussi au fait qu'elles proposent un véritable domicile personnalisé. La directrice d'un établissement du haut Var souligne que *« le logement-foyer essaie de recréer un univers familial : la personne vient avec son propre mobilier, son linge par exemple. »*.

Un autre argument est que la clientèle des logements foyers, le plus souvent valide et autonome, n'a pas forcément envie de cohabiter avec des résidents dépendants, notamment ceux souffrant de pathologies psychiques comme la maladie d'Alzheimer. Un directeur remarque : *« Les résidents font souvent des efforts plus importants pour maintenir leur autonomie afin de garder leur place. Lorsque, malheureusement, ils doivent être orientés vers une structure médicalisée, ils décèdent souvent assez rapidement en dépit des soins plus adaptés qui leur sont prodigués »*.

Cependant, l'existence d'un mode d'hébergement non médicalisé pose la question du devenir des personnes lorsque leur dépendance s'accroît et ne permet plus leur maintien dans le logement-foyer. Les responsables des structures interrogées mentionnent tous une coopération, formalisée ou pas, avec les EHPAD de proximité pour organiser les transferts nécessaires ainsi que des clauses explicites, fixant les limites de l'accueil, inscrites dans le contrat de séjour. Toutefois, ce type de situation n'est jamais facile à gérer compte tenu du sentiment du résident d'être abandonné et des pressions des familles.

### **c Les contraintes liées au personnel**

Si la possibilité d'employer un personnel mieux qualifié, mieux formé et en nombre plus important apparaît comme l'un des apports bénéfiques du conventionnement, les responsables de structures citent la pénurie de personnel qualifié et la limitation des possibilités de recrutement comme des freins au processus de médicalisation. D'autres craignent l'augmentation de la charge de travail et la détérioration

des conditions de travail s'ils n'obtiennent pas un financement suffisant pour recruter le personnel nécessaire. Ainsi, la directrice de la maison de retraite privée commerciale s'interroge : « *Pour l'instant, on reçoit des crédits pour les 25 lits de SCM mais avec la convention tripartite on aura des charges supplémentaires : est-ce qu'on aura les crédits proportionnellement ? L'idéal, pour 50 lits, serait de recruter un nombre de personnels identique mais je ne crois pas que ce sera possible. Les personnels ont peur d'avoir une surcharge importante de travail et de ne plus pouvoir s'occuper des résidents aussi bien que maintenant* ».

Le choix d'une collaboration avec des professionnels libéraux plutôt que le recours à un personnel salarié peut également expliquer la réticence à souscrire une CT. La directrice de deux maisons de retraite, qui n'a pas encore inscrit ses établissements dans le processus de conventionnement, se dit satisfaite de travailler avec des professionnels paramédicaux libéraux et de la qualité des prestations qu'ils assurent. Mais surtout, elle n'a pas à gérer les contraintes liées à l'emploi d'un personnel salarié qui pourrait ne pas avoir la même motivation, la même compétence et être sujet à l'absentéisme, source de dépenses supplémentaires. En outre, l'arrivée de personnels infirmiers salariés est de nature à créer un problème de positionnement hiérarchique vis-à-vis des aides-soignantes (AS) actuellement présentes. En effet, leur recrutement aurait pour conséquence de les rendre responsables d'étage ou de secteur, alors que, jusqu'à présent, cette fonction incombe aux aides-soignantes : ces dernières auraient le sentiment justifié d'une déqualification et de perdre une partie de leurs prérogatives.

Les acteurs de terrain identifient également des freins à la conclusion des conventions tripartites qui tiennent aux formalités administratives à accomplir.

**d La complexité du dossier de convention tripartite : le manque de contact et d'aide de la part des autorités de tutelle**

Certains établissements, notamment ceux de petite taille, privés, ayant peu ou pas de personnel administratif ou de direction formé, estiment que la constitution du dossier de convention est trop complexe. Elle nécessite le recours, onéreux, à des cabinets conseils spécialisés. La complexité du dossier et son coût, pour un résultat aléatoire quand les structures présentent des difficultés au regard des critères recherchés, explique que plusieurs gestionnaires aient attendu la dernière limite pour entreprendre la démarche de conventionnement. La directrice d'une maison de retraite privée précise ainsi : « *Le dossier de CT est énorme, c'est un travail très important qui est demandé aux maisons de retraite* ». Cette critique est corroborée par les associés d'un autre établissement pour qui « *le dossier de convention tripartite est trop compliqué à monter uniquement par nos propres moyens. Pour les services d'un cabinet conseil, il faudrait compter 8000 €. C'est très cher, surtout sans avoir la garantie d'y arriver. Aussi,*

*pour l'instant nous attendons que les autorités compétentes reprennent contact avec nous. ».*

Toutes les structures rencontrées déplorent aussi un manque de communication de la part des autorités de tutelle. Le dépôt d'un dossier de convention tripartite ne donne pas lieu à une lettre d'accusé de réception indiquant le délai d'instruction ou réclamant les pièces manquantes. Ainsi, une responsable d'établissement précise : *« On a fait l'an dernier une demande de convention tripartite à la DDASS et au CG. On m'a répondu qu'on avait bien reçu le dossier, mais depuis, plus de nouvelles. En l'absence de réponse des tutelles, on a effectué une relance. On nous a dit qu'il y avait énormément de dossiers à traiter, qu'il y avait beaucoup de retard, que dans un premier temps il fallait procéder au renouvellement des CT qui arrivaient à expiration et que l'examen des nouvelles demandes passerait après. ».*

En 2007, les PUV ont fait l'objet d'un contrôle mais, en retour, elles n'ont pas été informées de la possibilité, pour elles, d'obtenir ou non la convention tripartite. En conséquence, les plus circonspectes attendent que les autorités se manifestent, au risque de se voir appliquer d'autorité une tarification par arrêté préfectoral. Les associés d'une PUV relatent qu'*« en octobre 2007, une équipe de trois personnes du CG et de la DDASS a visité l'établissement. Elle a posé beaucoup de questions et a indiqué verbalement qu'une convention était envisageable. Et puis plus rien. Pas de courrier, pas de demande complémentaire, pas de conseil pour préparer le dossier. En fin d'année 2007, nous avons envoyé au CG le dossier que nous avons : à ce jour nous n'avons pas eu de réponse. »*

Les établissements non encore conventionnés se plaignent aussi de devoir élaborer seuls leur GMP sans que l'équipe médico-sociale du CG procède à la validation de ce critère pourtant essentiel pour définir l'obligation ou non de médicaliser. La directrice d'un logement-foyer constate ainsi que l'*« équipe médico-sociale du Conseil Général a bien réalisé un « GIRage » il y a plusieurs années, mais il n'a jamais été réactualisé. Cette situation est gênante car le « GIRage » est très subjectif ».*

#### **e Un financement insuffisant**

Les dirigeants d'établissements rencontrés sont critiques quant aux financements dont ils peuvent bénéficier dans le cadre de la convention tripartite. Certains estiment que les budgets « dépendance » et « soins » ne prennent pas en charge les surcoûts tels que par exemple ceux liés à l'informatisation des dossiers médicaux ou au travail de secrétariat médical suscité par l'intervention des médecins traitants. Ces surcoûts reposent de ce fait sur les résidents via le budget « hébergement ». D'autres mettent en avant une insuffisance de moyens pour faire face aux frais de personnel. Les associés de la maison de retraite déjà cités insistent sur le fait qu'*« il y a un déséquilibre énorme entre*

*l'allocation de moyens prévue par la réforme et les charges induites par l'emploi de personnel salarié : ça met en cause, non seulement la rentabilité de l'entreprise, mais sa viabilité même ».*

Les gestionnaires pointent aussi la difficulté à s'engager et à faire confiance aux financeurs quand les règles d'allocation budgétaire sont unilatéralement modifiées. La responsable d'un logement-foyer avec SCM considère « *que les établissements n'ont pas de visibilité sur les financements dont ils peuvent disposer* ». Elle prend pour exemple la réintégration des dispositifs médicaux à compter du 1<sup>er</sup> août 2008.

Les difficultés énoncées par les établissements pour ne pas souscrire une convention tripartite renvoient souvent au rôle et aux responsabilités des autorités de tutelle. Aussi, il convient de s'arrêter maintenant sur les freins qui émanent des institutions locales chargées de conduire la réforme de la médicalisation.

## **2.2.2 La cogestion par les autorités de tarification : des pratiques et des intérêts parfois contradictoires**

La mise en œuvre de la réforme de la médicalisation, au moyen de l'outil que constitue le conventionnement tripartite, s'est heurtée à des freins générés par les institutions dont la mission était justement de promouvoir et de mener à bien cette médicalisation. Certaines difficultés émanent intrinsèquement des institutions locales, d'autres tiennent aux relations et aux partenariats entre elles.

### **A L'organisation non stabilisée des acteurs institutionnels**

Les autorités en charge localement de la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées hébergées, les services déconcentrés de l'Etat et ceux du CG, n'ont pas pu mener complètement la réforme de la médicalisation à son terme en raison d'organisations de travail non stabilisées et de la gestion d'engagements juridiques litigieux.

L'évolution de l'organisation des services de la DDASS pendant le déploiement de la réforme explique pour partie la situation actuelle du conventionnement dans le Var. Lorsque le rapport Briet/Jamet<sup>71</sup> a préconisé le renforcement du rôle des départements pour la gestion de la perte d'autonomie, la DDASS a prioritairement déployé ses effectifs sur les domaines qui devaient continuer à relever de la compétence de l'Etat, au détriment des missions relatives au médico-social. Le service « personnes âgées »,

---

<sup>71</sup> Rapport de la mission de préfiguration de la CNSA conduite par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet – Mai 2004

fragilisé par l'absence du cadre A titulaire, a fonctionné uniquement avec l'agent « contractuel EHPAD », aidé de deux cadre B.

Pour accompagner la montée en charge des conventions tripartites, les DDASS ont, en effet, été autorisées à recruter des agents contractuels, pour une durée de trois ans. Néanmoins, il fallait du temps pour qu'ils deviennent réellement opérationnels et qu'ils s'approprient la logique et la culture administrative. La montée en charge du dispositif s'est avérée plus longue que prévue du fait des multiples reports déjà évoqués. A l'échéance triennale, la question du renouvellement des contrats ou d'une nouvelle procédure de recrutement s'est posée. Les services ministériels n'ont tranché en faveur de la seconde option qu'après de longs mois d'hésitation. Les DDASS ont dû alors recommencer un cycle d'intégration de nouveaux agents. Or, pendant ce temps, les demandes d'autorisation parvenaient à un rythme soutenu, compte tenu des objectifs de création de places affichés dans le schéma gérontologique départemental alors en vigueur. L'instruction des dossiers a pris du retard. Le traitement des situations n'a pas été aussi approfondi que souhaitable. Des décisions contestables ont été prises.

Parmi les « errements juridiques » de cette période, il convient de noter que la rédaction des arrêtés conjoints d'autorisation de création des EHPAD était sujette à caution. En effet, l'arrêté s'intitulait « arrêté d'autorisation de création d'un EHPAD ». L'article 1 le confirmait alors que l'article 2 précisait que l'autorisation de délivrer des soins n'était pas accordée compte tenu des dotations financières insuffisantes. Pour finir, certains arrêtés ont pu préciser que la situation serait revue au moment de la visite de conformité ! Ainsi, des promoteurs ont pu considérer qu'ils pouvaient engager des travaux de construction, programmer des investissements, alors que, dans le même temps, ils n'avaient aucune assurance de disposer d'une autorisation pour les soins lorsqu'ils seraient prêts à ouvrir leur établissement. Le régime d'autorisation applicable aux EHPAD prévoit que les projets de création ayant reçu un avis favorable du CROSMS mais pour lesquels la DDASS ne dispose pas des crédits de fonctionnement doivent faire l'objet d'un arrêté de rejet pour défaut de financement et être inscrits sur une liste départementale conjointe de classement en vu de leur financement ultérieur.<sup>72</sup> Toutefois, dans le cas d'espèce, il ne s'agissait plus d'une simple inscription mais d'un engagement juridique formel susceptible de produire des effets de droit constatés par le juge administratif.

De même, des engagements relatifs à des autorisations de places supplémentaires ont pu être actés dans le cadre de la négociation des CT. Or, les dispositions légales subordonnent de telles autorisations à l'avis préalable et obligatoire du CROSMS<sup>73</sup> et à la disponibilité des crédits. Les signataires des conventions tripartites

---

<sup>72</sup> CASF – Articles L.31364 et R.313-9

<sup>73</sup> CASF – Articles L.313-1 et R.312-189

ne pouvaient pas s'engager a priori sur des créations qui relevaient d'une procédure non contractuelle. En outre, de tels engagements avaient pour conséquence de gager des moyens pour l'avenir au détriment de projets nouveaux.

Pour la conclusion des conventions tripartites, s'agissant d'un domaine d'intervention partagé, cette désorganisation a entraîné l'abandon au CG de certaines tâches, comme la définition du contenu des conventions ou la rédaction des arrêtés. La médicalisation n'a plus été considérée comme prioritaire : il fallait gérer l'urgence.

Aussi, en 2006, la DDASS a procédé à une réorganisation de crise. Les services médico-sociaux, jusque là partie intégrante du service des « établissements », ont constitué le service « handicap et dépendance » d'un nouveau pôle social et médico-social. Les différentes missions du service ont été réparties entre trois unités fonctionnelles. La première, sous la responsabilité d'un IASS, était spécialisée dans la planification et la programmation des équipements. A ce titre, elle assurait l'instruction de tous les projets de création, extension soumis au régime des autorisations sur les deux champs « personnes âgées et handicapées », le contentieux des autorisations, les dispositifs d'aide à l'investissement (contrat de plan Etat / Région, PAI) et œuvrait à l'élaboration du PRIAC. Les deux autres, sous l'autorité chacune d'un IASS, avaient en charge l'ensemble des opérations d'allocation de ressources et de suivi des établissements ; l'une pour les personnes handicapées, l'autre pour les personnes âgées. A cette dernière, était rattaché l'agent contractuel EHPAD, en lien direct avec le chef de service, pour poursuivre la politique du conventionnement tripartite. Cette organisation présentait l'intérêt de la spécialisation des agents sur une thématique bien définie, de développer les compétences, et de prendre le temps de « revisiter les procédures », en préservant un domaine d'intervention bien identifié pour chaque agent. Toutefois, elle obérait l'appréhension rapide de la politique globale à mener en faveur des personnes âgées.

Cette organisation a été conçue dès le début à titre provisoire et temporaire, pour apurer le retard et gérer les situations délicates générées par les engagements litigieux susmentionnés. L'objectif étant de revenir le plus rapidement possible à une gestion cohérente afin d'achever le processus délaissé de la médicalisation. Elle a pu récemment évoluer<sup>74</sup>.

Des entretiens et entrevues obtenus avec les services du CG, il ressort que cette institution connaît, elle aussi, des tensions avec les effectifs en charge des missions relatives à l'hébergement des personnes âgées. Ces tensions sont d'apparition plus récente et semblent plus conjoncturelles. Elles affectent notamment l'équipe médico-

---

<sup>74</sup>Cf. infra – partie 3.1.2 afférentes aux préconisations

sociale chargée de valider le GMP des établissements ainsi que le service de la tarification mais aussi l'échelon chargé du management.

Les difficultés pour achever le conventionnement initial des EHPAD tiennent également dans la mobilisation des financements et dans les calendriers budgétaires qui ne sont pas toujours concordants.

## **B Des possibilités de financement et des calendriers budgétaires qui ne sont pas en phase**

Pour mettre en œuvre la réforme de la médicalisation des EHPAD, les acteurs institutionnels locaux n'ont pas toujours au même moment, les mêmes priorités de financement. Ainsi, au début, les services déconcentrés ne savaient pas précisément comment serait financé le dispositif. Au même moment, le CG disposait de marges de manœuvre beaucoup plus conséquentes du fait que l'APA n'était pas encore montée en puissance. Ensuite, avec la création du fonds géré par la CNSA et alimenté notamment par la journée de solidarité<sup>75</sup>, l'Etat et ses services déconcentrés ont obtenu des crédits nécessaires pour achever la médicalisation des EHPA. Toutefois, concomitamment, le CG, constatant la charge de plus en plus lourde qui lui incombait pour la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées, entendait rationaliser ses dépenses.

Les calendriers budgétaires de l'Etat et les collectivités territoriales, aussi, ne sont pas accordés. Ainsi, les arrêtés de tarification des établissements pris par le CG sont notifiés dès le début de l'exercice. A contrario, les DDASS ne connaissent la dotation de la CNSA pour les dépenses de soins que beaucoup plus tardivement, jusqu'à présent, dans le courant du mois de mai. Elles ne peuvent donc établir les arrêtés de tarification « soins » qu'à partir de ce moment là. Souvent, la campagne budgétaire empiète sur le troisième, voire le quatrième trimestre de l'exercice en cours. Cette différence de calendrier est préjudiciable aux établissements qui n'ont pas une connaissance synchrone des différents éléments de la tarification.

Elle pose notamment problème pour les dépenses réparties sur deux sections tarifaires distinctes, comme celles afférentes à l'emploi des aides soignantes et des aides médico-psychologiques (AMP). Ainsi, en 2008, la modification de la tarification de la section « soins » prenant en compte la coupe « PATHOS », ou tarification au GMPS, permettrait de recruter ce type de personnel. Toutefois, le budget d'ores et déjà arrêté par le CG n'a pas prévu d'abonder la part de ces emplois qui lui incombe. D'autant que cette collectivité s'estime placée devant le fait accompli. En effet, la modification du forfait soins

---

<sup>75</sup> Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

a été décidée unilatéralement par l'Etat<sup>76</sup> alors que, par le jeu des emplois partagés entre deux sections tarifaires, elle implique de facto le CG.

En outre, le recours à la tarification au GMPS doit concerner les établissements qui renouvellent leur convention tripartite. Certains, qui avaient signé une convention dès la mise en œuvre du dispositif, sont dans cette situation. Or, le CG refuse d'étudier le renouvellement des CT tant que la première phase du conventionnement n'est pas achevée. Dans l'attente, les établissements concernés sont privés du bénéfice d'une tarification plus adaptée à la prise en charge des soins nécessités par leurs résidents. Pour pallier cette conséquence non imputable aux gestionnaires, la DDASS a décidé d'octroyer sans attendre la tarification au GMPS aux structures qui y seraient éligibles. Toutefois, cette décision présente plusieurs écueils. Tout d'abord, l'octroi de la tarification au GMPS fait partie de la négociation conventionnelle : l'accorder en dehors du cadre de la CT, même en l'assortissant d'un contrôle de l'utilisation des moyens, présente le risque de vider la convention de sa raison d'être. Ensuite, faute de pouvoir servir au recrutement d'AS ou d'AMP, l'amélioration de la dotation soins va être utilisée pour d'autres emplois financés uniquement sur le budget « soins », comme par exemple des infirmières (IDE), même si les besoins pour ce type de personnel sont moins aigus. A terme, il existe un risque de distorsion entre les établissements qui auront bénéficié du GMPS avant le renouvellement de la CT et ceux qui l'auront négocié dans les formes. Enfin, même si la décision de la DDASS se justifie en équité et préserve la crédibilité des pouvoirs publics d'affecter les ressources nécessaires pour augmenter progressivement le taux d'encadrement des EHPAD<sup>77</sup>, elle méconnaît la directive de la DGAS de lier la tarification au GMPS au renouvellement des conventions tripartites.

Dans le champ de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, le Conseil Général et l'Etat sont des partenaires indissociables et l'intervention de l'un retentit obligatoirement sur celle de l'autre. Lorsque les intérêts ou les priorités ne sont pas les mêmes, ce partage ne va pas sans créer de tensions susceptibles d'affecter la bonne administration du secteur.

## **C Des priorités différentes qui rendent le dialogue entre les institutions indispensable mais difficile**

Lorsque l'on interroge les acteurs institutionnels, les relations entre les services déconcentrés de l'Etat et le CG sont officiellement sereines. La DDASS loue la collaboration exemplaire avec le CG en 2006, lors de sa réorganisation de crise. Toutefois,

---

<sup>76</sup> Circulaire interministérielle n°54/DGAS/DSS/2008 du 15 février 2008

<sup>77</sup> Le PSGA prévoit de passer d'un ratio moyen d'encadrement de 0,57 ETP à un ratio de 0,65 ETP pour un résident à l'occasion du renouvellement des CT.



il apparaît que le dialogue et la coopération sont souvent difficiles. Les raisons pour lesquelles la première phase de la médicalisation n'est pas achevée et que la deuxième n'a pas encore débuté sont toujours de la responsabilité du partenaire.

Par exemple, la finalité recherchée dans la conclusion des conventions tripartites n'est pas identique pour les deux autorités. Pour la DDASS, le conventionnement est un moyen de faire entrer les établissements dans le processus vertueux de la médicalisation, de l'amélioration continue de la qualité, dans un cadre budgétaire maîtrisé. Les objectifs constituent une cible sur laquelle le gestionnaire s'engage et sera évalué : l'important c'est d'intégrer le dispositif et sa logique. A l'inverse, pour le CG, les objectifs de la CT sont impératifs. Ils constituent le socle minimum que l'établissement s'engage à atteindre. Il n'est donc possible de signer une convention qu'avec les structures qui sont en capacité de respecter les engagements pris, voire qui les ont atteints avant même la signature. Pour les autres, il faut envisager la fermeture ou la restructuration et, dans l'attente, il appartient à l'Etat de prendre la responsabilité de les tarifer au forfait par arrêté préfectoral. Le fait pour le CG de ne pas avoir à assumer la responsabilité d'une tarification d'office lui permet d'être intransigeant sur la qualité des projets de CT. Les services de l'Etat, eux, ont une obligation de résultat par rapport aux objectifs fixés par les pouvoirs publics d'achever le processus de médicalisation en 2008. Cette divergence stratégique est confirmée par le DDASS : *« Le CG ne veut signer des CT que si les objectifs qu'elles contiennent sont certains d'être réalisés, ce qui signifie que dès avant la signature on a vérifié la possibilité de les concrétiser entièrement. La DDASS, elle, veut au contraire se servir de la CT pour inciter l'établissement à engager une réflexion et des efforts pour tendre vers des objectifs cibles, même si, au final, il s'avérait que tous ne pouvaient pas être atteints »*. La responsable de la DPAPH indique aussi : *« Tous les établissements éligibles devaient signer leur CT avant le 31 décembre. Toutefois, si le CG était d'accord avec l'objectif, il avait le souci que la qualité des dossiers soit maintenue et n'était pas disposé à signer les CT à tout prix, dans n'importe quelles conditions. Le CG s'est donc opposé à la signature de certaines CT estimant de la responsabilité de l'Etat et de la collectivité territoriale de ne pas cautionner des écarts à la norme trop importants. »*.

Sur le plan des autorisations, l'approche est également divergente. Le CG, a suspendu le précédent schéma gérontologique qui prévoyait la création de 3.000 places d'hébergement et n'a pas repris cet objectif dans le nouveau. Il pointe la carence de financement au titre des soins et les faibles possibilités offertes par le PRIAC comme causes principales du ralentissement du rythme de création de nouveaux établissements. La responsable de la DPAPH indique : *« Avec l'Etat, le CG est souvent mis devant le fait accompli. Ainsi, pour le PRIAC, même si l'objectif n'est plus de créer un nombre de places important, comment le CG peut s'engager, sur quels critères lorsque seulement 58 places sont réservées au département pour 2008 qui ne suffiront pas à résorber les places*

*autorisées en attente et à garantir les extensions de capacité ». Le DDASS ne partage pas ce point de vue : « Le CG a une vision politique, voire politicienne, de la médicalisation alors que l'Etat a une approche plus stratégique, de réponse territoriale et d'égalité entre les territoires, qui dépasse le cadre départemental. Globalement, même s'il y a un déséquilibre entre l'offre d'hébergement privée commerciale abondante et l'offre publique, le Var ne nécessite plus que la création d'un EHPAD par an, comme le préconise d'ailleurs le PRIAC. Mais cette logique défendue par l'Etat se heurte aux intérêts politiques locaux, chaque maire voulant disposer sur sa commune de sa maison de retraite : c'est créateur d'emplois et de ressources pour la commune, c'est une réalisation qui satisfait l'électorat et, en fonctionnement, le coût pour la commune est très faible. »*

Sur le plan des financements aussi, les deux institutions revendiquent chacune assumer la plus lourde charge et minimise le rôle du partenaire. Le DDASS remarque ainsi que *« l'analyse des charges incombant effectivement au CG montre que ce dernier ne paie en définitive, que pour l'aide sociale et pour les aides à l'investissement. La part de financement la plus importante est assurée par l'assurance maladie sur tarification de l'Etat ».*

Comme l'indique la responsable de la DPAPH, le dialogue est indispensable, puisque *« l'Etat et le Conseil Général sont très liés pour mettre en œuvre le processus de médicalisation ».* Cependant, le DDASS explique que *« la réussite ou non d'une médicalisation rapide tient à la capacité de mobiliser le partenaire CG. L'un des freins, ténu, diffus, mais bien réel, c'est les relations compliquées avec le CG. Face au CG et à son rôle de chef de file de la politique gériatrique, il faut que les services de l'Etat aient leur propre doctrine ».*

Si les acteurs de terrain génèrent ou ressentent des freins pour l'achèvement de la réforme de la médicalisation, le dispositif contient aussi ses propres limites. Pour dépasser les obstacles qui entravent la fin du processus de conventionnement, plusieurs propositions peuvent être émises. Certaines, d'application locale relèvent de la compétence d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale. D'autres nécessitent des décisions à l'échelon national et sont à replacer dans la perspective des évolutions annoncées qui vont affecter sphère sanitaire et sociale.

### **3 LEVIERS D'ACTION ET PERSPECTIVES POUR ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS FUTURES**

Au terme de l'analyse des difficultés de mise en œuvre du processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées, telles qu'elles ont pu être perçues dans le département du Var, il s'avère opportun de pointer des limites propres à la réforme et de présenter des propositions susceptibles d'améliorer le dispositif. Il conviendra également de mettre en exergue le rôle de l'inspecteur dont la mission se situe au cœur de cette problématique. Enfin, il sera intéressant de se projeter dans le futur proche et d'envisager le devenir de la politique en faveur des institutions médico-sociales dont celles pour les personnes âgées, dans la perspective des évolutions réglementaires annoncées.

#### **3.1 Des freins à dépasser et des pistes d'amélioration à développer**

Si certains freins, certaines réticences sont imputables aux acteurs de terrain, il est possible de relever des blocages qui tiennent à l'économie de la réforme elle-même. Des préconisations peuvent être avancées qui permettraient d'achever la phase initiale de la médicalisation.

##### **3.1.1 Les limites intrinsèques au dispositif**

Les gestionnaires d'établissements rencontrés, comme les représentants des institutions, mais aussi les interlocuteurs de la DGAS mentionnent des difficultés qui tiennent à la conception même du dispositif de la médicalisation. Les premières ont trait à la tarification, les secondes à la complexification réglementaire.

#### **A L'intérêt discutabile d'un champ de compétence partagé : l'exemple de la répartition de certains emplois sur deux sections tarifaires distinctes**

La réforme tarifaire, initiée par les décrets du 26 avril 1999, a ventilé les charges afférentes à certaines catégories d'emplois entre différentes sections budgétaires. Ainsi, les dépenses relatives à l'emploi des AS et des AMP sont valorisées pour 70% au titre de la section « soins » et à 30% au titre de la section « dépendance ». Le budget « soins » dépend d'un tarif arrêté par la DDASS et de ressources versées par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM. Le budget « dépendance » relève d'un tarif arrêté par le CG et réglé par le résident avec l'aide éventuelle de l'APA ; cette dernière étant versée par le CG. En conséquence toute création de poste d'AS ou d'AMP nécessite l'accord conjoint des deux autorités de tarification. Les difficultés qui résultent de cette répartition ont été

évoquées précédemment<sup>78</sup>. Elles interpellent quant à l'intérêt, l'utilité, d'un champ de compétence partagé entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Les divergences d'approche relatives à la philosophie, au contenu et à la conclusion des conventions tripartites analysées plus haut<sup>79</sup> vont également dans le même sens. Les gestionnaires d'établissements évoquent les lourdeurs engendrées par une tutelle bicéphale : les transmissions simultanées des dossiers aux deux autorités avec parfois des exigences différentes, la multiplication des interlocuteurs, la difficulté d'obtenir des informations identiques.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2005<sup>80</sup>, relève que « *l'existence de plusieurs financeurs introduit une source de difficultés supplémentaires et entrave une vision d'ensemble de la conduite de chaque projet. Pour les gestionnaires d'établissements eux-mêmes, une telle pluralité d'interlocuteurs crée des difficultés liées à l'insuffisante articulation des cofinancements et à l'absence de synchronisation des calendriers budgétaires des différents acteurs : cette complexité engendre des retards dans la réalisation des projets et contribue à expliquer les limites de la réforme.* ».

Ces facteurs influent négativement sur la dynamique du processus de médicalisation et, perçus ou subis par les gestionnaires, rendent ces derniers circonspects avant de s'engager, notamment quand, de surcroît, ils considèrent le dispositif trop complexe.

## **B Un manque d'accompagnement de la réforme et une réglementation de plus en plus contraignante en perpétuelle évolution**

La réforme de la médicalisation des EHPAD a donné lieu à une multiplicité de textes, législatifs et réglementaires, à des directives et circulaires d'application nombreuses. Cette accumulation de textes a progressivement complexifié un dispositif initial, simple dans son principe et dans ses objectifs. L'outil du conventionnement, présent dès la loi du 24 janvier 1997, a été aménagé par la loi du 20 juillet 2001 et a pu réellement se concrétiser avec la réforme du champ médico-social, objet de la loi du 2 janvier 2002. Le mode de tarification a été défini par les décrets du 26 avril 1999. Il connaît depuis, de multiples évolutions au gré des lois de financement de la sécurité sociale et des circulaires de tarification. Les normes applicables, par exemple, en matière de sécurité incendie, de sécurité énergétique, de sécurité alimentaire, d'accessibilité, dont le respect est examiné dans le cadre de l'instruction des conventions tripartites et

---

<sup>78</sup> Cf. partie 2.2.2.B, supra

<sup>79</sup> Cf. partie 2.2.2.C, supra

<sup>80</sup> Cour des comptes – Les personnes âgées dépendantes – Rapport au président de la République – novembre 2005 – p99

l'évaluation, sont de plus en plus draconiennes. L'ensemble de ces règles, qui ne sont pas toutes stabilisées, contribue à ce que la réforme ne soit pas lisible et complètement assimilée de tous les acteurs, en dépit du temps écoulé depuis sa parution. Les responsables d'établissement l'ont souligné au cours des entretiens<sup>81</sup>. Le DDASS aussi, précise que « *la réforme est montée en puissance de manière progressive. Il a fallu lever les obstacles et s'approprier de nouvelles façons de procéder au fur et à mesure de la parution des textes. Au départ, les services déconcentrés ne savaient même pas comment serait financée la réforme. L'approche en avait été faite par le ministère sur un mode macro-économique, technocratique, sans mesurer les conséquences locales de la mise en œuvre* »

Si l'administration centrale a bien mis en place, en 1999, la mission MARTHE<sup>82</sup>, pour accompagner la montée en charge de la réforme, celle-ci a cessé ses activités en 2003. Les services déconcentrés ont eu peu d'outils à leur disposition, ou de manière trop fragmentée, pour s'approprier la réforme et la conduire de manière homogène sur tout le territoire. Ainsi, comme le souligne la Cour des comptes<sup>83</sup>, certains outils méthodologiques nécessaires à la conduite de la réforme n'ont été communiqués aux DDASS qu'en 2003. D'autres, comme une convention tripartite type, n'ont jamais été proposés. Pour le renouvellement des conventions, la DGAS confirme qu'« *il n'y aura pas, a priori, de cahier des charges national, donc pas de modèle de convention : il appartient aux DDASS et aux CG de rédiger localement leur propre convention. La CT de seconde génération pourrait donc reprendre la trame de la convention initiale, complétée de son bilan, notamment du niveau d'atteinte des objectifs établi à partir de l'outil ANGELIQUE* ».

Cet accompagnement non linéaire et insuffisant se poursuit avec l'annonce récente de la mise à disposition des DDASS du dispositif « SOS CONVENTION », pour régler les difficultés spécifiques des établissements qui ne sont pas encore entrés dans la réforme. De l'aveu même de la DGAS, ce service est utilisé à mauvais escient. Les DDASS y ont recours pour obtenir des renseignements sur la mise en œuvre des textes ou des dispositions tarifaires. Les agents de la DDASS du Var, interrogés sur l'intérêt d'un tel outil et l'usage qu'ils en ont, se montrent dubitatifs ou méfiants sur l'aide réelle que ce service pourrait leur procurer. Ils craignent de perdre la maîtrise, le suivi des dossiers concernés mais surtout du temps. Ils expriment du scepticisme sur sa capacité à proposer des solutions adaptées à une réalité locale sans avoir une connaissance fine et exhaustive du contexte. Dans la pratique, ils ne l'ont pas sollicité.

---

<sup>81</sup> Cf. partie 2.2.2 supra

<sup>82</sup> Mission d'accompagnement de la réforme de la tarification des EHPAD

<sup>83</sup> Rapport de la Cour des comptes – Novembre 2005 – op.cit.

Différentes préconisations peuvent être élaborées à partir des freins et des limites identifiés, notamment dans l'analyse de la situation varoise, pour améliorer la mise en œuvre de la médicalisation de l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

### **3.1.2 Des propositions qui permettraient d'achever le processus et de dynamiser la phase des renouvellements de conventions**

Les propositions présentées ne sauraient avoir un caractère exhaustif mais ont plutôt une valeur illustrative pour démontrer que la réforme de la médicalisation et ses outils sont perfectibles pour une meilleure efficacité. Certaines sont déjà en application ou en devenir et dépendent d'une mise en œuvre locale, d'autres nécessitent des modifications légales ou réglementaires.

#### **A Des préconisations qui relèvent d'initiatives locales**

Plusieurs propositions peuvent être mises en œuvre par les institutions départementales afin d'appliquer les directives nationales et les règles de droit mais aussi pour enclencher une dynamique régionale de mutualisation.

##### **a Respecter les exigences légales**

En dépit du recours, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2008 seulement, à la tarification forfaitaire des soins par arrêté préfectoral, tous les établissements varois n'auront pas intégré le processus de médicalisation à l'échéance fixée du 31 décembre 2008<sup>84</sup>. L'objectif fixé de 100% d'établissements médicalisés ne sera donc pas atteint dans le Var à cette date. La conclusion d'une CT ou la tarification d'office par arrêté préfectoral des cinq structures concernées, voire leur éventuelle fermeture, constitue un impératif à mettre en œuvre sans délai, dès le début de l'année 2009. Outre le respect d'une disposition obligatoire, l'achèvement du conventionnement initial permettra d'enclencher le processus de renouvellement des CT. En définissant le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, il sera précisé les moyens qu'il peut mettre en œuvre pour y parvenir.

Les gestionnaires d'établissements ont regretté le manque de communication des autorités de tutelle, l'absence d'information concernant l'état d'avancement de l'instruction de leur dossier de conventionnement<sup>85</sup>. La demande de convention tripartite étant adressée à des autorités administratives, les dispositions de la loi du 12 avril 2000<sup>86</sup> doivent être appliquées. Un accusé de réception doit être établi pour fixer le terme du délai d'instruction ou indiquer au demandeur l'ensemble des pièces manquantes. Par

---

<sup>84</sup> Cf. partie 2.1.2.B supra

<sup>85</sup> Cf. partie 2.2.1.B.d

<sup>86</sup> Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relatives aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

extension, même s'il ne s'agit pas au sens propre d'une mission d'inspection, il serait souhaitable que chaque visite d'établissement, telle que celles organisées au cours du troisième trimestre 2007 pour vérifier la capacité des PUV à rejoindre le dispositif du conventionnement, fasse l'objet d'un rapport ou d'un communiqué. Ce dernier, devrait être adressé à la structure concernée afin qu'elle connaisse officiellement la position de l'administration et puisse y répondre ou la contester. Il permettrait, également, qu'elle dispose d'une information exhaustive sur les formalités qu'elle a accomplir et les délais impartis. Les administrations, outre leurs compétences d'instructeurs et leur pouvoir de contrôle, doivent aussi avoir un rôle de conseil au plus près des sollicitations des usagers ; au cas d'espèce, les gestionnaires d'EHPAD.

## **b Mutualiser des compétences au sein de la région**

La démarche a été initiée par la DRASS après une longue période durant laquelle les DDASS ont eu l'impression d'être délaissées, livrées à elles-mêmes tant au niveau de la méthodologie à mettre en œuvre que de la coordination des actions. Dans la perspective de la création prochaine des agences régionales de santé (ARS), le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) a identifié, comme nécessité et priorité, l'obligation de mettre les structures de l'Etat en ordre de marche et d'avoir une action claire et lisible dans le domaine médico-social. Deux pilotes, les DDASS des Bouches du Rhône et du Var ont été désignés pour conduire ce projet.

La mutualisation peut revêtir différentes formes. Elle peut proposer aux DDASS un appui technique dans le processus de négociation des CT en définissant un cadre juridique sécurisé pour l'élaboration de la convention ou la visite d'établissement par exemple. Ce cadre juridique pourrait être ensuite décliné et aménagé dans tous les départements. Elle peut aussi être conçue comme un espace de partage, de confrontation de pratiques et d'idées, d'échange d'expériences ou d'outils. Elle peut également déboucher sur la réalisation, par un échelon ou un département, de tâches communes aux différents services locaux. En effet, elle ne s'entend pas nécessairement comme une réorganisation des missions au niveau de la DRASS mais, au contraire, peut valoriser les réalisations d'une DDASS au profit des autres. La mutualisation peut aussi favoriser le développement de référents sur des thématiques ciblées. Ces derniers pourraient être consultés par les autres services en charge de la mise en œuvre des mêmes missions dans leurs départements respectifs.

Pour déterminer quelle forme, quelles orientations cette mutualisation pourra prendre, il convient dans un premier temps, de procéder à l'état des lieux des services, au recueil des forces et des faiblesses, des méthodes de travail et des organisations dans chaque direction. Le rôle des pilotes dans cette première phase prend du temps sans encore produire d'effets positifs perceptibles. Il est pourtant essentiel pour susciter l'intérêt

et l'engagement des équipes, puis maintenir leur mobilisation. Cette démarche devrait aboutir ensuite à une analyse et à une synthèse partagée à partir desquelles il sera possible de définir les axes d'amélioration, de progression ou de mutualisation à mettre en place.

A partir de cette mutualisation, une nouvelle architecture des missions sur le champ médico-social, un nouveau partage de compétences entre les échelons régional et départementaux pourrait se constituer.

Au premier serait confiée l'élaboration des outils de planification et de programmation, dont notamment le PRIAC, afin d'avoir une approche non plus centrée sur la seule vision des départements, laquelle reflète souvent des intérêts de politique locale, mais sur la prise en compte d'une logique de territoires et d'égal accès aux services et établissements pour l'ensemble de la population. Le niveau régional serait également chargé de l'ensemble des opérations de tarification : la répartition des moyens attribués par la CNSA, l'examen des demandes de financement des établissements, la prise des arrêtés de tarification. C'est-à-dire les tâches qui gagneraient à être harmonisées et automatisées. Il assurerait aussi la programmation des inspections.

Aux seconds, implantés au niveau local, seraient dévolues les missions qui requièrent de la proximité, le contact direct et régulier avec les gestionnaires, les visites d'établissements. Il s'agit notamment de l'instruction des demandes d'autorisation, de la réalisation des visites de conformité, de l'élaboration et du suivi des conventions tripartites, du suivi des démarches d'évaluation et de la réalisation des missions d'inspection.

### **c Evoluer vers une logique de programmation par appels à projets**

Jusqu'à présent, les projets de création ou d'extension d'EHPAD sont présentés par les promoteurs intéressés dans le cadre de fenêtres de dépôt<sup>87</sup>. Chaque opérateur est libre de présenter le projet de son choix sur le territoire qu'il souhaite. Une programmation par appels à projets permettrait de ne susciter de projets que pour répondre à des besoins précisément ciblés, définis à partir de l'état des lieux régional établi au niveau du PRIAC. Elle constituerait donc une réponse adaptée à des besoins identifiés et priorisés. Elaborée par le niveau régional, cette procédure par appels à projets ferait l'objet d'une instruction par les échelons locaux. Le recours à cette procédure suppose un travail plus important de définition du besoin (qui intégrerait d'autres données que l'offre existante et la mesure de la pression sur cette offre, comme des études épidémiologiques) et présenterait l'intérêt de concentrer l'analyse sur la qualité des projets et leur faisabilité.

---

<sup>87</sup> Prévus par les articles L313-2 et R313-6 du CASF



Elle améliorerait également la qualité de la programmation des équipements, le pilotage et l'animation des politiques.

Toutefois, sa mise en œuvre ne sera possible qu'après modification des dispositions légales et réglementaires actuellement en vigueur. Par ailleurs, elle nécessitera vigilance et encadrement parce qu'elle favorise naturellement les grands groupes privés commerciaux à but lucratif, secteur en extension et déjà surreprésenté dans le Var et dans le sud globalement. En effet, ces groupes ne sont pas, ou moins, limités par les contingences d'implantation, au contraire des opérateurs qui relèvent d'une collectivité territoriale pour lesquelles cette dimension est dirimante. Par ailleurs ces groupes sont structurés, puissants et disposent de moyens financiers conséquents, ce qui leur permet de mieux s'adapter à l'évolution des exigences de l'appel à projets alors que les petites structures sont plus attachées à un projet spécifique.

En simplifiant les circuits de décisions et les procédures, ces différentes préconisations présentent un intérêt du point de vue de l'achèvement de la phase initiale et de la mise en œuvre du renouvellement des conventions tripartites. Cependant, d'autres améliorations peuvent être suggérées aux pouvoirs publics.

## **B Des évolutions qui relèvent de décisions à prendre à l'échelon national**

Si les institutions locales peuvent prendre des mesures pour sécuriser et simplifier la mise en œuvre de la réforme, certaines modifications de la loi ou du règlement sont de nature à rendre le dispositif plus harmonieux et plus performant.

### **a La nécessité de rapprocher les calendriers de tarification**

Les acteurs locaux, gestionnaires d'établissements et représentants des institutions, mais aussi les rapports, parlementaire ou de la Cour des comptes, pointent le décalage des calendriers budgétaires comme un frein au bon déploiement de la réforme de la médicalisation. Il y aurait donc un intérêt évident à essayer de rapprocher la notification des dotations « soins » de la CNSA de la date de prise de la décision budgétaire par le CG. Les dernières orientations de la CNSA semblent abonder dans ce sens. Par message du 8 décembre 2008, adressé aux DRASS et DDASS, le directeur de la CNSA manifeste sa volonté d'accélérer la notification officielle des dotations départementales pour 2009 au 15 février alors qu'elle est intervenue en mai pour les exercices 2007 et 2008. La campagne budgétaire pour la section « soins » pourra ainsi débuter deux mois plus tôt.

## **b La gestion des AS et des AMP**

Les demandes sont également convergentes pour que les AS et les AMP ne dépendent que d'un seul budget. La réforme de la tarification des EHPAD ne les distinguent pas. Pourtant, ce sont de deux métiers différents qui font l'objet de formations et de diplômes distincts. L'AS exerce des fonctions techniques, principalement orientées sur la prise en charge des soins. L'AMP, si elle participe à cette activité soignante, développe une spécificité dans l'accompagnement psychologique et relationnel des personnes hébergées. A ce titre, elle est plus qualifiée pour la prise en charge de la dépendance et pour l'organisation de l'animation. Il paraît possible de préconiser, au lieu de les assimiler, de clairement différencier ces deux catégories de personnels, en termes de fonctions et, par voie de conséquence, de tarification afin que les charges induites par l'emploi des AS relèvent intégralement du budget « soins » et celles des AMP soient totalement incluses dans le budget « dépendance ». Au lieu d'une répartition commune de ces emplois à 70% pour le soin et 30% pour la dépendance, chaque catégorie d'emplois relèverait d'un seul budget. Pour éviter l'écueil que des EHPAD n'emploient que des AS ou que des AMP, la réglementation pourrait encadrer la proportion d'emplois de chacune de ces catégories de personnels dont un établissement doit disposer.

## **c Un interlocuteur unique**

Lors des entretiens, certains gestionnaires ont manifesté une attente de n'avoir qu'une autorité de tutelle qui soit réellement en situation de piloter complètement la politique de l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans tous ces aspects, du conventionnement à l'allocation de moyens. Un directeur de maisons de retraite privées commerciales propose ainsi : « *Pour inciter les établissements qui ne l'ont pas encore fait à se médicaliser et à conclure la CT, il faudrait un seul interlocuteur institutionnel(...) Néanmoins, il faut qu'il soit accessible au niveau local, départemental* ».

Dans le rapport présenté à l'Assemblée Nationale le 17 mai 2006<sup>88</sup>, la possibilité de recourir à un interlocuteur unique est clairement évoquée : « *Se pose donc la question de la gestion d'une enveloppe globale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie. Dans cette logique, un transfert de charges et une responsabilité plus complète des départements sont à envisager... Sur ce point, le rapport de la Cour des comptes expose deux voies possibles : une décentralisation accrue qui ferait des départements le point d'accès unique aux prestations de dépendance ou bien la création d'un cinquième risque confiant aux caisses de sécurité sociale la prise en charge globale de la dépendance ; le rapport à paraître du centre d'analyse stratégique (ex-Commissariat général du Plan) propose a minima d'expérimenter la gestion par les départements*

---

<sup>88</sup> Op.cit., p. 34

*volontaires d'une enveloppe globale déléguée par la CNSA sur la base d'une péréquation nationale. ».*

Pour proposer et mettre en œuvre des mesures tendant à améliorer la poursuite de la réforme, en tenant compte des attentes des opérateurs, du contexte réglementaire et des impératifs nationaux, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale se doit d'être un acteur incontournable.

### **3.2 Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : un métier au cœur de la mise en œuvre de la réforme**

A la fois acteur de la programmation, du jeu conventionnel, de la tarification et de l'inspection, l'IASS affecté sur le champ médico-social occupe une place stratégique aussi bien en interne, au sein des équipes, que comme interlocuteur des gestionnaires d'établissements ou encore en tant que partenaire des autres intervenants institutionnels. Il doit avoir une vue globale de la prise en charge des personnes âgées.

#### **3.2.1 Un maillon essentiel de l'organisation du service**

L'organisation de crise adoptée dans le Var en 2006<sup>89</sup> ne se justifiant plus, depuis le mois de septembre 2008, le service « personnes âgées » de la DDASS du Var, dans toutes ses composantes, est placée sous la responsabilité d'un seul IASS. Les agents du service ont chacun, en gestion, un portefeuille d'établissements. Dans ce contexte, l'IASS a pu organiser les modalités de la tarification selon un mode plus efficace en profitant des opportunités offertes par la convergence tarifaire et la généralisation du GMPS. Ainsi, un suivi de tous les établissements par un système de fiches informatisées a été organisé. La fiche « établissement » est progressivement enrichie pour prendre en compte la situation de la structure par rapport aux autorisations, à la convention tripartite, aux notifications accordées les années précédentes, éventuellement abondées de crédits non reconductibles. A partir de ces différents éléments qui contribuent à créer une base de reconduction vérifiée et sûre, il est possible de simplifier la procédure budgétaire annuelle par l'application du taux d'évolution défini au niveau national et d'automatiser la procédure de tarification afin de générer rapidement les arrêtés de tarification. Avec cette méthode, la tarification de 90% des établissements peut être validée en deux mois. Couplée à l'avancement présenté ci-dessus, de la notification de la dotation départementale, la campagne budgétaire pourra s'achever à la fin mai au lieu de s'étalée sur toute l'année.

---

<sup>89</sup> Cf. partie 2.2.2.A, supra

Avec le temps ainsi dégagé, l'IASS peut réorienter l'activité des agents du service sur le suivi et le renouvellement des conventions tripartites. En effet, cette procédure n'ayant pas été engagée avant l'achèvement de la phase initiale, le renouvellement des CT arrivées à échéance en 2007 et 2008 n'a pas encore eu lieu. Il s'ajoute à celui des conventions arrivant à échéance en 2009. En tout, cinquante-quatre CT sont à renouveler. Pour les négocier, il est important de se rendre dans les établissements, de rencontrer les gestionnaires, de réinvestir une mission de dialogue et de présence sur le terrain, quelque peu abandonnée. Sur le plan formel, l'IASS doit s'employer à construire, dans l'attente d'un éventuel cadre réalisé au niveau régional, un modèle de convention tripartite simplifié, mais sécurisé juridiquement, afin de résorber rapidement le retard accumulé. Cette convention type devra ensuite être proposée aux services du CG. Elle rappellera l'ensemble des réglementations applicables et établira une situation de départ en termes d'effectifs employés, de GMP et PMP validés et d'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés par la convention précédente. A partir de cet état des lieux, la nouvelle CT pourra fixer les engagements réciproques des parties : des objectifs relatifs à l'amélioration continue de la qualité d'une part, et une base de tarification valable pour les cinq ans de la convention avec une clause de révision annuelle automatique en fonction du taux national et de l'évolution du GMPS, d'autre part.

En matière d'organisation et de management interne, l'IASS en charge du service « personnes âgées » doit être réactif et s'adapter, afin d'utiliser au mieux les ressources humaines qui lui sont confiées et qui fluctuent au gré des événements affectant le déroulement de carrière des agents. Il doit faire preuve de perspicacité et de capacité d'organisation. Il doit aussi faire accepter à l'équipe les modifications dans l'organisation du travail et des tâches avec la définition ou l'adaptation des fiches de postes, en déclinant en objectifs individuels les objectifs généraux assignés au service. Il lui faut donner du sens au travail demandé aux agents et ensuite valoriser les résultats, les implications des uns et des autres auprès de sa hiérarchie dans le contexte assez restreint de la reconnaissance administrative (faible marge de manœuvre aussi bien pour favoriser la promotion interne que pour améliorer le niveau des rémunérations accessoires).

### **3.2.2 Un interlocuteur central et privilégié qui peut être force de proposition**

L'IASS, bien évidemment, n'intervient pas seul pour mettre en œuvre une réforme aussi importante et complexe que la médicalisation des EHPAD et son corollaire du conventionnement. Il agit dans un cadre hiérarchique et prend ses consignes et directives du DDASS et du chef de service.

Il est l'interlocuteur habituel et direct des responsables d'établissements mais aussi de leurs organisations représentatives. A ce titre, son rôle est multiple. Il discute les

conditions de la CT, et, chaque année, il négocie l'allocation de ressources en matière de budget « soins ». Il a également une fonction de conseil et doit notamment porter à la connaissance des intéressés les dispositions réglementaires, leurs évolutions et les conditions de leur mise en œuvre. Il est important que, dans la mesure du possible, il puisse rencontrer les gestionnaires dans leurs établissements pour personnaliser le dialogue, pour avoir une idée plus pragmatique de la situation réelle, du climat social qui en émane, pour mesurer aussi la qualité de la prise en charge, qu'un dossier administratif ne peut pas rendre. La visite d'établissement permet de se réapproprier le terrain et de rendre l'action de l'Etat claire pour les opérateurs. Les rencontres avec les organisations professionnelles de gestionnaires, la participation à leurs réunions et congrès, poursuit le même but de ne jamais manquer une occasion de marquer la présence de l'Etat sur le champ de la prise en charge médico-sociale.

L'IASS est aussi en contact étroit avec les services du Conseil Général. Il doit rechercher avec eux des consensus pour mettre en œuvre la réforme, de manière harmonieuse et complémentaire, tout en affirmant et en défendant les positions de l'Etat lorsque ses intérêts divergent de ceux des représentants de la collectivité territoriale. En tant que de besoin, il est aussi en relation avec les services de l'assurance maladie qui règlent la dotation « soins » aux établissements sur la base de l'allocation de ressources qu'il a établie. L'inspecteur est en connexion avec les services de la DRASS, de la DGAS et de la CNSA. S'il reçoit des directives, des demandes de statistiques et bien évidemment l'enveloppe de financement de ces instances, il représente pour elles l'informateur de proximité indispensable à la connaissance du tissu médico-social dans le département, de ses spécificités, de ses attentes et difficultés particulières. Il peut aussi faire remonter aux instances régionales et nationales, des suggestions pour prendre en compte des contingences locales.

L'IASS dispose aussi d'une réelle capacité de pilotage pour orienter le dispositif en définissant l'utilisation des crédits non reconductibles.

### **3.2.3 L'utilisation de la marge de crédit : un outil de gestion efficace à la disposition de l'IASS**

Chaque année, une part importante de la dotation accordée par la CNSA est rendue faute d'avoir pu l'employer<sup>90</sup>. En effet, sur cette dotation, des crédits sont destinés à la médicalisation des établissements. Si cette dernière n'est pas réalisée, les crédits

---

<sup>90</sup> Au titre de l'exercice 2007, la région PACA présente une sous-consommation de 37,1 M€ de la dotation que la CNSA lui a attribué au titre des personnes âgées. Dans cet ensemble, le Var n'a pas consommé 5,9 M€ de son enveloppe – Source CNSA : fixation des enveloppes médico-sociales de dépenses autorisées pour 2008 et des enveloppes médico-sociales anticipées 2009 et 2010.

sont remontés. C'est un effet mécanique qui résulte de la montée en charge de la médicalisation sur une durée plus longue qu'initialement prévue. Il s'explique aussi par le fait que les autorisations de délivrer des soins aux assurés sociaux ne sont pas immédiatement opérationnelles : les délais de construction des nouvelles structures pouvant parfois s'étaler sur plusieurs années. Le dispositif laisse une marge d'appréciation au niveau local pour employer une partie des crédits non utilisés pour la sécurité des établissements ainsi que pour la formation et l'amélioration des conditions de travail des personnels, lorsque des effets positifs en découlent pour la prise en charge des résidents. Dès lors, l'IASS peut en utiliser une fraction pour aider les établissements avec des crédits non reconductibles, dans le cadre de la négociation. Des aides ciblées peuvent être accordées en fonction de la situation spécifique des structures afin de parvenir à un accord « gagnant/gagnant ». Celui-ci pourrait se résumer par la formule : « l'Etat vous soutient en faisant un effort budgétaire sur une mesure ponctuelle qui permet de dégager une marge structurelle ; en contrepartie, vous, établissement, vous engagez dans une démarche volontariste d'amélioration de la qualité ».

En 2006, ce mécanisme a été utilisé pour aider les établissements en prévision de charges de personnel supplémentaires lors du déclenchement du plan « canicule. ». Normalement, ces charges exceptionnelles ne sont compensées aux établissements que lorsque la crise a réellement eu lieu et, compte tenu des circuits budgétaires, les crédits peuvent n'être versés que plusieurs mois après : dans l'attente, c'est la structure qui assume les coûts. Les crédits non reconductibles ont permis d'accorder une avance sur un risque à venir qu'il appartenait à l'établissement de placer en provision. Si le risque se réalise, il n'a pas à subir l'avance d'une charge susceptible d'affaiblir sa trésorerie ; si le risque ne se réalise pas, ce qui a été le cas en 2007 et 2008, les crédits octroyés lui permettent de renforcer ses fonds propres.

En 2007, les crédits non reconductibles ont été attribués pour inciter les EHPAD à mettre en place, à destination de tous les personnels, des formations de lutte contre la maltraitance.

En 2008, l'action menée consiste à accompagner les établissements dans la réintégration des dispositifs médicaux. En effet, certaines structures ont été prises au dépourvu avec cette disposition prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment pour faire face à l'achat de lits médicalisés. Jusqu'au 31 juillet 2008, ces derniers étaient prescrits au titre des soins de ville. Depuis le 1<sup>er</sup> août 2008, ils sont à la charge des budgets des établissements. L'équipement des établissements avec ce type de matériels constitue un investissement amortissable sur le moyen terme. L'attribution ponctuelle de crédits non reconductibles pour le financement d'une cinquantaine de lits a permis de donner une souplesse de gestion aux établissements qui en ont été bénéficiaires.

Globalement, les crédits accordés dans le cadre de ce mécanisme ce sont élevés à deux millions d'euros en 2006, un million d'euros en 2007 et cinq cents mille euros en 2008. Ils ne représentent qu'une petite partie du reliquat de crédits non consommés par les financements pérennes. Pourtant, c'est un atout stratégique et comptable important. C'est un outil de communication avec les établissements. En outre, les efforts consentis par la DDASS sont appréciés et se diffusent : c'est donc un moyen de pilotage et de reconquête de la place de l'Etat. Toutefois, cet outil ne durera que tant qu'il y aura des marges conséquentes pour la médicalisation. A terme, une consommation plus complète de l'enveloppe ne permettra plus forcément le développement de telles actions, notamment si les besoins des départements limitrophes, Bouche du Rhône et Alpes Maritimes, augmentent.

Au-delà des préconisations pour améliorer la mise en œuvre de la réforme de la médicalisation dans laquelle l'IASS doit prendre toute sa place, le champ médico-social va être concerné, dès 2009, par plusieurs réformes d'importance.

### **3.3 De nouvelles évolutions à venir avec la création des ARS et du cinquième risque**

Le projet de loi « hôpital, patients santé et territoire » (HPST), dont la discussion au Parlement est programmée au début de l'année 2009, sera l'occasion de trancher le débat concernant la place de la prise en charge médico-sociale, dont notamment celle de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, entre une décentralisation plus poussée et un rapprochement avec le champ sanitaire. L'annonce de la création d'une cinquième branche de sécurité sociale pour assurer le risque « dépendance » et la convergence de la prise en charge entre les personnes handicapées et les personnes âgées, prévue par la loi du 11 février 2005<sup>91</sup>, seront les prochains chantiers de la rénovation de la politique médico-sociale.

#### **3.3.1 Quel avenir pour la prise en charge de l'hébergement médicalisé des personnes âgées dans la perspective de la création annoncée des ARS**

La création des agences régionales de santé, titre 4 du projet de loi HPST, dont la préfiguration est prévue en 2009, pour entrer ensuite en plein exercice à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, devrait modifier profondément les compétences institutionnelles dans le champ médico-social ainsi que les outils actuellement employés.

---

<sup>91</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées – Article 13.

En effet, la future ARS, établissement public administratif, et non plus service déconcentré de l'Etat, aura une compétence pleine et entière sur ce domaine d'action. L'article 26 du projet de loi précise que c'est elle qui autorise la création des établissements médico-sociaux, dont notamment ceux qui hébergent les personnes âgées dépendantes, qui contrôle leur fonctionnement et qui leur alloue les ressources relevant de sa compétence. Ces attributions ne seront donc plus exercées par les préfets de départements et par les DDASS en tant que services instructeurs, mais par une entité régionale. Le niveau régional comme échelon territorial pertinent pour la mise en œuvre des politiques médico-sociales prévaudra comme c'est déjà le cas pour le domaine sanitaire. La même approche par territoires pourra être développée, qui transcende les limites départementales traditionnelles. Toutefois, à la différence du champ sanitaire où l'Etat et l'assurance maladie interviennent seuls, certaines prises en charges médico-sociales sont assumées conjointement avec les collectivités territoriales, en l'occurrence les conseils généraux. Ainsi, les deux institutions qui interviennent dans la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées ne seront plus situées dans le même ressort territorial et, par exemple, l'ARS PACA aura comme interlocuteurs six conseils généraux différents. Certes, le projet de loi prévoit que l'ARS met en place des délégations territoriales départementales. Les interventions en matière médico-sociale devraient relever de leurs attributions. Néanmoins, ne s'agissant pas de directions de plein exercice, elles seront l'échelon de mise en œuvre de politiques décidées et harmonisées au niveau régional.

Pour assurer la cohérence et la complémentarité entre les actions de l'ARS et celles des conseils généraux pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux, le projet de loi prévoit que l'ARS s'appuie sur une commission de coordination des politiques associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents. L'ARS élabore et met en œuvre le projet régional de santé. Ce dernier définit les objectifs pluriannuels de santé qui relèvent de sa compétence ainsi que les mesures pour les atteindre. Avec le plan stratégique régional de santé et les schémas régionaux de prévention et d'organisation des soins, le schéma régional d'organisation médico-sociale constitue le projet régional de santé. Arrêté après consultation de la commission de coordination des politiques ad hoc et avis des présidents de conseils généraux concernés, il prévoit et suscite les évolutions nécessaires des établissements et services médico-sociaux pour répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements des populations handicapées ou en perte d'autonomie. Ce schéma veille également à l'articulation d'une part, entre l'offre sanitaire et médico-sociale et d'autre part, avec les schémas départementaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées arrêtés par les présidents de CG. Les instances et outils actuels que sont le CROSMS et le PRIAC sont appelés à disparaître. L'ARS



disposera donc de tous les leviers actuellement mis en œuvre, soit par les DDASS, soit par la DRASS, aussi bien pour planifier l'offre que pour programmer et autoriser les équipements, pour conventionner avec les établissements et leur allouer les moyens nécessaires à la prise en charge des soins, pour suivre leur fonctionnement et procéder aux inspections et contrôles.

Si la mise en place des ARS avec son impact sur la poursuite du processus de la médicalisation des EHPAD est d'ores et déjà programmée, d'autres réformes en gestation modifieront probablement, à des échéances moins certaines, le paysage de la prise en charge médico-sociale.

### **3.3.2 Après la CNSA, la reconnaissance annoncée d'un cinquième risque de sécurité sociale pour prendre en charge la perte de l'autonomie**

La première, c'est la création d'un nouveau champ de la protection sociale pour prendre en charge le risque dépendance ou perte d'autonomie, appelé aussi cinquième risque<sup>92</sup>. Ce serait une branche de la sécurité sociale qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. Son objectif serait d'attribuer à ceux qui sont frappés d'une déficience physique, sensorielle, mentale ou psychique une aide en nature ou en espèces : la compensation personnalisée pour l'autonomie (CPA). Celle-ci permettrait à son bénéficiaire de réaliser, grâce à un appareillage ou à l'aide d'une tierce personne, ce qu'il aurait pu faire seul, et sans aide, s'il n'avait pas été atteint de la déficience en question. La CPA deviendrait un droit universel quels que soient l'âge de la personne et les causes de sa perte d'autonomie. Ce droit donnerait accès à une évaluation des besoins d'aide à l'autonomie qui prendrait en compte les spécificités de chaque situation, ainsi qu'à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation intégrant les prestations, biens et services, identifiés comme nécessaires. Elle répondrait à la deuxième source de réforme attendue qui est contenue dans la loi du 11 février 2005, de faire converger les systèmes de prise en charge applicables aux personnes handicapées, la prestation de compensation du handicap (PCH), et aux personnes âgées dépendantes, l'APA, afin qu'il n'y ait plus de barrière liée à l'âge ; le handicap et la dépendance étant analysés comme des manifestations d'une seule et même réalité : la perte d'autonomie. En l'état actuel de la réflexion, la CNSA serait l'organisme

---

<sup>92</sup> « Le périmètre du cinquième risque correspond aux 19 milliards d'euros consacrés chaque année aux personnes âgées et aux personnes handicapées, au titre, d'une part, des prestations de santé financées essentiellement par l'assurance maladie et, d'autre part, des prestations de compensation de la perte d'autonomie (l'APA pour le grand âge, la prestation de compensation du handicap (PCH) pour le handicap) ». Audition du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité par la mission d'information du Sénat le 16 janvier 2008 – Construire le cinquième risque : le rapport d'étape - Rapport d'information n°447(2007-2008) de M. Alain Vasselle, sénateur et plusieurs de ses collègues, fait au nom de la Mission commune d'information dépendance, déposé le 8 juillet 2008

spécialement chargé de gérer les sources de financement de ce nouveau champ de protection sociale. En effet, cet organisme créé par la loi du 30 juin 2004 a pour mission de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. La CNSA est donc à la fois une "caisse" chargée de répartir les moyens financiers et une "agence" d'appui technique.

Pour financer ce risque, les pouvoirs publics souhaitent mener une réflexion sur le partage entre le recours à la solidarité nationale, la prévoyance individuelle et collective, et la responsabilité individuelle afin que les capacités contributives des personnes concernées soient davantage prises en compte sans pour autant revenir au recours sur succession qui avait décrédibilisé la PSD. Annoncé par le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité pour le second trimestre 2008, le dépôt du projet de loi relatif à la création d'un cinquième risque n'a pas encore été concrétisé.

Une troisième réforme pourrait avoir des répercussions importantes dans le domaine de la prise en charge institutionnelle de l'hébergement des personnes âgées dépendantes : celle afférente aux collectivités locales. Le Président de la République en a fait une priorité et un comité ad hoc a été créé par décret du 22 octobre 2008. En effet, compte tenu des vagues successives de la décentralisation, de l'enchevêtrement des compétences entre des niveaux d'administration trop nombreux, de l'obsolescence de la fiscalité locale, la réforme a pour objectif de clarifier les domaines d'intervention et de financement de chaque échelon de l'administration locale. Elle pourrait ainsi déboucher sur une éventuelle suppression des collectivités territoriales les moins pertinentes. Dans ce cas, les conseils généraux sont clairement menacés. Dans le champ de la prise en charge sociale des personnes âgées où le président du CG est désigné chef de file par la loi, une telle perspective amènerait à redéfinir complètement les niveaux de compétence. La préconisation contenue dans le rapport de Mme Guinchard, et souhaitée par les gestionnaires, d'un interlocuteur institutionnel unique pourrait alors trouver un nouvel écho.

## CONCLUSION

Le vieillissement de la population française constitue une évolution démographique et sociétale majeure. Elle s'accompagne d'une augmentation sans précédent du nombre de personnes âgées en situation de dépendance, parmi lesquelles beaucoup sont confrontées à des pathologies psychiques telle que la maladie d'Alzheimer. Lorsque le maintien à domicile de ces personnes n'est plus possible, l'hébergement institutionnel doit proposer une prise en charge de qualité, adaptée à l'état de santé et d'autonomie.

La réforme de la médicalisation des EHPAD a été conçue pour répondre à ce défi. Elle s'articule sur les trois volets principaux que sont la meilleure solvabilisation des personnes âgées dépendantes avec l'APA, l'introduction d'un mode de tarification ternaire des établissements qui permet d'identifier les charges liées à la dépendance et la contractualisation, entre chaque établissement d'une part, le Conseil Général et l'Etat d'autre part, qui lie l'amélioration continue et évaluée de la qualité au profit des résidents à l'allocation de financements supplémentaires.

Pourtant, dix ans après sa création, si tous les acteurs saluent son utilité et ses apports, la montée en charge de cette réforme, peine à s'achever.

Même s'il convient d'en corriger le prisme déformant tenant aux spécificités locales, l'analyse de sa mise en œuvre dans le département du Var, a permis de vérifier et d'affiner la validité des hypothèses émises initialement sur les causes de cette situation et de dégager plusieurs axes susceptibles d'en fournir une explication.

Différents facteurs explicatifs tiennent aux structures auxquelles cette réforme est destinée. Certaines ont une conception ne facilitant pas la conclusion d'une convention tripartite. D'autres accueillent des publics peu dépendants et peuvent opter pour déroger à l'obligation de conventionner. Les réticences à intégrer un processus jugé trop complexe s'expliquent aussi par le manque de communication et de soutien des autorités de tutelle et la crainte de ne pas bénéficier d'un financement suffisant.

D'autres freins sont imputables aux institutions chargées de promouvoir la mise en œuvre de la médicalisation, à leur capacité parfois limitée à collaborer efficacement du fait d'intérêts stratégiques et budgétaires divergents. La désorganisation des services de l'Etat pendant la montée en charge du dispositif de conventionnement a conduit à des errements juridiques dont les conséquences perdurent encore.

En outre, la réforme elle-même a montré ces limites. En effet, elle doit concerner tous les types de structures mais son application convient mieux aux maisons de retraite traditionnelles qu'à d'autres catégories d'établissements. La durée de sa montée en charge a eu un effet démobilisateur certain sur les opérateurs réticents. Elle génère des difficultés de fonctionnement aux gestionnaires en fixant la répartition de certaines

charges d'emploi entre sections tarifaires relevant de financeurs distincts ou en organisant un champ de compétence partagée entre une collectivité territoriale et l'Etat.

Pour achever la phase initiale et enclencher le renouvellement du conventionnement, des préconisations peuvent être initiées à l'échelon local. Dans ce cadre l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, acteur incontournable de la mise en œuvre de la réforme pour l'Etat a toute sa place et sa légitimité. Il se doit d'être force de proposition et d'impulsion.

D'autres propositions d'amélioration relèvent de décisions à prendre au niveau national et sont à replacer dans la perspective des évolutions législatives majeures qui devraient impacter le champ médico-social, et donc la prise en charge des personnes âgées, à très court terme.

La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'insère dans une politique plus vaste qui vise à répondre aux aspirations et aux besoins d'une population dont les caractéristiques sociales et de prise en charge évoluent. Cette politique globale traduit la mobilisation des pouvoirs publics de permettre à chaque personne concernée de vivre sa vieillesse selon ses désirs dans des conditions d'accueil et d'accompagnement qui respectent sa dignité et sa citoyenneté. Elle constitue un enjeu majeur pour la société qui incite à s'interroger sur l'effort que la collectivité est prête à consentir en faveur de « ses aînés » de manière durable. En effet, l'exigence de la qualité, si elle est légitime, représente aussi un coût économique et le défi n'est pas mince de maintenir un niveau de financement volontariste.

# BIBLIOGRAPHIE

## TEXTES JURIDIQUES

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel de la République française du 1<sup>er</sup> juillet 1975, p. 6604.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel de la République française, n°21 du 25 janvier 1997, p.1280.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal officiel de la République française, n° 167 du 21 juillet 2001, p. 11737.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel de la République française du 3 janvier 2002, p.124.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française du 5 mars 2002, p.4118
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel de la république française, n° 36 du 12 février 2005, p. 2353.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées ou handicapées. Journal officiel de la République française, n° 151 du 1<sup>er</sup> juillet 2004, p.11944.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal officiel de la République française, n° 190 du 17 août 2004, p. 14545.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel de la République française, n° 190 du 17 août 2004, p. 14598.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Journal officiel de la République française, n° 296 du 21 décembre 2007, p. 20603.

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel de la République française, n° 206 du 6 septembre 2003, p. 15391.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel de la République française, n° 98 du 27 avril 1999, p. 6223.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel de la République française, n° 98 du 27 avril 1999, p. 6248.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. Journal officiel de la République française, n°106 du 6 mai 2001, p. 7175.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements mentionnés au I bis de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel de la République française, n° 109 du 11 mai 2007, p. 8589.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA COHESION SOCIALE ET A LA PARITE. Circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée [visité le 28 mai 2008], disponible sur intranet : [http://doc.intranet.sante.gouv.fr/textoffi/circulair/pages06/06\\_212.htm](http://doc.intranet.sante.gouv.fr/textoffi/circulair/pages06/06_212.htm)
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE . Circulaire interministérielle n° 54/DGAS/DSS/2008 du 15 février 2008.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, ET DE LA SOLIDARITE. Note d'information N° DGAS/2C/2008/103 du 26 mars 2008 relative aux nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements foyers ainsi qu'aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans ces structures. [visité le 22 avril 2008], disponible sur intranet : [http://doc.intranet.gouv.fr/textoffi/circulair/pages08/08\\_103.htm](http://doc.intranet.gouv.fr/textoffi/circulair/pages08/08_103.htm)

## **OUVRAGES**

- BRAMI G., *Le nouveau fonctionnement des EHPAD – droit et pratiques institutionnels en gérontologie*, Les Etudes Hospitalières, Mars 2006, 355 p.

- DREES, *STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social – STATISS 2007, les régions françaises*, Août 2007, 72 p.
- DRASS PACA, *STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social – Mémento STATISS 2007 – Provence-Alpes-Côte d'Azur*, 44 p.

## **RAPPORTS ET PLANS**

- COUR DES COMPTES, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport à Monsieur le Président de la République, Novembre 2005.
- ASSEMBLEE NATIONALE, *Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, présenté par Madame Paulette GUINCHARD, députée – 17 mai 2006.
- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, *Le plan « Solidarité Grand Age »*, Juin 2006
- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, *Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* – 14 mars 2007.
- Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008/2012 – 1<sup>er</sup> février 2008
- PRIAC PACA 2008 – 2012, arrêté préfectoral n° 2008-135 du 23 juin 2008
- SROS III PACA, volet Gérontologique
- CONSEIL GENERAL DU VAR, *Schéma départemental personnes âgées / personnes handicapées (2008 -2012)*.

## **MEMOIRES**

- TAILLANDIER H., 2000, *Mettre en place la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en Loire-Atlantique*, Mémoire professionnel d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP, Rennes, 52 pages.
- NAULET G., 2000, *Attentes et inquiétudes des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes face à la réforme de la tarification : l'exemple de l'Orne*, Mémoire professionnel d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP, Rennes, 48 pages.
- LENEN P-Y., 2002, *La commission de suivi de la réforme de la tarification dans le Morbihan : un outil efficient*, Mémoire professionnel d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP, Rennes.

- PRELLI E., 2006, *La prise en charge des personnes âgées : vers une meilleure articulation des champs sanitaires et médico-sociaux*, Mémoire professionnel d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale : ENSP, Rennes, 55 pages.
- LANTUEJOUL M., 2008, *La convention tripartite : un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées accueillies dans les EHPAD du Nord*, Mémoire professionnel d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale : EHESP, Rennes, 59 pages

### **SITES INTERNET**

- AGEVILLAGEPRO, La Référence Internet de la Gérontologie : de l'information et des services pour les professionnels de la gérontologie : [www.agevillagepro.com](http://www.agevillagepro.com) (visité le 10 janvier 2009).
- Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville : [www.travail-solidarite.gouv.fr/espace/personnes-agees](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espace/personnes-agees) (visité le 17 janvier 2009)
- CNSA : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) (visité le 26 septembre 2008)
- Plan Alzheimer 2008>2012 de A à Z : [www.plan-alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr) (visité le 20 janvier 2009)



## Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des établissements retenus pour les entretiens	III
Annexe 2 : Questionnaire utilisés pour réaliser les entretiens	V
Annexe 3 : Grille synthétique d'analyse des entretiens	IX
Annexe 4 : Carte des territoires de développement du CG 83	XI
Annexe 5 : Tableau de l'activité des EHPA au 31 décembre 2003	XIII

## ANNEXE 1

Liste des établissements retenus pour les entretiens.

Nom de l'établissement	Date de visite	type	statut	Situation / CT	Localisation	Zone	Autres informations
<b>Entretiens</b>							
EHPAD « Félix Pey »	10/06/08	Maison de retraite	Public	Oui – 01/01/2003	Sollies-Pont	TPM	
EHPAD « Les Opalines »	12/06/08	Maison de retraite	Privé	Oui – 01/03/2004	Le Pradet	TPM	
Maison de retraite « Soleil d'Or »	13/06/08	Maison de retraite	Privé	Non	Solliès Toucas	TPM	
Logement-foyer « Les Falquettes »	18/06/08	Logement-foyer	Public	Non	St Cyr sur Mer	Ouest Var	
EHPAD « Les Cigognes »	18/06/08	PUV	Privé	Oui – 01/01/ 2008	Carnoules	Centre Var	même gestionnaire
EHPAD « Bon repos »	18/06/08	Maison de retraite	Privé	Oui – 01/03/2005	Toulon	TPM	même gestionnaire
EHPAD «Cora»	18/06/08	Maison de retraite	Privé	Oui – 01/03/2005	La Garde	TPM	même gestionnaire
Maison de retraite « Les Serves »	2008	Maison de retraite	Privé	Non	La Farlède	TPM	
Logement-foyer « Le Naï »	04/09/08	Logement-foyer	Public	Non	Salernes	Haut Var	
Logement-foyer « La Recampado »	09/09/08	Logement-foyer	Public	Non	Les Issambres	Est Var	
<b>Négociation CT</b>							
Maison de retraite « Héliotrope »	26/06/08	Maison de retraite	Privé	Non	Hyères	TPM	
Maison de retraite « Kérios »	26/06/08	Maison de retraite	Privé	Non	La Garde	TPM	
Maison de retraite « Les Acacias »	08/09/08	Maison de retraite	Privé	Non	La Crau	TPM	
Maison de retraite « Sainte Philomène »	23/09/08	Maison de retraite	Privé	Non	Puget Ville	Centre Var	
TPM = Toulon Provence Méditerranée							
PUV = Petite unité de vie							

## **ANNEXE 2**

Questionnaire d'entretien avec les gestionnaires d'EHPA

### **La fin de la médicalisation des EHPAD dans le département du Var**

#### Annonce des constats

Alors que les dispositions réglementaires avaient fixé au 31 décembre 2007 la fin du processus de médicalisation des EHPAD, il se trouve que des difficultés empêchent certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes varois de mener à son terme le processus de médicalisation requis et de bénéficier ainsi des avantages de la convention tripartite qui y est attachée

#### Méthode d'investigation retenue

Pour rechercher les difficultés rencontrées ainsi que les pistes de solutions à envisager, la méthode privilégiée est de procéder à une série de rencontres avec des responsables d'établissements qui accepteront le principe de l'entretien semi-directif.

Les établissements sélectionnés ont été choisis, autant que possible, pour que les différents types d'hébergement, les différents statuts soient représentés, pour recueillir l'avis des structures qui ont déjà conclu une convention et celui des structures qui n'y ont pas encore adhéré mais aussi pour traduire la diversité géographique et démographique du département.

Si les intéressés ne s'y opposent pas, les entretiens sont enregistrés pour permettre une exploitation exhaustive ultérieure.

#### Questionnaire (en italique sont indiqués les axes de relance)

##### **1) Concernant l'histoire et la situation de l'établissement**

Pouvez-vous me parler de l'histoire de votre établissement, me présenter ses caractéristiques

*sa date de création, les motifs, les besoins qui ont conduit à cette création*

*son évolution, son statut*

*sa situation géographique, son environnement*

##### **2) Concernant le public accueilli**

Pouvez-vous me donner des informations sur les pensionnaires que vous hébergez  
*comment les recrutez-vous, dans quelle sphère géographique, dans quel milieu socioprofessionnel, leur niveau de revenus*

*combien en accueillez-vous*

*quelles sont leurs pathologies, leur moyenne d'âge*

*quel est leur degré de dépendance*

### **3) Concernant les conditions matérielles de leur accueil**

Voulez-vous me présenter votre établissement, me donner des informations sur les conditions architecturales et d'accueil matériel que votre établissement propose à ces pensionnaires

*combien de personnes par chambre*

*quelle est superficie des chambres*

*comment sont-elles équipées en sanitaires*

*où sont pris les repas, par qui sont-ils préparés*

*quels sont les lieux d'animation, de convivialité*

*quel est le coût pour la personne hébergée des prestations que vous lui fournissez*

### **4) Concernant le taux d'encadrement**

Que pouvez-vous préciser sur le nombre, la qualité et la formation des personnels qui interviennent dans votre établissement

*combien d'agents permanents, de quelles professions ou catégories, sont-ils tous salariés sur quels postes sont-ils affectés*

*sur quelle amplitude journalière, hebdomadaire*

*quelles solutions en dehors de leurs période de présence*

### **5) Concernant la prise en charge et le suivi médical et infirmier**

Comment s'effectue la prise en charge de vos pensionnaires malades ou dépendants

*sur le plan médical, sur le plan infirmier*

*pour la réalisation des soins, du nursing ou l'administration des traitements médicamenteux*

*existe-t-il une convention avec un médecin, une pharmacie, un SSIAD*

*et sur le plan des activités, de l'animation*

*quelles procédures sont formalisées pour orienter les résidents vers les structures médicales appropriées lorsque leur état le nécessite*

*si un résident est hospitalisé, a-t-il une garantie de pouvoir revenir*

*et si un résident décède, comment êtes vous organisé pour gérer cette situation*

### **6) Concernant la médicalisation de l'établissement**

A votre avis, quels sont les freins, les difficultés particulières qui empêchent la médicalisation et la conclusion d'une convention tripartite (établissements qui ne sont entrés dans la réforme)

*le public que vous recevez n'est pas ou peu dépendant, vous n'êtes pas concerné par la médicalisation et la convention tripartite, votre activité relève plus du logement-foyer il s'agit de contraintes architecturales, les locaux ne se prêtent pas à la médicalisation*

*il s'agit de contraintes liées au nombre de résidents insuffisants*

*il s'agit de contraintes liées aux professionnels qu'il faudrait recruter*

*l'établissement est de taille trop petite pour répondre aux normes minimales avec une rentabilité économique suffisante*

*les tutelles sont trop tatillonnes et exigeantes, les financements octroyés sont insuffisants*  
*autres*

Que vous a apporté la conclusion d'une convention tripartite (établissements déjà sous CT)

*Quels sont les aspects bénéfiques*

*Quelles sont les contraintes*

*Avez-vous rencontré des freins*

*Est-ce que ça a changé vos rapports avec les tutelles*

### **7) Concernant les leviers qui permettraient de parvenir à des solutions**

Quelles solutions préconiserez-vous pour rendre possible et acceptable la médicalisation de votre établissement (pour les établissements qui n'ont pas médicalisé)

Quelles améliorations du dispositif souhaiteriez-vous dans le cadre des prochains renouvellements de conventions (pour les établissements déjà sous CT)

### **8) Question libre**

A quelle question que je ne vous ai pas posée auriez-vous souhaité répondre

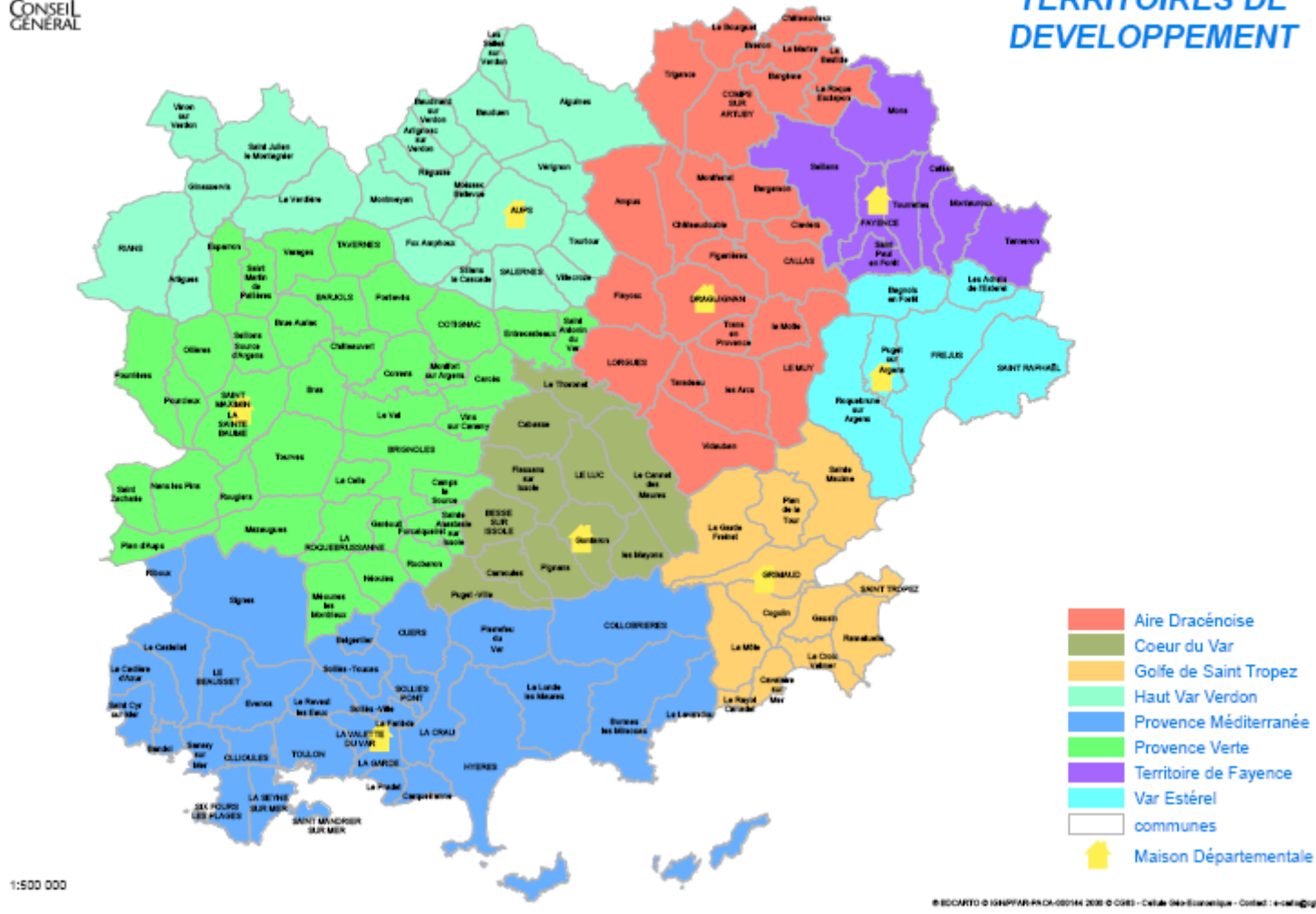
## ANNEXE 3 – Grille d'analyse synthétique des entretiens

Thèmes abordés dans la collecte des informations		Sollies - Pont	sollies Toucas	Le Pradet	Toulon	Carnoules	La Garde	Salernes	Les Issambres	Hyères	La Garde - Kérios	St Cyr	Puget-Ville	La Farède
Présentation - Historique	1 statut	Public autonome - 60 lits - Habilitation totale AS	Privée commerciale - 50 lits - SCM 25 lits - 10 lits AS - Groupe de 3 établissements sur TPM	Privée commerciale - 80 lits - Pas d'aide sociale - Groupe national 1400 lits	Privée commerciale - 41 lits Groupe avec Carnoules et La Garde	Privée commerciale - 18 lits - PUV - Groupe avec Toulon et La Garde	Privée commerciale - 27 lits dont 15 AS - Groupe avec Carnoules et Toulon	Logement foyer public géré par le CCAS - 60 places (40 appartements) - Services restauration, entretien du linge obligatoires - Possibilité d'AL	Logement foyer public géré par le CCAS - 48 places - SCM de 15 places	Privée commerciale - 60 places - Groupe avec Kérios - Pas habilitée AS	Privée commerciale - 80 places - Groupe avec Hyères - Pas habilitée AS	Logement foyer public géré par le CCAS - 74 appartements - Restauration et entretien du linge obligatoires - Habilitation totale AS		Privée commerciale - PUV - Pas habilitée à l'aide sociale : ne peut pas permettre de ne pas encaisser le plein tarif
	2 Résidents	82 ans mais pathologies lourdes - recrutement local	87 ans - de + en + âgés, dépendants - recrutement local	87 ans - GMP 750	De plus en plus âgés et dépendants			86 ans - DMS en baisse (2/3 ans) - Pas de dépendance élevée - beaucoup de non varois	82 ans en augmentation rapide - Recrutement varois mais aussi extérieur - De plus en plus âgés et dépendants - DMS en forte baisse (18 mois)	GMP = 840 non validé par l'EMS	GMP=720 non validé pas l'EMS	Pas de pb de santé lourdes - Clientèle locale recherche climat, l'ambiance villageoise, la sécurité, éviter la solitude		De plus en plus âgés et en "mauvais état" - 2 catégories : les grabataires - les déments
	3 CT	1er janvier 2003	Demandée en 2007 - sans réponse DDASS/ CG	1er janvier 2004	1er mars 2005	1er mars 2005	1er janvier 2008	N'envisage pas de CT - GIR<300	Dossier en cours mais opposition du CG	Pas de demande de CT	Pas de demande de CT	N'envisage pas de CT - GIR<300		
Prise en charge		Pas de liste d'attente - Alourdissement des prises en charge (alzheimer; polyopathologies)	Pas de liste d'attente - Libérale pour les patients hors SCM	Pas de liste d'attente - De plus en plus dépendantes -			Liste d'attente fluctuante (concurrence résidences de retraite) - Accompagnement par AS sur budget hébergement	Liste d'attente permanente de une dizaine de personnes - Aggravation dépendance ou état de santé => transfert interne vers SCM : éviter le traumatisme du changement d'établissement - GMP = 470	Protocole de permanence et d'organisation des soins mis en place par l'équipe soignante -	Protocole de suivi des patients	Pas de PeC médicale ou de la dépendance - Liste d'attente importante		Peu de malades Alzheimer - Pas d'activités d'animation - GMP=762 - Liste d'attente - Souvent admission en urgence après hospitalisation - Pas de facturation du forfait dépendance	
Architecture		Pas de secteur protégé	Secteur Alzheimer	Secteur Alzheimer	Etablissements à taille humaine implantés dans des bassins de vie différents			La configuration (douches, escaliers) se prêterait mal à la médicalisation	AF de la commission de sécurité mais travaux à entreprendre dans locaux privatifs (douches) ; difficile dans des locaux occupés, long si uniquement en cas de vacance - Attente de la CT avant travaux	Etablissement récent - Toutes les chambres sont climatisées - Ascenseurs aux dernières normes	1 Etage sécurisé réservé aux patients déambulants		Correcte - Chambres petites - circulations aisées - douches à siphon de sol - Pas de secteur protégé	
Personnel		Insuffisant la nuit - Nécessité d'1 psy	Animatrice ND à TP vacation psychologue - Personnel soignant salarié et MC uniquement pour SCM - Hôtellerie par prestataire extérieur	Animatrice diplômée TP - 45 agents - insuffisant la nuit - Pas assez de MC - Psychologue à mi temps	Chaque établissement a son propre personnel soignant - Ratio d'encadrement > 0,5 - Besoin de plus de temps IDE, de mixité AS (technique) / AMP (accompagnement) mais pb sur le rôle et la place du MC - Vacations de psychologue		3AS en accompagnement pour gérer les traitements, médicaments, aide à la douche et aux repas	AS, IDE et MC pour les pensionnaires de la SCM - Intervention des libéraux pour le reste de la capacité	Emploi d'AS mais recours à des IDE libéraux - Pas de MC - Restauration, blanchisserie par prestataires extérieurs	Fonctionne avec 1 IR et des AS - Les soins assurés par paramédicaux libéraux		Que du personnel administratif, logistique et des ASH - directrice non cadre - Pas d'AS/AMP - Intervention de libéraux extérieurs	Bonne chose pour les pensionnaires - Amélioration de la PeC - Emploi de personnel salarié et compétent	
Apports de la CT		restructuration des locaux - ratio d'encadrements améliorés - Choix du tarif partiel - Maintien du clapet anti retour	Faire cesser les abus des libéraux	meilleure prise en charge - Meilleur accueil - Plus de personnel mieux formé - Appropriation par l'équipe	Meilleure prise en charge - Professionnalisation des structures et des personnels - Belle dotation pour les dépenses de soins									
Freins		Délais de renouvellement Réintégration des DM - Financement insuffisant	Pas de réponse des tutelles - Dossier trop complexe - Peur de financements insuffisants - surcharge de travail pour les personnels - Diminution de la qualité de la PeC	Peur des tutelles - Réintégration des DM	Les différences de PeC au titre de l'AS entre établissements publics habilités et privés - Les inégalités de tarifications entre établissements - La non prise en compte des coûts administratifs, de consommables et d'informatique dans les budgets soins et dépendance - Le CG qui change la durée de la convention (2ans, voire 1 an au lieu de 5) et qui n'est pas réactif => pb pour conserver le personnel pré-recruté - changements d'orientation dans la politique d'hébergement : avant les PUV étaient souhaitées par les tutelles		Il y a une autre MdR sur Salernes - ce n'est pas le souhait des résidents - Gros travaux pour médicaliser	Lenteur administrative : dossier déposé en 2006, relance en 2007 - Procédure lourde, complexe, en perpétuelle évolution - Absence de lisibilité sur les financements - Manque d'expérience de la nouvelle directrice - Suivi du dossier porté par plusieurs directrices successives et défendu par le CCAS	Desir de rester indépendant - Organisation des soins avec des libéraux satisfaisantes : pourquoi changer - Le financement par la CT ne me permettra pas de conserver cette organisation - Les résidents sont habitués aux professionnels actuels - Ne veux pas de personnel salarié car moindre motivation, abstinence	Les AS sont responsables d'un étage : recourir à des IDE salariées entraînerait un rapport hiérarchique entre soignants qui n'existe pas avec les libéraux => risque de tensions sociales	Trop de réglementations pour les EHPAD - Les résidents ne le veulent pas		Déséquilibre entre allocation prévue par la CT et les charges de personnel salarié - Allocation de moyens en fonction du nombre de pensionnaires et non compte tenu du personnel nécessaire - Complexité du dossier - Absence d'aide des tutelles - Regroupement illusoire	
Préconisations		Améliorer le réseau, les partenariats avec le sanitaire	Qu'on nous donne les moyens d'avoir le personnel nécessaire pour faire une PeC de qualité		1 seul interlocuteur institutionnel - LES AS/AMP sur une seule section tarifaire : le soin		Repenser l'architecture (petits îlots, pas de monoblocs)							Un régime spécifique pour prendre en compte la problématique particulière des PUV
Divers				audit extérieur	Le directeur occupe des responsabilités au sein du Synerpa		APA à domicile - coopération avec EHPAD pour GIR trop importants - Plus de GIRage global de l'établissement par l'EMS	APA en établissement pour tous les résidents				APA à domicile - AL - convention avec EHPAD pour GIR trop importants - Pas de GIRage global de l'établissement par l'EMS		APA en établissement mais GIRage individuel - Pas de validation du GMP par l'EMS

# ANNEXE 4



## TERRITOIRES DE DEVELOPPEMENT



## ANNEXE 5

Tableau tiré de Etudes et Résultats n° 379 – Février 2005 – Source DREES

**T**  
**•01**

activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées  
au 31 décembre 2003

	Nombre de structures		Places installées		Evolution 96/03	
	1996	2003	1996	2003	places	%
Logements-foyers publics	2 020	2 059	106 300	108 200	1 900	2
Logements-foyers privés à but non lucratif	812	810	43 500	40 500	-3 000	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	108	97	5 900	4 200	-1 700	-29
<b>Total logements-foyers</b>	<b>2 940</b>	<b>2 975</b>	<b>155 700</b>	<b>152 900</b>	<b>-2 800</b>	<b>-2</b>
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 106	1 080	98 600	100 800	2 200	2
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 505	1 604	72 400	87 900	15 500	21
Maisons de retraite privées à but non-lucratif	1 984	2 040	119 700	127 100	7 400	6
Maisons de retraite autonomes publiques	1 568	1 652	116 300	120 500	4 200	4
<b>Total maisons de retraite</b>	<b>6 163</b>	<b>6 376</b>	<b>407 000</b>	<b>436 300</b>	<b>29 300</b>	<b>7</b>
<b>Résidences</b>						
d'hébergement temporaire*	151	131	3 300	2 400	-900	-27
Unités de soins de longue durée	984	1 044	81 400	79 300	-2 100	-3
<b>Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>	<b>10 238</b>	<b>10 526</b>	<b>647 400</b>	<b>670 900</b>	<b>23 500</b>	<b>4</b>

\*Les résidences d'hébergement temporaire ne sont pas les seuls établissements à proposer ce type d'hébergement : les résidents peuvent être hébergés de manière temporaire dans les autres catégories d'établissement.

Données au 31 décembre 1996 et 31 décembre 2003

Champ : France entière

Source : enquêtes EHPA, SAE, Drees